

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 Huehuetenango, 1992. 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

JULIA CAROLINA CONTRERAS GOMEZ

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1993.



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 21 de mayo de 1,993
DIF-048-93

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

Se informa que el: MAESTRA DE EDUCACION PREPRIMARIA JULIA CAROLINA
Título o diploma de diversificado, Nombre y apellidos
CONTRERAS GOMEZ Carnet No. 86-13493
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 A. Ramos Hernández
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO NO. 4040

Firma del estudiante

Revisor
Firma y sello
Registro Personal 14,909
Edgar A. Ramos Hernández
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 6143

DL
05
T(6633)

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

FORMA D

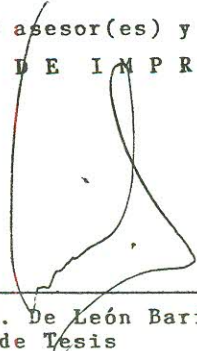
H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: JULIA CAROLINA CONTRERAS GOMEZ
Carnet Universitario No. 86-13493

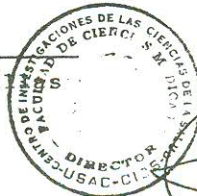
Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"INDICADORES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
O R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, 21 de mayo de 1993




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



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

I M P R I M A S E :



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

INDICE

	Pag.
I Introducción:	1
II Definición del problema	2
II Justificación	3
IV Objetivos	4
V Revisión Bibliográfica	5
VI Métodos y Procedimientos	24
VII Alcances y Limitaciones	33
VIII Presentación de Resultados	35
IX Análisis y Discusión de Resultados	51
X Conclusiones	53
XI Recomendaciones	54
XII Resumen	55
XIII Bibliografía	56
XIV Anexos.	58

I. INTRODUCCION

"Salud Para Todos en el año 2000", es la meta que creó una política 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)

Guatemala, al igual que otras naciones en vías de desarrollo, con problemas económicos y sociales que afectan la salud de la población se vió en la necesidad de buscar solución a sus problemas, creando políticas de salud basadas en las propuestas de Atención Primaria en Salud. Estas políticas son aplicables en nuestro país de acuerdo a sus necesidades de salud, para tal fin el Gobierno de la República de Guatemala, propuso dentro del Plan de Desarrollo Social metas mínimas de salud a alcanzar en el año 2000, representadas como indicadores de salud.

En base a lo anterior, surgió la inquietud de conocer la situación de la Atención Primaria en Salud y analizar las metas mínimas propuestas para el año 2000 a través de los indicadores de salud de 1992, en el departamento de Huehuetenango. Por lo que se consideró importante realizar éste estudio analítico; los datos fueron obtenidos de diversas fuentes de información.

Luego de haber comparado los indicadores propuestos por el Plan de Desarrollo Social, con los indicadores oficiales del departamento de Huehuetenango, se determinó que de los diecisiete indicadores, tres sobrepasaron las metas mínimas, doce no lograron alcanzarlas y solamente dos del total llegó a la meta.

No se estableció si existe o no una aplicación adecuada de Atención Primaria en Salud, se debe tomar en cuenta la probabilidad de que exista subregistro y que la mayor parte de ésta información se encuentra descentralizada y no actualizada, además de estar a escasos siete años del 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 analizar la ATENCION PRIMARIA EN SALUD en el departamento de Huehuetenango, a través de los indicadores de salud con el fin de analizar los logros alcanzados durante el año de 1992 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 un análisis 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 el aumento de la morbilidad, mortalidad y poca 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 Huehuetenango en 1992.

B. ESPECIFICOS

- 1.- Analizar la situación de salud en el departamento de Huehuetenango, basándose en los indicadores propuestos por la Organización Mundial De La Salud (OMS).
- 2.- Identificar los indicadores de salud prioritarios del departamento de Huehuetenango.
- 3.- Comparar los logros alcanzados durante el año de 1992 a través de los indicadores de salud y relacionarlos con las metas mimimas 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 de 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.

