

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. Propuestas por el Desarrollo Social para
los años 1990-2000: en el Departamento de
Quetzaltenango 1990, 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

JOSE MANUEL AVILA AVELAR

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1993.



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 24 de mayo de 1,988
DIF-042-93

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

Se informa que el: BACHILLER JOSE MANUEL AVILA
Título o diploma de diversificado, Nombre y apellidos
AVELAR Carnet No. 86-13680
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 La Cruz Barillas
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 4040

Firma del estudiante

Revisor
Firma y sello
Registro Personal 14,909
Edgar A. Reyes Mijangos
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 6148

DL
05
+(6585)

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

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

El Bachiller: JOSE MANUEL AVILA AVELAR

Carnet Universitario No. 86-13680


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 :

Guatemala, 24 de mayo de 1993


Dr. Edgar R. De León Barilla
Por Unidad de Tesis




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

IMPRIMASE :


Dr. ~~Jafet~~ ~~Gonzalez~~ ~~Cabrera~~ ~~Franco~~

DECANO



INDICE

I.	I N T R O D U C C I O N	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	3
IV.	OBJETIVOS	4
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI.	METODOS Y PROCEDIMIENTOS	21
VII.	PLAN DE RECOLECCION DE DATOS	24
VIII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	30
IX.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	44
X.	CONCLUSIONES	46
XI.	RECOMENDACIONES	47
XII.	RESUMEN	48
XIII.	BIBLIOGRAFIA	49
XIV.	ANEXOS	51

I. INTRODUCCION

"Salud Para Todos en el Año 2,000", es una política de salud definida y aceptada por todos los países del mundo en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del año 1,977 en Alma-Ata. Un año después, se llegó al acuerdo que para llevar a cabo dicha política era necesario establecer una estrategia específica distinta a las utilizadas hasta entonces, ésta 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 y el país puedan soportar. (4)

Nuestro país, al igual que otras naciones en vías de desarrollo, con su problemática económica y social que repercute en la salud de la población, se ve en la necesidad de buscar solución a sus problemas creando políticas de salud basadas en la 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 desarrollo social en el cual se detallan las metas mínimas de salud a alcanzar en el año 2,000 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 2,000 a través de los indicadores de salud de 1,990 en el departamento de Quetzaltenango. 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 sub-registro. Luego de haber comparado los indicadores propuestos por el Plan Nacional con los indicadores oficiales de Quetzaltenango se determinó que cuatro de los indicadores alcanzaron las metas mínimas, lo que corresponde a un 23%, diez no lo lograron alcanzarlas lo que corresponde a un 59% y tres se acercaron haciendo un 18%.

No pudiéndose concluir con certeza si existe o no una adecuada Atención Primaria en Salud; ya que deben tomarse en cuenta factores como el sub-registro y el tiempo que falta para llegar al año 2,000.

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 el año de 1,990. (3)

Por lo tanto al estar a escasos siete años del año 2,000 es necesario evaluar la Atención Primaria en Salud en el departamento de Quetzaltenango, a través de los indicadores de salud con el fin de analizar los logros alcanzados durante el año de 1,990, 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 1,990-2,000. (12)

III. JUSTIFICACION

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

Se hace necesario llevar a cabo una evaluación de la Atención Primaria en Salud a través de indicadores de salud tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Desde 1,977 en que se implantó la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), se propusieron metas las cuales a la fecha quince años después y faltando siete años para el año 2,000, 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 2,000. Es por todo lo anterior que se justifica el presente trabajo. (12)

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 2,000; a través de los indicadores de la Atención Primaria en Salud, en el departamento de Quetzaltenango 1,990.

B. ESPECIFICOS

- 1- Evaluar la situación en salud en las áreas de salud en el departamento de Quetzaltenango, basandose en los indicadores de salud propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- 2- Identificar los indicadores de salud en orden prioritario en el departamento de Quetzaltenango.
- 3- Comparar los logros alcanzados durante el año 1,990 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 2,000.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

ANTECEDENTES

En mayo de 1,977 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 2,000 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 2,000". (9)

En 1,978 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 fué tomada como propia por la Asamblea General de la Naciones Unidas en noviembre de 1,979. Esta misma organización la incorporó a una nueva estrategia internacional de desarrollo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) acogió las resoluciones anteriormente mencionadas y elaboró en 1,981 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 goze de las acciones sanitarias no es igual para toda la población.

Evidentemente existe una estrecha vinculación entre la situación de salud de un país y 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. (9)

Los países que integran la OPS han establecido las siguientes Metas Mínimas para el año 2,000.

- 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 treinta defunciones por cada mil nacidos vivos.

- Inmunizaciones: proporcionar inmunización al cien por ciento de los niños menores de una año contra: Difteria, Tos Ferina, Tétanos, Tuberculosis, Sarampión y Poliomielitis, 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. (9)

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 2,000 son las siguientes:

- 1- Reducir la mortalidad infantil a 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 nacidos vivos .
- 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 vacunación al 100% para BCG, en menores de cinco años.
- 9- Alcanzar coberturas de inmunización al 100% para Poliomielitis en menores de 5 años.
- 10- Alcanzar coberturas de inmunización al 100% para Sarampión en menores de 5 años.
- 11- Alcanzar el 100% en control de crecimiento y desarrollo en niños de 0-5 años.
- 12- Reducir la mortalidad materna a 6 por 10,000 nacidos vivos.
- 13- Alcanzar 75% de control prenatal.
- 14- Alcanzar 80% de cobertura con toxoide tetánico en embarazadas.
- 15- Dar alimentación complementaria al 50% de las mujeres embarazadas.
- 16- Destinar del presupuesto de salud el 55% a la atención preventiva.
- 17- Destinar del presupuesto de salud el 45% a la atención curativa. (12)

En base a lo anterior, los países de América Latina consideran que la Atención 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 e intereses de cada país y sus comunidades y su realidad social y económica, los que determinaran, 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 2,000. 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. (5)

Los componentes programáticos son definidos por cada país de acuerdo con sus necesidades, prioridades o recursos. Por lo general son los siguientes: (5)

- Salud materno-infantil
- Inmunización
- Control de enfermedades diarréicas
- 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.

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 lo 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 1,986 en ocho regiones de salud que enfatizan la dimensión espacio regional del país:

- Región I metropolitana departamento de Guatemala
- Región II norte departamentos 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 El Petén.

Esto permite diferenciar zonas con desigual nivel de desarrollo socio-económico y características particulares.
(3)

ENTORNO SOCIO-POLITICO

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), para Guatemala en 1,992 se estimaba una población de 9,744,627 habitantes con un crecimiento anual de 3.3 (0.5 por mil 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 con 1,908,085 habitantes, en un área de 2.126 Km² (985 habitantes por Km²). 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 cinco años constituye el 18% del total, la menor de quince años el 46%, el grupo de mujeres en edad fértil (15-44 años) forman un 49% del total de sexo femenino, la población mayor de 64 años solo el 31%, esta estructura caracteriza a Guatemala como un país de población joven, con una estructura piramidal de base amplia. (3) (12)

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 (63%) y vive en 19,000 pequeñas comunidades dispersas, de menos de 2,000 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 en la línea de pobreza.

La población indígena se estimó para 1,990 en 4.4 millones de personas, equivalente al 48% de la población total.