(6)

- Mortalidad Infantil: ningún país de la región tendrá una mortalidad mayor de 30 defunciones por cada 1000 nacidos vivos.
- Inmunizaciones: proporcionar inmunizaciones al cien por ciento de los niños menores de un año contra: Difteria, Tos Ferina, Tétanos, Tuberculosis, Sarampión y Poliomiélitis, y al cien por ciento de las embarazadas contra el tétanos (en áreas donde el tétanos neonatal es endémico).
- Agua potable y disposición de excretas: proporcionar agua potable a 100 millones de habitantes en zonas rurales y a unos 155 millones de habitantes en zonas urbanas, y servicio de alcantarillado y disposición de excretas a unos 390 millones de habitantes.
- Cobertura de los servicios de salud: Asegurar el acceso a los servicios de salud al 100% de la población. (1) (6)

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 poliomiélitis.
- 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 (0.6 por 1000).
- 11.- Alcanzar el 75% de control prenatal.
- 12.- Alcanzar 90% 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, cacerios, 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 Quetzaltenango, Totonicapán, San Marcos, Retalhuleu, Suchitepéquez y Sololá.
- 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. (15) (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 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 cuentan 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 período perinatal (0.53 por mil), deficiencias de nutrición (0.53 por mil), otras formas de enfermedad cardíaca (0.24 por mil), violencia (0.23 por mil), homicidio y lesiones 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 60 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 alcanzó el 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. 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 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. (6) (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, mística, 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.

C. 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, ésto 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 volúmen 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.

El concepto de los anteriores términos no están completamente 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 Huehuetenango.
- Secretaría 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 diseño 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.(1992)
- 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

- 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 no presentó porcentaje negativo (déficit) y que llegó al 100% (ver gráfica 2) o que cumplió su objetivo.

Posteriormente se graficaron los datos obtenidos representándose en barras. En donde 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 creó el porcentaje del indicador que correspondía a la meta 4 del cuadro 6, la cual no estaba formulada.

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 - 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 HUEHUETENANGO:

a.- Monografía del departamento.

a.1. Superficie en Km².

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 quien se entrevistó 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 Probienestar de la familia Guatemalteca.
- e.- Jefatura de Área de Salud del departamento de Huehuetenango.

2.- FISICOS:

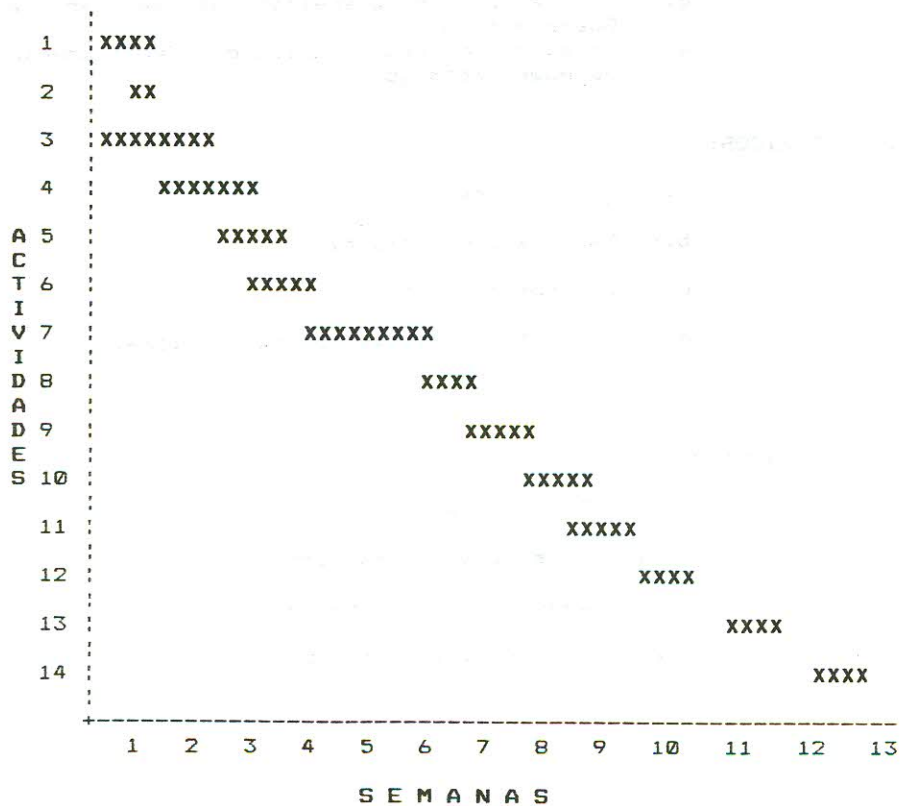
- a.- Computadora.
- b.- Máquina de escribir.
- c.- Biblioteca y archivos.
- d.- Literatura relacionada con el tema.

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 del informe final para correcciones.
- 12.- Aprobación de informe final.
- 13.- Impresión del informe final y administrativos.
- 14.- Examen público y defensa de la tesis.

VII. ALCANCES Y LIMITACIONES

Para la recolección de la información del trabajo de campo, se consultó diferentes fuentes de información, como instituciones de salud nacionales e internacionales, tales como: Dirección General de Servicios de Salud, Jefatura de Área del Departamento, Instituto Nacional de Estadística, Comisión Nacional de Alfabetización, Secretaría General de Planificación Nacional, 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 forma posible, para proporcionar la información necesaria.
2. En las instituciones nacionales que se encuentran al servicio del sector salud y que se dedican a la canalización y registro de información, ésta no se encuentra ordenada, completa y actualizada como se pudo observar en los indicadores de Control de Crecimiento y Desarrollo, y Alimentación Complementaria.
3. Inaccesibilidad 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.

Es importante hacer mención que los indicadores de salud propuestos por la Organización Mundial de la Salud, fueron adaptados a la realidad de Guatemala en el Plan de Acción de Desarrollo Social, y que algunos de ellos son utilizados como metas mínimas para nuestro país.

Es difícil aceptar que en general, en Guatemala no existe información confiable que nos asegure los progresos, el desarrollo, el mejoramiento, de las metas planteadas, así como de las actividades que para tal efecto se desarrollan.

Pero tampoco podemos ser tajantes, en el hecho de que no se podrá alcanzar dichas metas, en vista de que esto no puede ser probado con exactitud.

Sería magnifico que los individuos involucrados con el sector salud de Guatemala, recorrieran en conjunto el camino que falta, de manera que podamos alcanzar "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2,000".

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

MONOGRAFIA DEL DEPARTAMENTO
DE HUEHUETENANGO

ASPECTO HISTORICO

Al organizarse en 1838 el Estado de los Altos, se reunieron bajo aquella denominación política y siempre dentro de la Federación Centroamericana, los pueblos que componían en departamento de Sololá, Totonicapán y Quetzaltenango, señalándose como territorio el mismo con que figuraban en las cartas geográficas levantadas en 1832 por Miguel Rivera Maestre, y mencionándose al departamento como el de Güegüetenango, según se lee en el decreto de la Asamblea Constituyente del Estado, emitido el 26 de mayo de 1839.

El artículo 30. de la Constitución del Estado declaraba que el territorio quedaba dividido en cuatro departamentos, éstos en distritos y los distritos en municipalidades, pero no indicaba los nombres de los departamentos. Sin embargo, Huehuetenango eligió dos diputados a la Asamblea Constituyente y recibió por primera vez el título de departamento con que figura en el Gobierno de los Altos emitido el 2 de noviembre del mismo año, por el cual se convocaba a la Constituyente para que prosiguiera sus sesiones.

CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS:

El departamento de Huehuetenango colinda al norte con México, al este con Quiché, al sur con Totonicapán y San Marcos y al oeste con México. Tiene una extensión territorial de 7,403 km².(6).

Cuenta con 31 municipios siendo por lo tanto el que mayor número de ellos tiene en la república:

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| - Aguacatán | - San Antonio Huista |
| - Barillas | - San Gaspar Ixchil |
| - Colotenango | - San Juan Atitán |
| - Concepción | - San Juan Ixcoy |
| - Cuilco | - San Miguel Acatán |
| - Chiantla | - San Pedro Necta |
| - Huehuetenango (cabecera) | - San Rafael la Independencia |

- Ixtahuacán
- Jacaltenango
- La Libertad
- La Democracia
- Soloma
- Malacatancito
- Nentón
- Tectitán
- San Rafael Petzal
- San Sebastián Coatán
- San Mateo Ixtatán
- San Sebastián Huehuetenango
- Santa Ana Huista
- Santa Bárbara
- Santa Eulalia
- Todos Santos Cuchumatán

El territorio del departamento es montañoso, atravesado por un sistema orográfico cuyo eje es la Sierra Madre, y cuyas intrincadas ramificaciones hacen el suelo irregular, áspero, caprichoso; con altísimas cumbres que se cubren de escarcha en la estación fría, y dilatadas llanuras y campiñas de templado y ardoroso temperamento; con profundos precipicios y angosturas, despeñaderos y barrancos, suaves colinas, vegas y amenas praderas, caudalosos ríos, lagunas bosques y selvas.

De la cordillera de los Andes, eje natural de todas las formaciones de América, se desprende en primer término el extenso ramal de la Sierra Madre que dilata por todo el departamento constituye el núcleo orográfico de el Quiché, y sólo se detiene ante el profundo valle del río Chixoy que lo separa de la sierra de la Verapaz. Más conocida como la Sierra de los Cuchumatanes la sierra recibe por antonomasia ésta última denominación en los altos de Chiantla, San Martín, Todos los Santos Cuchumatán, Xemal y Chancol, en donde llega a las mayores elevaciones del país. (6).