BASE ECONOMICA Y SOCIAL

El producto interno bruto (PIB) per cápita de 1,990 fue menor en un 18% al de diez años atrás, lo cual es un primer indicador del empobrecimiento de la población.

En 1,990 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 éste último en la economía guatemalteca. Mientras el PIB creció en un 3.5%, el sector industrial creció solo 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 1,990. La deuda externa ascendió de \$ 1,053 millones en 1,980 a \$ 2,337 millones en agosto de 1,991. (12)

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 1,980-81 el 41%, en 1,989 se elevó al 44%.

NIVELES DE EDUCACION Y EMPLEO

En la región metropolitana el desempleo abierto se redujo de 9.6% en 1,988 a 7.2% en 1,989. 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 no es calificada y 42% no tiene escolaridad. (12)

VALOR DEL QUETZAL

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

El comportamiento errático de una unidad de moneda nacional respecto a un dolar que durante más de cincuenta años estuvo al uno por uno, llegó al Q 4.5 al finalizar en 1,985, se logró reducir a Q 2.5 en 1,986 con sucesivas alzas, aunque moderadas hasta 1,989. En 1,990 tuvo una máxima elevación en septiembre Q 5.72 por uno (devaluación del 69% respecto a diciembre 1,989), al concluir 1,990 se observó una relativa estabilidad en torno a Q 5.0 por uno. (2)

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 unicamente al 25% de la población, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) el 15% y el sector privado 14%. En 1,990 solo el 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 sanitaria de vivienda solo el 38% disponía de conexión domiciliar de agua potable, el 30% de servicios sanitarios y 49% de luz eléctrica.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 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 solo 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 medicos 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. (3)

DATOS GENERALES DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Para 1,990 la tasa de mortalidad general fué de 7.67 por mil habitantes, la región sur occidental presentó la mayor tasa (9.05 por mil) y la región nor-oriental la menor (6.3 por mil). 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 cinco años representan el 41% de todas las muertes. En la región metropolitana el 83% de las defunciones fué registrado por médicos, 79% se produjeron en el domicilio. Las principales causas de defunción para 1,990 fueron: Enfermedad infecciosa intestinal (1.1 por mil), Neumonía (1.1 por mil), signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (0.71 por mil), Sarampión (.55 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 dolor (0.22 por mil), Accidente cerebro-vascular (0.18 por mil). El grupo de niños menores de cinco años y de personas mayores de 68 años fueron los más afectados al analizar las tasas de mortalidad. (3)

INSUFICIENCIA DE LA EDUCACION

Guatemala tiene uno de los índices más altos de Latinoamérica en analfabetismo, que alcanzó en 1,989 el 49% del total de la población. En el área rural se alcanza un 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 solo 49 se inscribieron en la escuela. En Guatemala un alumno del nivel primario destina un promedio de 7 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 1,980 a 12.4% para 1,990.

Según la distribución porcentual del presupuesto del Ministerio de Educación para el año 1,990 se destinó un 50% a la educación primaria, el 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%.

DETERIORO EN LA NUTRICION

En 1,990 un 4% de los menores de 5 años padecía de desnutrición severa, los déficit en peso eran del 33% y 57% en cuanto a déficit en talla, con una incidencia mayor en el área rural respecto al área urbana, así como en la población indígena versus la ladina. 25% de las familias del área urbana central consumen menos calorías que las requeridas y en el área rural alrededor del 36%. (12)

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 adoptara diversas formas según las modalidades políticas, económicas, sociales y culturales. Sobre todo 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 cual las actividades mínimas que debe tener la educación son 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. (4)

Pero se ha encontrado problemas que limitan el desarrollo de la APS como lo son: Baja creatividad; porque no hay sugerencias, porque no hay responsabilidades, porque no hay deseos de colaborar, porque no hay mística, 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, lo dijo Alma-Ata en 1,978, y lo seguirán repitiendo, pero sin la participación de la comunidad no hay ni 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 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 miembro de ellas pero son parte de familias. Porque no debemos olvidar que la familia es la más importante institución para el cuidado de la salud de los integrantes de esa misma familia. (18)

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

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: "Variables que sirven para medir los cambios". (15)

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 medir la salud de 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:

TASA

Se le denomina tasa a 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 computadas para un subgrupo específico.

RAZON

La relación entre un subgrupo de población y otro subgrupo de la misma población; es decir un subgrupo dividido por otro, ejemplo: Razón o índice de masculinidad; diez varones por cien mujeres en México.

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 vivía en zonas urbanas en 1,975. (6)

CARACTERISTICAS DE INDICADORES

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

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 la 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 socio-económico es similar. (17)

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.

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. (15)

Dentro de las políticas nacionales de salud actuales, se tienen las siguientes: (2) (12)

- 1- Ampliación de cobertura
- 2- Mejoramiento de la calidad de servicio
- 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:

1. COMPROMISO POLITICO

El compromiso político que 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 pongan realmente en ejecución. (15)

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: (14)

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

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 destinan a la APS por región o distrito.
- c) La relación entre el número de camas del hospital, médicos o de otro personal de salud y la población en distintas regiones del país.

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 constituir en una simple respuesta pasiva.

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 comites 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.

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. (15)

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

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.

2. PRODUCTO INTERNO BRUTO (PIB) Y PRODUCTO NACIONAL BRUTO (PNB)

De 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. (6)

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 allí 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. (15)

4. INDICE DE ALFABETISMO EN ADULTOS

Definido como porcentaje de la población de quince años o 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. (2)

5. VIVIENDA

El indicador más corriente de la idoneidad de la vivienda es el número de personas por habitación. La calidad de 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 ventilación e iluminación, material de construcción, etc. condicionan el hacinamiento y la propagación del proceso morbido. (10)

INDICADORES DE LA PRESTACION DE ATENCION DE SALUD

Sería conveniente contar con un indicador compuesto de la prestación de 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 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 normalizados pero pueden ser útiles los siguientes:

a. 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.

b. 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). (15)

c. UTILIZACION

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

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. (15)

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

1. SANAMIENTO 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 1,981-1,990 cumpla con 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 2,000. 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. (1)

2. 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 la muerte y los casos de enfermedad que pueden ser prevenibles mediante la inmunización.

Son seis las enfermedades objeto del programa: Sarampión, Tos Ferina, Poliomiélitis, Tétanos, Difteria y Tuberculosis. La meta propuesta por el PAI es que antes de 1,990 haya servicios accesibles de inmunización con las seis vacunas para niños menores de un año y con toxoide tetánico para las mujeres embarazadas. (5) Para el año 2,000 se espera una cobertura de vacunación de 100% para niños menores de cinco años y un 80% de cobertura con toxoide tetánico en mujeres embarazadas.

INDICADORES BASICOS DEL ESTADO DE SALUD

ESTADO DE SALUD

Es el término general para designar el estado de salud de un individuo, grupo o población medida según ciertas normas aceptadas. (6)

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 solo de los lactantes sino de la población en general y de las condiciones socio-económicas 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.

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 nacidos vivos en la mitad del año de que se trata. La mortalidad de niños de corta edad excluye la mortalidad de lactantes y refleja más que ésta 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 cercanías). Fone 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 socio-económico de una comunidad.

TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE CINCO 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 de 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.