La extensa cordillera de los Cuchumatanes, separa las vertientes del departamento de Huehuetenango en dos ramas, Sur-Deste y Nor-Deste que corren en curso tortuoso llevando aguas al Golfo de México por dos canales principales; el río Usumacinta y el río de Chiapas. De las grandes corrientes principales que forman el Usumacinta, dos nacen en Huehuetenango; el río Chixoy o Negro y el río Lacantún. El sistema hidrográfico comprende por consiguiente tres grupos; el río Chixoy o Negro, el río Lacantún y los afluentes del río Chiapas, los ríos Cuilco y Selegua.

ASPECTOS SOCIOECONOMICOS ;

Los cultivos corresponden a la naturaleza del suelo: en tierra caliente se cultiva café caña de azúcar, tabaco,

chile, achiote, yuca, y las frutas. En tierra fría el trigo, las papas, la cebada, alfalfa, legumbres, y las frutas de la zona. El maíz es el cultivo más generalizado y se produce en todo el departamento.

Los habitantes del departamento han ejercido desde tiempo inmemorial, los oficios que constituyen la industria en sus formas más corrientes, transformando las materias primas para los servicios usuales de la vida. La falta casi absoluta de maquinaria, ha sido el principal obstáculo para el desarrollo industrial.(6).

La alfarería y la industria del cuero han quedado estacionarias. En la cabecera departamental se fabrica buen ladrillo y teja de barro; en Malacatancito hábiles canteros labran la piedra y fabrican piedras de moler maíz, que venden en toda la región. La industria de tejidos e hilados se practica en todo el departamento.

Para el año de 1991, la población económicamente activa de Huehuetenango era de 187.7 x 1,000 habitantes, una población ocupada de 110.9 x 1,000 habitantes, población desocupada 76.8 x 1,000 habitantes. El ingreso per cápita de ese año fue de Q 865.9, y el ingreso medio anual de la población ocupada de Q 1,577. 1 , con un Producto Interno Bruto de Q 580.2.(Para 1992 no se encontraron datos).

La situación de pobreza que vive el departamento, se manifiesta en la elevada cantidad de personas que viven en la pobreza (88% del total de la población, y de éstos el 75% viven en pobreza extrema) y el alto índice de analfabetismo, en la población mayor de 15 años (76%) según datos obtenidos de CONALFA, para 1992.(3,19).

ASPECTOS POBLACIONALES;

Los indios de la región son de buena índole, trabajadores que se dedican al comercio la agricultura aparte de unas pequeñas industrias. Son respetuosos de la ley, cumplen con la iglesia pero no han renunciado a su antigua organización civil de caciques y principales, y aunque mantienen sus cofradías de tinte cristiano, no abandonan sus creencias y prácticas idólatras.

Las razas indígenas del departamento, pertenecen a cuatro grupos de lenguas derivadas de la lengua maya, tronco común de las lenguas y razas de Guatemala. La más esparcida es la raza Mam a que pertenecen todos los pueblos exteriores

a la cordillera de los Cuchumatanes, con excepción de Aguacatán, y los pueblos de los Altos Cuchumatanes, Todos Santos Cuchumatán y los municipios vecinos.

Para el año 1992 la población de Huehuetenango se encontró distribuida así;(19).

Población total; 740,370 habitantes (51% masc. 49% fem.)
Población Urbana; 112,201 habitantes.
Población Rural; 628,169 habitantes.
Densidad Poblacional: 100 hab/km2.
Crecimiento Vegetativo;3.4.

El detalle de la distribución poblacional se observa en el cuadro y gráfica 1.

SITUACION DE SALUD;

El área de salud del departamento de Huehuetenango se encuentra organizada en 89 servicios de salud, los que trabajan de forma regular bajo horarios ya establecidos. De éstos 88 prestan atención a la población, ejecutan los componentes programáticos enfocados hacia la prevención, fomento, protección, tratamiento y rehabilitación de enfermedades.(15)

La actividad de la jefatura de área es eminentemente técnica y administrativa, aunque también es responsable de la supervisión y monitoreo. Los servicios de salud, que están organizados así;

- 1 jefatura de área
- 2 Hospitales departamentales
- 16 Centros de salud tipo B (no poseen tipo A)
- 70 puestos de salud.

La jefatura de área adoptó las políticas de salud planteadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que son las siguientes:(15)

- Extensión de cobertura.
- Desarrollo institucional.
- Desarrollo estratégico de 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.

Así mismo cuenta también con 902 promotores Rurales de Salud de los cuales, 785 se encuentran activos, y con 1,493 comadronas adiestradas activas, y en 1992 se adiestró a 463 más.

El Gobierno de Guatemala asignó en 1991 al sector de salud de Huehuetenango un total de Q.4.168,334.00 del cual corresponde 61% al nivel curativo, y 35.3 % al nivel preventivo, es decir a hospitales, centros y puestos de salud respectivamente. A la jefatura de área se le asignó, 2.7% del total.(ver cuadro 2). Sin embargo encontramos que para el año 1992, el presupuesto asignado es más alto, pues le correspondió un total de Q.7.169,324.00 de los cuales un total de Q. 2.576,548.00 correspondieron al los centros hospitalarios, y el resto fue distribuido entre jefatura, centros y puestos de salud.(19)

Existe una lista oficial de medicamentos básicos para Puestos de Salud, programados trimestralmente para su envío, por la Droguería Nacional, y que por diversos motivos no se reciben ni en el tiempo estipulado, ni la totalidad de medicamentos de dicha lista. Por lo que podría existir discrepancia entre la dotación de medicamentos que se reciben y la morbilidad característica de cada área, lo que podría aumentar la incidencia de ciertas patologías especialmente de origen infeccioso.(ver cuadro 3)(15).

MORBILIDAD Y MORTALIDAD:

Para el año de 1992 la tasa de mortalidad general se encontró en 4.92 x 1,000 nacidos vivos. Las cinco primeras causas de mortalidad fueron; Bronconeumonía con 582 casos, Infección Respiratoria Aguda, 259 casos, Síndrome Diarreico Agudo 195 casos, Desequilibrio Hidroelectrolítico, 155 casos y Cardiopatías diversas, 118 casos. No conocemos la razón por la cual han separado el Síndrome Diarreico Agudo del Desequilibrio hidro electrolítico, ya que van de la mano, suponemos que la razón es básicamente, la forma en que fueron reportadas dichas defunciones, ya que no en todos los casos es un médico quien certifica los fallecimientos.

Las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades infecciosas, como en la mayor parte de regiones del país, lo que podría explicarse por la idiosincrasia de

nuestros indígenas, y su bajo nivel de instrucción, así como por la baja demanda de los servicios de salud, que presentan pocas coberturas, como podrá verse posteriormente.

Del listado de Enfermedades de Notificación Obligatoria, según demanda atendida en los servicios de salud, las principales para 1992 fueron; Infección Respiratoria Aguda, 8,956 casos, Síndrome Diarreico Agudo con 3,952 casos, Malaria con 2,954 casos, Desnutrición Proteico Calórica con 879 casos, y Tuberculosis con 154 casos.(15)

SALUD MATERNO INFANTIL;

Para 1992 la tasa de Mortalidad Infantil era de 28.63 x 1,000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad de menores de 5 años de 12.35 x 1,000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad de niños de 1- 4 años en el mismo año, es de 4.74 x 1,000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad neonatal es de 18.58 x 1,000 nacidos vivos.

La principal causa de mortalidad infantil es Bronco Neumonía, y como parte de la Infecciones Respiratorias agudas, uno de los principales motivos de demanda de los servicios de salud. Es importante hacer mención de que solamente 0.1% de los niños menores de 5 años, fallecieron por enfermedad diarreica, evidenciando la eficacia de las estrategias dirigidas a ésta. Es importante aclarar que éste porcentaje fue elaborado por nosotros, ya que no existía oficialmente.

Huehuetenango, aplica programas de atención específicos como el Materno Infantil, que para el año 1992 presentó una cobertura de Control de Crecimiento y Desarrollo de 8% en niños menores de 1 año y de 91% en niños de 1 a 4 años, sin embargo la cobertura fue sólo para el 19% del total de los niños de la región.

Las coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones, alcanzaron 64% para vacuna Antipoliomielítica, 63.37% para D.P.T. (difteria, tétanos y tos ferina), 51% para vacuna Antisarampionosa, 7.86% para B.C.G., 18.45% de Toxoide Tetánico a embarazadas.(ver cuadro 4).

Vale la pena mencionar, que en lo que a morbilidad de enfermedades inmuno prevenibles se refiere, se reportó únicamente 3 casos de Tos ferina, y es importante hacer notar que dentro de éste grupo de enfermedades se encuentran el Tétanos Neonatal y la Poliomieltitis, de las que no se reportó

un solo caso y que son parte de las metas propuestas para Guatemala, y Huehuetenango en el camino hacia el año 2000.
(19)

SALUD DE LA MADRE:

La tasa de mortalidad materna para el año 1992 fue de $8.4 \times 10,000$ ($0.84 \times 1,000$ nacidos vivos) y para el mismo año se alcanzó una tasa de natalidad de $39.09 \times 1,000$ habitantes. La cobertura de Control Pre-Natal fue de 59%, de las que el 14% regresó a Control del Puerperio. Sin embargo de las mujeres que estaban en control se atendió institucionalmente el parto a 71%, es decir un 38% del total de mujeres embarazadas de la región.