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 socio-económicas 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 por el número total de nacidos vivos ese mismo año. Suele representar el número de defunciones maternas por mil nacidos vivos. (15)

VI. METODOS Y PROCEDIMIENTOS

El presente trabajo tiene como propósito la evaluación de la Atención Primaria en Salud y sus alcances a través de indicadores de salud propuestos por el Plan de Acción de Desarrollo Social.

Se realizaron visitas a diferentes entidades de salud tales como:

- Dirección General de Servicios de Salud.
- Comité Nacional de Alfabetización.
- Instituto Nacional de Estadística.
- Asociación Probienestar de la Familia.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud.
- Banco de Guatemala.
- Jefatura de Area Departamental.
- Secretaría General de Planificación.
- Droguería Nacional.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Ministerio de Finanzas públicas.
- Biblioteca de diferentes instituciones.

En base a las visitas hechas a las instituciones anteriormente mencionadas se elaboró un listado de indicadores accesibles para su evaluación en el departamento de Quetzaltenango los cuales son:

Indicadores de política sanitaria

1. Asignación de recursos
2. Compromiso político

Indicadores sociales y económicos

1. Tasa de crecimiento de la población
2. Producto interno bruto
3. Educación
 - 3.1 Analfabetismo
4. Nutrición
 - 4.1 Alimentación complementaria

Indicadores de la prestación de atención de salud

1. Saneamiento Ambiental
2. Inmunizaciones PAI (BCG, Sarampión, Toxide Tetánico)
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

Se obtuvo el banco de datos a través de archivos y registros de las diferentes instituciones cuyas fuentes son oficiales .

Se procedió a clasificar y a graficar los datos obtenidos a través de indicadores, considerando apropiado utilizar las gráficas de diagrama de barras. Esto es, una representación dimensional con una serie de barras partiendo de un punto y cada barra corresponde a una variable, siendo la longitud de cada una el cien por ciento, realizando una comparación con las metas propuestas por el Plan de Desarrollo social para el año 2,000.

Se analizó los resultados obtenidos de dichas metas elaborando conclusiones y recomendaciones.

CUADRO A

DESCRIPCION DE LOS 17 INDICADORES LOCALIZADOS EN LA GRAFICA DE BARRAS

METAS MINIMAS PARA EL AÑO 2,000

- 1- Reducir la mortalidad infantil a 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 nacidos vivos.
- 4- Disminuir a un 15% la mortalidad por enfermedad diarreica en niños menores de 5 años.
- 5- Disminuir a un 33% la morbilidad por infección respiratoria en niños menores de 5 años.
- 6- Erradicación del tétanos neonatal.
- 7- Erradicación de la poliomielitis.
- 8- Alcanzar coberturas de vacunación al 100% para BCG en menores de 5 años.
- 9- Alcanzar coberturas de vacunación al 100% para Poliomielitis en menores de 5 años.
- 10- Alcanzar coberturas de vacunación al 100% para Sarampión en menores de 5 años.
- 11- Alcanzar el 100% en control de crecimiento y desarrollo en niños de 0-5 años.
- 12- Reducir la mortalidad materna a 6 por diez mil nacidos vivos.
- 13- Alcanzar el 75% de control prenatal.
- 14- Alcanzar el 80% de cobertura con toxoide tetánico en embarazadas.
- 15- Dar alimentación complementaria a 50% de las mujeres embarazadas.
- 16- Destinar del presupuesto de salud el 55% a la atención preventiva.
- 17- Destinar del presupuesto de salud el 45% a la atención curativa.

FUENTE:

Plan de Acción de Desarrollo Social (Metas Mínimas para el año 2,000).

VII. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

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

1. CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS DEL DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO

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

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 de menores de 5 años
 - c.5 Tasa de mortalidad de niños de 1-4 años
 - c.6 Cinco primeras causas de mortalidad general
 - c.7 Mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles en menores de 5 años.

3. SANEAMIENTO AMBIENTAL

- a. Porcentaje de población urbana y rural con agua potable
- b. Porcentaje de población urbana y rural con disposición de excreta

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

VARIABLES A ESTUDIAR

Indicadores para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2,000:

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

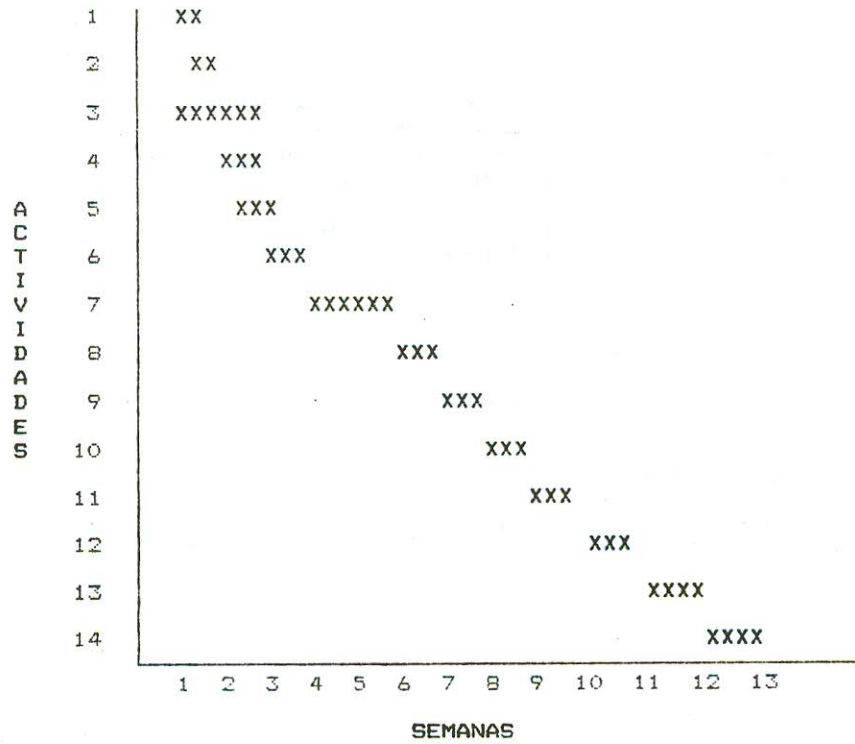
INSTRUMENTO DE MEDICION DE LAS VARIABLES

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

RECURSOS

1. Humanos: personal médico y administrativo a quien se entrevistó de 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 Probienestar de la Familia
 - e. Comité Nacional de Alfabetización
2. Físicos:
 - a. Computadora
 - b. Máquina de escribir
 - c. Biblioteca y archivos
 - d. Literatura relacionada con el tema
3. Económicos:
 - a. Detalle del costo
 - b. Material de escritorio
 - c. Gasolina y transporte
 - d. Equipo de computación

GRAFICA DE GANTT



C R O N O G R A M A

ACTIVIDADES:

1. Selección de tema de proyecto de investigación.
2. Elección de asesor y revisor.
3. Recopilación de 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 y elaboración de tablas y gráficas.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación de informe final para correcciones.
12. Aprobación del informe final.
13. Impresión del informe final. Trámites administrativos.
14. Exámen público y defensa de la tesis.

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

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: La 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, 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. No existe una institución de salud que canalice y registre información completa, actualizada y ordenada, sobre todo los indicadores de salud, por ejemplo, control de crecimiento y desarrollo y alimentación complementaria.
3. Inaccessibilidad para obtener algunos datos estadísticos de años anteriores e incluso recientes.
4. Subregistro de información sobre morbilidad y mortalidad que repercutieron en los resultados finales del estudio.

Debemos hacer mención que algunos indicadores de salud propuestos por la OMS han sido modificados y utilizados como metas mínimas para el año 2,000 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 17 metas mínimas presentadas difieren de las planteadas por la OMS.

En general no existe información válida y confiable para analizar el desarrollo y mejoramiento de las actividades en las diferentes áreas de salud. Tal es el caso de la meta que pretende reducir la morbilidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años en un 33%, debido a que ésta requería tener los datos de 1,978 a 1,990 no habiendo podido encontrarse los de aquel año por lo que fué imposible evaluar la evolución del trabajo referente a ésta meta, ya que el análisis de un solo año daba como producto una distorsión de resultados convirtiendolos en no confiables.

MONOGRAFIA DEL DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO

ASPECTO HISTORICO

Etimologicamente la palabra QUETZALTENANGO significa XELAHUH, XE= debajo, o al pie de, y LAJUJ= diez, en relación a unas diez elevaciones orográficas que rodean el valle de Quetzaltenango.

Por decreto el 16 de Septiembre de 1,845 el ejecutivo creó el departamento de Quetzaltenango elevandose la cabecera a categoría de ciudad por el acuerdo gubernativo del 12 de Noviembre . La fiesta titular se celebra el 15 de Septiembre

CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS

El departamento de Quetzaltenango es uno de los seis departamentos de la región sur-occidental (región VI); limita al norte con el departamento de Huehuetenango; al este con el de Totonicapan y Sololá; sur con los departamentos de Suchitepequez y Retalhuleu; y al oeste con el departamento de San Marcos.

Su extensión territorial es de 1,951 Km2., (1.8% del total del territorio del país); consta de 24 municipios los cuales son: Almolonga, Cabricán, Cajolá, Cantel, Coatepeque, Colomba, Concepción Chiquirichapa, El Palmar, Flores Costa Cuca, Génova, Huitán, La Esperanza, Olinstepeque, Ostuncalco, Palestina de los Altos, Quetzaltenango, Salcajá, San Carlos Sija, San Francisco la Unión, San Martin Sacatepéquez, San Mateo, San Miguel Siguilá, Sibilia y Zunil.

Sus principales rios son: Salamá, Siguila y Secos, entre las principales rutas nacionales que atraviesan el departamento, están la carretera interamericana del pacifico ó CA-2 ; la 9-N, que conduce hacia Totonicapan y Huehuetenango; la ruta nacional 12-S que enlaza al oeste del departamento de San Marcos; la ruta nacional 1 que de la ciudad capital conduce a la frontera de México; la ruta nacional 9-S que conduce a Retalhuleu.

El clima es variado, frío y sano en el altiplano, su elevación varía desde 2,333 MTS/SNM a 2,357 MTS/SNM. La temperatura media anual oscila dentro de los 15.2 a 22.4 grados centigrados. (6).

La población para el año 1,990 era de 542,508 habitantes con una densidad promedio de 278 habitantes por Km2 y un crecimiento vegetativo de 5%. La población es predominantemente rural con un 61% (330,758 habitantes), mientras que la población urbana apenas alcanzó el 39% (211,733 habitantes). Para el mismo año 51% correspondía al sexo masculino y el 49% al sexo femenino. La población según grupos de edad es la siguiente: de 0 a 4 años 18%, de 5 a 14 años 33%, de 15-44 años 40%, arriba de 45 años 9%. La población indígena es un 45.1%.

ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS

El departamento de Quetzaltenango en consecuencia a su variedad climatológica, está su múltiple producción agrícola: café, trigo, ganado vacuno y lanar. Sus habitantes son desde el antaño muy industriosos, dedicados a tejidos de lana algodón seda, haciendo trabajos vistosos y artísticos que son constantemente solicitados. Se elabora magnífica harina de trigo; hay fabricas de cerámica, cerveza, hilados, casimires, etc.. Los habitantes de Quetzaltenango, que tienen condiciones verdaderamente excepcionales son bastante dedicados a las bellas artes.

La población económicamente activa (PEA) para 1,990 era de 43 por mil habitantes. El Producto Interno Bruto para el año de 1,990 era de 1,622.8 millones de quetzales. El ingreso per cápita anual era de 1,849 quetzales por familia. La población que vive en condiciones de pobreza corresponde a un 81% y de esta el 58% vive en extrema pobreza. El índice de analfabetismo alcanza un 39%. según datos obtenidos de CONALFA para el año 1,990.

SITUACION DE SALUD

El área de salud del departamento de Quetzaltenango cuenta con una organización conformada por 62 servicios de salud funcionando en forma regular y según horarios establecidos, 61 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; la actividad de la Jefatura de Area es eminentemente técnica y administrativa siendo además la responsable de la supervisión, monitoreo, control y evaluación.

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

- 1 Jefatura de área
- 3 Hospitales departamentales
- 0 Centros de salud tipo "A"

- 11 Centros de salud tipo "B"
- 47 Puestos de salud.

La Jefatura de Area cuenta con políticas de salud planteadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las cuales comprenden: (15)

- 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 de la administración y ejecución presupuestaria
- Abordaje multisectorial y epidemiológico de salud

El gobierno de la república asignó en 1,990 al sector salud de Quetzaltenango un total de 11.102,749 quetzales, correspondiendo de dicho presupuesto el 89% para el nivel curativo, el 10% para el nivel preventivo (puestos y centros de salud) y para la Jefatura de Area el 1%.

Existe una lista oficial de medicamentos básicos para puestos de salud, programados para enviarse trimestralmente por la Droguería Nacional y que por diversos motivos (por ejemplo el transporte) no se reciben en el tiempo estipulado, ni la totalidad de medicamentos de esa lista. Además existe discrepancia entre la morbilidad del área y la dotación de medicamentos, lo que aumenta la incidencia de ciertas patologías especialmente de origen infeccioso. (ver cuadro 2). Existen en Quetzaltenango un total de 1,432 comadronas de las cuales 721 son adiestradas y 711 son comadronas tradicionales, así también existen 1,688 promotores de salud registrados de los cuales solo 503 permanecen activos. (15)

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

La tasa de mortalidad general para 1,990 es de 9 por mil nacidos vivos. Las cinco primeras causas de mortalidad general fueron: Enfermedad infecciosa intestinal con 925 casos; Neumonía con 912 casos; Sarampión con 772 casos; Afecciones del periodo perinatal con 436 casos; y Desnutrición con 286 casos.

Según la demanda atendida en los servicios de salud las principales causas de morbilidad de notificación obligatoria para 1,990 fueron: Infección respiratoria aguda con 10,243 casos; Síndrome diarreico agudo con 5,850 casos; Desnutrición con 2,618 casos; Tuberculosis con 917 casos, Paludismo con 556 casos. (19)

Al igual que la mayoría de regiones del país las principales causas de morbilidad y de mortalidad son las enfermedades infecciosas en general. Esto es de esperarse debido a las condiciones precarias de salud en nuestro país que condicionan éstos procesos mórbidos como lo son el hacinamiento, la desnutrición, la inaccesibilidad a los servicios de salud y el saneamiento ambiental entre otros.