Para el año 1992 por lo menos 70% de la mujeres, no conocen o no utilizan ningún método anticonceptivo, esto basados en la cobertura de Planificación Familiar, que no cubre a todas la mujeres en edad reproductiva, además la tasa de fecundidad es de $195.49 \times 1,000$ nacidos vivos.

Por otro lado, las condiciones socioeconómicas son precarias como ya se mencionó previamente, la desproporción entre salario y capacidad adquisitiva por el costo de la canasta básica, ha moderado la dieta de los pobladores de Huehuetenango, no solo en cantidad sino en calidad. Situación que se expresa en que por lo menos 44% de los niños padecen algún grado de desnutrición, además es importante tomar en cuenta que generalmente proceden de hogares donde las madres carecen de una adecuada instrucción, y de las áreas rurales.
(3,19)

SANEAMIENTO AMBIENTAL:

Huehuetenango posee un total de 122,711 viviendas, habitadas por 122,802 familias, y el 72.70% de la población no cuenta con agua domiciliar.

Así que los pobladores se sirven del agua de ríos y pozos, lo cual contribuye al aumento de Infecciones del tracto Gastro Intestinal, por el marcado fecalismo, tomando en cuenta que 67.30% de la población no cuenta con un servicio adecuado de disposición de excretas.

Otro factor que contribuye a la contaminación de las aguas es la utilización de plaguicidas, que llegan a ellas de muchas maneras, sin que se controle debidamente su aplicación.

Si tomamos en cuenta que la mayoría de los hogares carecen de los servicios sanitarios básicos, como agua potable, drenajes y alcantarillado, podremos explicarnos por qué la incidencia tan alta de diarrea, y por qué es una de las principales causas de morbi-mortalidad del departamento.

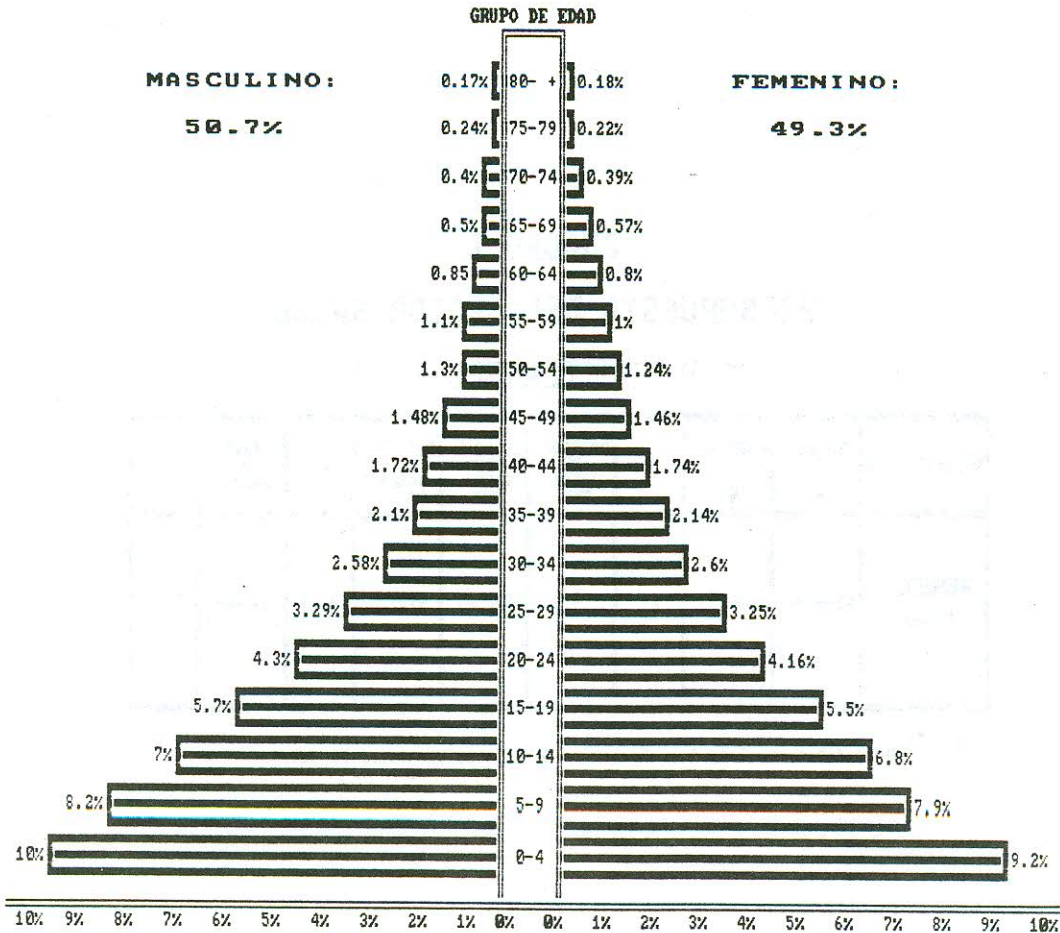
(43)