SALUD MATERNO-INFANTIL

SALUD DEL NIÑO

Para 1,990 la tasa de mortalidad infantil era de 44 por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad de menores de cinco años era de 51 por mil niños menores de cinco años. La tasa de mortalidad de niños de 1-4 años representa para 1,990 7 por mil niños de 1-4 años y la tasa de mortalidad neonatal 11.85 por mil nacidos vivos. Siendo la principal causa de mortalidad enfermedades infecto-contagiosas como el Sarampión.

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 0.7% de niños menores de cinco años que presentan desnutrición y que generalmente vienen siendo hijos de madres sin mayor grado de educación de áreas rurales.

Quezaltenango cuenta con programas específicos como es el de materno-infantil y que para 1,990 representó una cobertura en control de Crecimiento y Desarrollo en menores de 1 año un 34% y niños de 1-4 años un 13%.

Según datos obtenidos del Programa Ampliado de Inmunizaciones en 1,990 alcanzó una cobertura para la vacuna de antipoliomielítis un 55%. DPT (vacuna contra Difteria, Tétanos y Tos Ferina) un 41%. Antisarampionosa 42%. BCG 12% y Toxiode tetánico en mujeres embarazadas de 61%. (ver cuadro 3).

Y en lo que respecta a la morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles para el años de 1,990 se presentaron 71 casos de sarampión, 3 casos de tos ferina y 1 tetano neonatal.

SALUD DE LA MADRE

La tasa de mortalidad materna de 1,990 fue de 1.06 por mil nacidos vivos y para el mismo año se alcanzó una tasa de natalidad de 43.56 por mil habitantes. La atención prenatal institucional alcanzó para 1,990 un 12.4%, no así el control postnatal que apenas alcanzó un 4.2% lo cual refleja la poca educación en salud de las madres al no regresar a la institución para evaluación postparto. (ver cuadro #4)

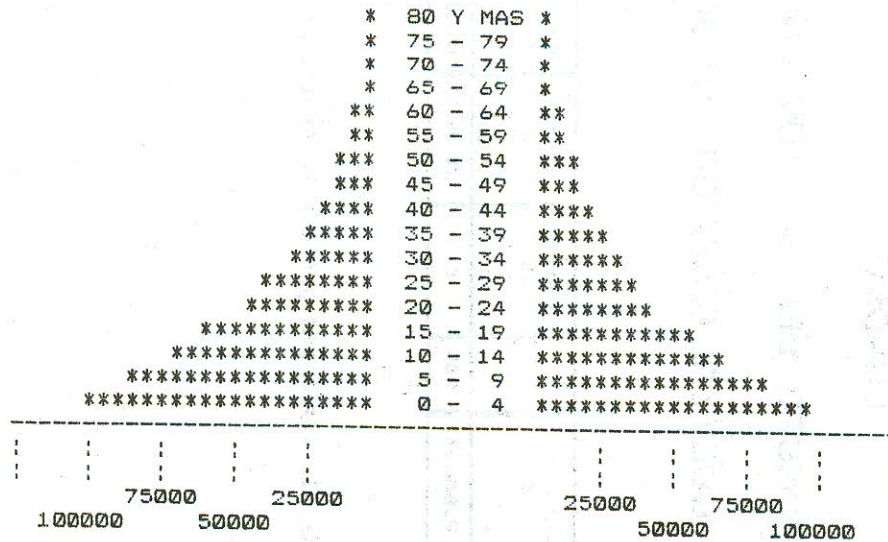
Las mujeres en edad de procrear poseen en su gran mayoría bajo nivel de instrucción, déficit nutricional con deficiencia de yodo, hierro y un menor grado de vitamina "A". En cuanto a la alimentación complementaria un 8% (2,170 mujeres embarazadas) son beneficiarias. (ver cuadro 4) (3,19).

SANEAMIENTO AMBIENTAL

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

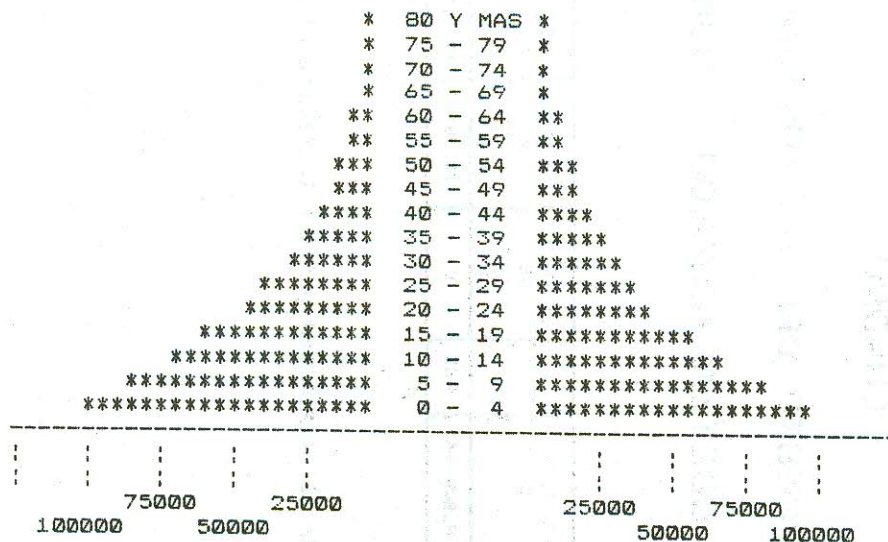
En el caso de la disposición de excretas el departamento presenta un 48.4% de hogares sin éste servicio. Los plaguicidas también constituyen un factor importante de la contaminación del suelo y aguas superficiales, la aplicación de éstos no es controlada y no hay estudios que estimen el grado de ésta contaminación. (3,15)

PIRAMIDE POBLACIONAL
DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO
1,990



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

PIRAMIDE POBLACIONAL
 DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO
 1,990



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

CUADRO 1
 PRESUPUESTO DEL SECTOR SALUD
 DE QUETZALTENANGO 1990

DEPARTAMENTO	TOTAL Q	HOSPITAL Q	%	CENTROS DE SALUD "A"	CENTROS DE SALUD "B"	PUESTOS DE SALUD	%	AREA DE SALUD	%
QUETZALTENANGO	11.102.769	9.849.041	88%	0	753.926	378.892	10%	120.890	2%

FUENTE: UNIDAD MATERNO-INFANTIL. DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

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

MEDICAMENTOS	1er TRIMESTRE 1993	
	ENVIADOS	NO ENVIADOS
1. ANALGESICOS: a. Acetaminofen b. Acido Acetilsalicilico	XXXXXX	XXXXX
2. ANESTESICOS: a. Lidocaina 2%		XXXXX
3. ANTIPROTOZOARIOS: a. Metronidazol		XXXXX
4. ANTIHELMINTICOS a. Mebandazol	XXXXXX	
5. VITAMINAS a. Vitamina "A" b. Vitamina "B" c. Acido Folico	XXXXXX XXXXXX XXXXXX	XXXXX
6. MINERALES: a. Sulfato Ferroso	XXXXXX	
7. ANTIPARASITARIOS: a. Benzonafo de Bencilo		XXXXX
8. ANTIACIDOS: a. Hidroxido de Al/Mg		XXXXX
9. DERMATOPROTECTORES: a. Oxido de Zinc		XXXXX XXXXX
10. SALES DE REHIDRATACION		XXXXX
11. ANTIBIOTICOS: a. Fenicilina b. Trimetropina-Sulfa c. Cloranfenicol	XXXXXX XXXXXX	
12. ANTISEPTICOS a. Alcohol Isopropilico	XXXXX	XXXXX

CUADRO 3
PROGRAMA NACIONAL DE VACUNACION
COBERTURA EN EL AREA DE SALUD
DE QUETZALTENANGO 1,990

VACUNA	NINOS POBLACION	0-5 ANOS 3era DOSIS	VACUNADOS %	META PARA EL 2,000
ANTIPOLIO	98,859	54,588	55	100 %
DPT		40,375	41	100 %
ANTISARAMPIONOSA		41,979	42	100 %
BCG		12,117	12	100 %
TOXOIDE TETANICO EN EMBARAZADAS	EMBARAZADAS	VACUNADAS	PORCENTAJE	80 %
	27,124	16,454	61 %	

Fuente:

Departamento de Estadística. D.G.S.S.

CUADRO 4
 COBERTURA DE LOS PRINCIPALES PROGRAMAS
 MATERNO-INFANTIL EN EL DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO
 1,990

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO				CONSULTA MATERNA				ALIMENTACION COMPLEMENTARIA A EMBARAZADAS		
POBLACION 0-5 a	TOTAL EN CONTROL	%	META	TOTAL EMBARAZADAS	CONTROL PRENATAL	%	META	MUJERES BENEFICIARIAS	%	META
98,859	20,417	48	100%	27,124	3,363	12	75%	1,865	7	50%

Fuente:
 Departamento Materno-Infantil D.G.S.S

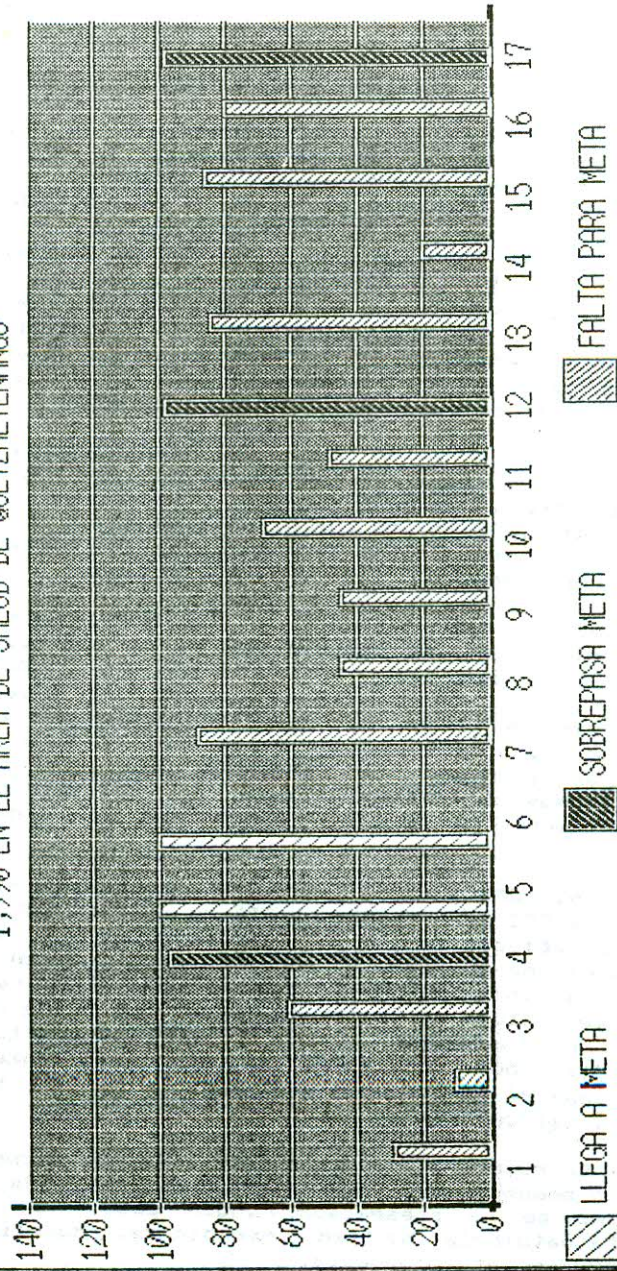
CUADRO 5
DISTRIBUCION DE LAS METAS MINIMAS
PARA ALCANCAZAR EN EL 2000 Y SU
RELACION PORCENTUAL CON 1990

INDICADOR	META PARA EL 2000	DATO 1990	DIFERENCIA	% (-)	% (+)
1. Reducir la Mortalidad Infantil a un indice no mayor de:	34 * 1000	44 * 1000	10	29	0
2. Reducir la mortalidad en menores de 5a. a:	66 * 1000	73 * 1000	7	10	0
3. Reducir la mortalidad neonatal a:	13 * 1000	22 * 1000	8	61	0
4. Disminuir la Mortalidad por enfermedad diarreica en <5a. a:	15%	0.4%	14.6	0	97
5. Erradicacion del Tetanos Neonatal:	0	0.074%	0.074	0.074	0
6. Erradicacion de la Poliomielitis:	0	0	0	0	0
7. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra tuberculosis en:	100%	12%	88	88	0
8. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra Difteria, Tetanos y Tos Ferina en:	100%	41%	59	59	0
9. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra la Poliomielitis en:	100%	55%	45	45	0
10 Alcanzar una cobertura de vacunacion contra el Sarampion en:	100%	42%	68	68	0
11 Alcanzar en el contro de crecimiento y desarrollo en niños 0-5 a.:	100%	48%	52	48	0
12 Reducir la Mortalidad Materna a	6*10000	0.1*10000	5.9	0	98
13 Alcanzar el control Prenatal en	75%	12%	63	84	0
14 Alcanzar una cobertura con Toxide Tetanico en mujeres embarazadas el:	80%	61%	19	20	0
15 Dar alimentacion complementaria a mujeres embarazadas al:	50%	7%	43	86	0
16 Destinar del Presupuesto de salud a la atencion preventiva el:	55%	11%	39	80	0
17 Destinar del presupuesto de salud a la atencion curativa el:	45%	89%	44	0	98

Nota: %(-) Hace falta para llegar a la meta
%(+) Sobre pasa la meta

METAS MINIMAS PARA EL AÑO 2,000 Y SU RELACION PORCENTUAL CON

1,990 EN EL AREA DE SALUD DE QUETZALTENANGO



FUENTE: PLAN DE ACCION DE DESARROLLO SOCIAL D.G.S.S.

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La reducción de mortalidad infantil se encuentra para el año 1,990 a 29% faltante para alcanzar la meta mínima para el año 2,000. De igual manera se observa la reducción de mortalidad en menores de 5 años, con un 10% faltante para llegar a la meta. Esto evidencia que las acciones de salud adoptadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en lo que respecta a promoción, prevención y tratamiento específico de las enfermedades que son propias de los niños estén "consiguiendo" reducir dichas mortalidades. La mortalidad neonatal con 61% faltante para lograr la meta mínima para el año 2,000 de la cual hay ineficacia sobre las estrategias de salud para alcanzar la meta.