CUADRO 1
POBLACION ESTIMADA PARA 1992
POR GRUPO DE EDAD
HUEHUETENANGO

GRUPO DE EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
0 - 4 a.	71459	10.2	68583	9.3	140042	18.86
5 - 9 a.	60862	8.2	58512	7.9	119374	16.12
10 - 14 a.	52188	7	50442	6.8	102549	13.8
15 - 19 a.	42811	5.7	40774	5.5	82785	11.2
20 - 24 a.	31682	4.3	30862	4.2	62543	8.4
25 - 29 a.	24426	3.3	24042	3.2	48468	6.5
30 - 34 a.	19882	2.5	19387	2.6	38389	5.2
35 - 39 a.	15476	2.1	15881	2.1	31357	4.2
40 - 44 a.	12711	1.7	12874	1.7	25585	3.5
45 - 49 a.	10994	1.9	10844	1.5	21839	2.9
50 - 54 a.	9685	1.3	9168	1.2	18773	2.5
55 - 59 a.	8241	1.1	7699	1	15939	2.1
60 - 64 a.	6382	0.85	6021	0.88	12323	1.6
65 - 69 a.	4332	0.58	4236	0.57	8568	1.1
70 - 74 a.	2986	0.40	2985	0.39	5922	0.79
75 - 79 a.	1679	0.24	1627	0.22	3306	0.45
+ 80 a.	1278	0.17	1367	0.18	2639	0.36
TOTAL	375226	50.7	365144	49.3	740371	100

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (INE). Dirección General de Servicios de Salud.

GRAFICA 1
DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO
PIRAMIDE POBLACIONAL
1992



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (INE), Población estimada para 1992.

CUADRO 2
PRESUPUESTO DEL SECTOR SALUD
DE HUEHUETENANGO 1991

DEPARTAMENTO	TOTAL Q.	HOSPITAL Q.	%	CENTROS DE SALUD "A"	CENTROS DE SALUD "B"	PUESTOS DE SALUD "C"	%	AREA DE SALUD	%
HUEHUETE- NANGO.	4168334	2546533	61	- - -	538381	971222	36.3	112265	2.7

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

CUADRO 3
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS
BASICOS PARA PUESTOS DE SALUD
HUEHUETENANGO 1992

MEDICAMENTOS	TRIMESTRES	
	ENVIADOS	NO ENVIADOS
1. ANALGESICOS: 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.		XXXXXXX
8. ANTIACIDOS: a. Hidroxido de Al/Mg.		XXXXXX
9. DERMATOPROTECTORES: a. Oxido de Zinc.		XXXXXX
10. SALES DE REHIDRATACION.		XXXXXX
11. ANTIBIOTICOS: a. Penicilinas. b. Trimetropin-Sulfa. c. Cloranfenicol.	XXXXXX XXXXXX	
12. ANTISEPTICOS: a. Alcohol Isopropilico.	XXXXXX	XXXXXX

FUENTE: Proqueria Nacional.

CUADRO 4
PROGRAMA NACIONAL DE VACUNACION
COBERTURA EN EL AREA DE SALUD DE
HUEHUETENANGO 1992.

UACUNAS	POBLACION 0-4 a. PROGRAMADA	POBLACION 0-4 a. UACUNADA	COBERTURA	META PARA EL 2000
ANTIPOLIO	140,812	86,688	64%	100 %
BPT		88,726	63.37%	100 %
ANTISARAMPIONOSA		71,486	51%	100 %
BCG		11,885	7.86%	100 %
TOXOIDE TETANICO EMBARAZADAS	EMBARAZADAS PROGRAMADAS	EMBARAZADAS UACUNADAS	COBERTURA	META PARA EL 2000
	36,826	6,649	18.45%	88%

FUENTE: Departamento de Estadística. D.G.S.S.
 Programa ampliado de inmunizaciones, Jefatura de Área de Salud de Zacapa.