En cuanto a la meta de disminuir la morbilidad de enfermedades respiratorias no fue posible analizarse. A causa de que era necesario recabar información desde el año de 1,978 al 1,990 de los cuales unicamente se encontró los datos de 1,990. Por lo tanto al analizarse los datos de un solo año daba resultados no válidos ni confiables.

En lo que respecta a la mortalidad por síndrome diarreico agudo se observa que se ha sobrepasado a un 97% a la meta mínima propuesta para el año 2,000; dato que fué elaborado por no existir oficialmente una tasa específica. Se concluye que según el resultado obtenido la meta ya fué alcanzada, aunque siempre existiendo la duda de la validez y confiabilidad por un probable subregistro ya que si analizamos la primera causa de mortalidad general del departamento de Quetzaltenango es el síndrome diarreico agudo.

Del 100% de la vacunación programada se encuentra que para la BCG se presenta el 88% de déficit, DPT 59%, Antipolio con un déficit de 45%, Antisarampionosa 68%. Se evidencia que en cada una de ellas el porcentaje de cobertura para alcanzar la meta mínima propuesta para el año 2,000 es elevada por lo que constituye un factor de riesgo que puede repercutir en la salud de los niños, aunque si bien es cierto estos datos no son del todo confiables ya que unicamente incluyen, las jornadas de vacunación nacional no así el total de vacunas aplicadas durante el año.

En cuanto a la poca cobertura de vacunación contra la polio podemos decir que existe una adecuada inmunización ya que no se ha presentado ningún caso, lo que presenta que dicha patología ha sido erradicada, cumpliendose de ésta manera la meta propuesta.

Dentro de el estudio se encontró que para el año 1,990 un 48% de los niños menores de 5 años no reciben 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 de 20%. Unido a éste problema el 80% 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 que los hijos de éstas presenten casos de tétanos neonatal; ésto se evidencia en el único caso que se presentó en 1,990, reflejando que aún no se ha logrado erradicar dicha patología la cual está contemplada en las metas para su erradicación para el año 2,000.

Esto último viene relacionado con el porcentaje de cobertura del control prenatal del cual hay un déficit de 84% demostrando que la mujer embarazada no recibe atención institucional y no está siendo vacunada, sin embargo ésto podría atribuirse a creencias culturales de la población. Además de éste problema se observa que hace falta un 86% de cobertura de alimentación complementaria a la mujer embarazada problema que posiblemente podría atribuirse a la insuficiente cantidad de alimentación destinados para cubrir dicha población. Se observa que los datos de control prenatal vienen a contribuir con los datos obtenidos de mortalidad materna ya que ésta última fué alcanzada. Lo cual sin embargo se atribuye a un posible subregistro.

En lo que se refiere al área de salud preventiva se asigna un bajo presupuesto presentado para éste año con un déficit de 80% para alcanzar la meta; considerandose que el área preventiva ha sido y está delegada a un segundo plano a pesar que se conocen que las medidas de promoción y prevención de salud son lo más importante en la preservación de la salud en forma integral. Contrariamente al área curativa que tiene asignado un presupuesto más alto pues invierte más del total asignado.

X. CONCLUSIONES

- 1- La información sobre los indicadores de salud se encuentra registrada en diferentes instituciones las que no se encuentran estandarizadas entre sí, por lo que se obtuvieron diferentes datos de un mismo indicador.
- 2- Sobre datos poblacionales no existen estadísticas reales por lo que se utilizaron las estimaciones del INE, lo que provoca sesgo en la información además algunas de las metas no fué 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 la meta de cobertura de vacunación de un 100% en menores de 5 años, a escasos 7 años del año 2,000 estamos aún por debajo de la meta planteada, lo cual nos crea un panorama muy pobre en cuanto a alcanzarla.
- 4- Algunas metas se lograron rebasar como la mortalidad por enfermedad diarréica en menores de 5 años, la mortalidad materna, y el presupuesto de salud curativo, interpretandose de dos formas; o realmente se alcanzaron o bien existe un subregistro de datos siendo ésto 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 la meta que pretende la erradicación de la poliomielitis se pudo comprobar que no se reportó ningún caso, por lo que se presume que se está muy cerca de que la meta sea un hecho para el año 2,000.
- 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 Desarrollo Social 4 de ellos alcanzaron las metas mínimas lo que corresponde a un 23%, 10 no lograron alcanzarla lo que corresponde a un 59% y 3 del total se acercaron a la meta lo que hace un 18%.

XI. RECOMENDACIONES

- 1- Que se utilice la boleta para recopilación de los datos de todos los indicadores de salud en cada Jefatura de Area; 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 Area de cada región, con el fin de que se puedan utilizar adecuadamente, y obtenerse con cierta facilidad.
- 4- Incrementar el personal en las instituciones encargadas de registrar y archivar la información sobre los indicadores en salud, que se encarguen de actualizar los mismos, evitar la falsificación y hacerlos accesibles cuando se soliciten.
- 5- Capacitar al personal que registra la información en salud, y crear métodos confiables de canalización de información, de manera que corresponda fidedignamente con la realidad, y se evite el subregistro.
- 6- Que el Gobierno de la República de Guatemala, evalúe periódicamente los indicadores de salud haciendo énfasis en las metas mínimas de salud propuestas por la OMS, 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.
- 7- Concientizar al personal de salud sobre los problemas creados por el subregistro y/o la falsificación de datos, supervisando debidamente a los mismos y sancionando adecuadamente a quien se sorprendiera alterando información.

XII. RESUMEN

El siguiente estudio fué 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 Desarrollo Social basados en la Atención Primaria en Salud, para lograr la estrategia "Salud Para Todos en el Año 2,000".

Para su efecto se utilizó una boleta la cual permitió la recolección de la información por el investigador en las instituciones y bibliotecas consultadas, posteriormente se analizó y se realizaron cuadros en los cuales se representa el porcentaje de las metas que se han alcanzado y lo que falta para alcanzarlas, en algunas de ellas.

Entre los indicadores que ya alcanzaron la meta se encuentran: mortalidad por enfermedad diarreica, Erradicación de la poliomielitis, mortalidad materna, presupuesto de salud destinado a medicina curativa.

Entre las metas que aún no se alcanzan tenemos las que se refieren a cobertura de vacunación PAI, alimentación complementaria a embarazadas, control de crecimiento y desarrollo en menores de 5 años, control prenatal, presupuesto de salud destinado a medicina preventiva, toxoide tetánico en embarazadas y entre los indicadores que están más cercanos a alcanzar la meta tenemos la mortalidad en menores de 5 años y la mortalidad infantil, y erradicación del Tétanos Neonatal.

XI. RECOMENDACIONES

- 1- Que se utilice la boleta para recopilación de los datos de todos los indicadores de salud en cada Jefatura de Area; 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 Area de cada región, con el fin de que se puedan utilizar adecuadamente, y obtenerse con cierta facilidad.
- 4- Incrementar el personal en las instituciones encargadas de registrar y archivar la información sobre los indicadores en salud, que se encarguen de actualizar los mismos, evitar la falsificación y hacerlos accesibles cuando se soliciten.
- 5- Capacitar al personal que registra la información en salud, y crear métodos confiables de canalización de información, de manera que corresponda fidedignamente con la realidad, y se evite el subregistro.
- 6- Que el Gobierno de la República de Guatemala, evalúe periódicamente los indicadores de salud haciendo énfasis en las metas mínimas de salud propuestas por la OMS, dicha evaluación puede ser llevada a cabo por dependencias del estado (M.S.F.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.
- 7- Concientizar al personal de salud sobre los problemas creados por el subregistro y/o la falsificación de datos, supervisando debidamente a los mismos y sancionando adecuadamente a quien se sorprendiera alterando información.

XII. RESUMEN

El siguiente estudio fué 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 Desarrollo Social basados en la Atención Primaria en Salud, para lograr la estrategia "Salud Para Todos en el Año 2,000".

Para su efecto se utilizó una boleta la cual permitió la recolección de la información por el investigador en las instituciones y bibliotecas consultadas, posteriormente se analizó y se realizaron cuadros en los cuales se representa el porcentaje de las metas que se han alcanzado y lo que falta para alcanzarlas, en algunas de ellas.

Entre los indicadores que ya alcanzaron la meta se encuentran: mortalidad por enfermedad diarreica, Erradicación de la poliomielitis, mortalidad materna, presupuesto de salud destinado a medicina curativa.

Entre las metas que aún no se alcanzan tenemos las que se refieren a cobertura de vacunación PAI, alimentación complementaria a embarazadas, control de crecimiento y desarrollo en menores de 5 años, control prenatal, presupuesto de salud destinado a medicina preventiva, toxoide tetánico en embarazadas y entre los indicadores que están más cercanos a alcanzar la meta tenemos la mortalidad en menores de 5 años y la mortalidad infantil, y erradicación del Tétanos Neonatal.

XIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO AMBIENTAL. 1,981-1,990. Un camino hacia la salud. Publicación científica No. 431 OPS 1,982. Páginas 80. (pp 1).
- 2.- ANALISIS DE LA SITUACION DEL NIÑO Y LA MUJER. Guatemala 1,992. Publicación Científica y Técnica de la OPS Guatemala, Publicación No. 3. Páginas 12. (pp 1-9)
- 3.- ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD POR REGIONES. Guatemala 1,992. Publicación Científica y Técnica de la OPS Guatemala, Publicación No. 3. Páginas 145. (pp 17-21).
- 4.- ATENCION PRIMARIA EN SALUD. Alma-Ata 1,978. Informe de conferencia internacional sobre APS. Alma-Ata. URSS. OMS UNICEF 1,978. (pp 3-7,13,43).
- 5.- ATENCION PRIMARIA EN SALUD. Principios y Métodos, Kroger Axel. OPS 1,987. Capitulo 8, Páginas 216. (pp 2-5).
- 6.- GLOSARIO DE TEMARIOS. OMS, Ginebra 1,984, Páginas 66. (pp 12-21).
- 7.- LAS CONDICIONES DE SALUD DE LAS AMERICAS. Volumen II. Publicación Científica No. 524 OPS, Edición 1,990. Páginas 75. (pp 65-70).
- 8.- McDONALD, BEATRIZ EUGENIA. Salud Para Todos En El Año 2,000. Análisis de los indicadores para la evaluación de alcances de las metas para Guatemala. Tesis Médico y Cirujano USAC 1,991. Páginas 85. (pp 1-8).
- 9.- METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. Manual para el desarrollo del personal de salud. De Canales Francisca. OPS/OMS 1,989. Páginas 327.
- 10.- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. DGSS. Departamento materno-infantil. Guatemala 1,988. (p 7).
- 11.- MORALES ZULLY ARGENTINA. Análisis y tendencias de la situación de salud en Guatemala. Tesis Médico y Cirujano USAC. Guatemala 1,984. Páginas 115.
- 12.- PLAN DE ACCION DE DESARROLLO SOCIAL. 1,992-1,996, 1,997-2,000. Desarrollo humano, infancia y juventud, SEGEPLAN Guatemala, Marzo 1,992. Páginas 27. (pp 1-11).

- 13.- PLAN NACIONAL DE SALUD MATERNO-INFANTIL. 1,992-1,996. MSPAS. DGSS. Departamento materno-infantil, Páginas 37. (pp 9-11).
- 14.- PLAN DE SALUD. Lineamientos de políticas y estrategias, áreas programáticas, unidad sectorial de planificación de salud. Noviembre 1,986. Páginas 51. (pp 43-44).
- 15.- PREPARACION DE INDICADORES PARA VIGILAR LOS PROGRESOS REALIZADOS EN EL LOGRO DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2,000. OMS. Ginebra 1,988. Serie salud para todos No. 4. Páginas 99. (pp 3-10, 12-13, 18-39, 58-60).
- 16.- REGIONALIZACION DE MEXICO BASADA EN INDICADORES DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD PROPUESTOS POR LA OMS. Valencia, Gustavo. Volumen 33. Enero-Febrero 1,991. Páginas 37. (pp 29-37).
- 17.- SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2,000. Estrategias OMS/OPS 1,980. (pp 20-23).
- 18.- SEMINARIO ALMA-ATA 10 AÑOS DESPUES, AVANCES. OMS/OPS, APROFAM, MSPAS. Programa población y desempleo 1,990. Páginas 58. (pp 38-48).
- 19.- PROYECCION DE LA POBLACION URBANA Y RURAL POR REGION Y DEPARTAMENTO, 1,980-2,000. República de Guatemala, Secretaría General de Planificación Económica. Páginas 530. (pp 102-110).

XIV. ANEXOS

51

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

BOLETA PARA LA RECOLECCION DE DATOS
DEL DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO

1) CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS

a. - Monografía del área

a.1 Superficie del área por Km2.: _____

a.2 Densidad de 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 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 de 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 Total de consultas: _____
 - d. Medicamentos esenciales (hacer listado).
 - 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: _____
- 5) INDICADORES SOCIO-ECONOMICOS**
- a. Educación.
 - a.1 Analfabetismo: _____
 - b. Nutrición.
 - b.1 Alimentación complementaria a mujeres embarazadas: _____
 - c. Producto nacional bruto: _____

QUETZALTENANGO AÑO 1,990.

INDICADORES	AÑO 1,990	AÑO META 2,000
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 a 15%
5. Incidencia IRA < 5 años:	_____	Disminuir a 33%
6. Tétanos neonatal:	_____	Erradicación
7. Poliomiélitis:	_____	Erradicación
8. Vacunación < 5 años BCG:	_____	Cobertura 100%
9. Vacunación < 5 años DPT:	_____	Cobertura 100%
10. Vacunación < 5 años Polio:	_____	Cobertura 100%
11. Vacunación < 5 años Sarampión:	_____	Cobertura 100%
12. Control crecimiento y desarrollo de 0-5 años:	_____	Alcanzar 100%
13. Mortalidad materna:	_____	6 por 10,000
14. Control prenatal:	_____	Alcanzar 75%
15. Toxoide tétanico en embarazadas:	_____	Alcanzar 80%
16. Alimentación complementaria a mujeres embarazadas:	_____	Dar al 50%
17. Presupuesto salud preventiva:	_____	55%
18. Presupuesto salud curativa:	_____	45%