CUADRO 5
COBERTURA DE LOS PRINCIPALES PROGRAMAS
DEL GRUPO MATERNO INFANTIL
EN EL DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO 1992

CONTROL DE CRECIMIENTO DESARROLLO				CONSULTA MATERNA				ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN MUJERES EMBARAZADAS		
POBLACION 0-4 a.	TOTAL E CONTROL	%	META	TOTAL EMBARAZADAS	CONTROL PRENATAL	%	META	MUJERES BENEFICIADAS	%	META
140,842	26,588	19	100%	36,826	21,255	59	75%	2,559	13	58%

FUENTE:

Departamento Materno-Infantil, Direccion General de Servicios de Salud.

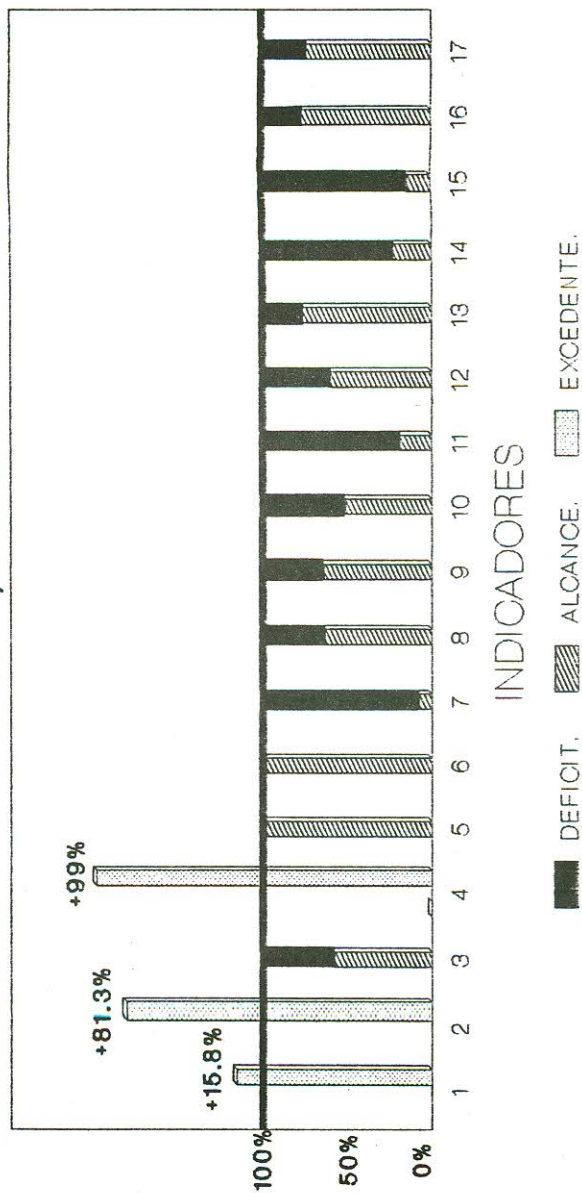
CUADRO 6
DISTRIBUCION DE LAS METAS MINIMAS PARA ALCANZAR
EN EL AÑO 2000 Y SU RELACION PORCENTUAL CON 1992
EN EL AREA DE SALUD DE HUEHUETENANGO

INDICADOR	META PARA	DATO	DIFERENCIA	%(+)	%(-)
	EL 2000	1992			
1. Reducir la Mortalidad Infantil a un indice no mayor de:	34 * 1000	28.63 * 1000	5.37	15.8	-
2. Reducir la mortalidad en menores de 5a. a:	66 * 1000	12.35 * 1000	53.65	81.3	-
3. Reducir la mortalidad neonatal a:	13 * 1000	18.5 * 1000	5.5	-	42
4. Disminuir la Mortalidad por enfermedad diarreica en < 5a. a un:	15 %	8.1	14.9	99	-
5. Erradicacion del Tetanos Neonatal:	0	0	0	-	-
6. Erradicacion de la Poliomieltis:	0	0	0	-	-
7. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra tuberculosis en:	100%	7.86%	92.14	-	92.14
8. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra Difteria, Tetanos y los Ferina en:	100%	63.37%	36.63	-	36.63
9. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra la Poliomieltis en:	100%	64%	36	-	36
10. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra Sarampion en:	100%	51%	49	-	49
11. Alcanzar en el control de crecimiento y desarrollo en ninos 0-5a.:	100%	19%	81	-	81
12. Reducir la Mortalidad Materna a:	6 * 100000	8.4 * 100000	2.4	-	40
13. Alcanzar en control prenatal el:	75%	59%	16	-	21.3
14. Alcanzar una cobertura con Ioxoide Tetanico en mujeres embarazadas el:	80%	18.45%	61.55	-	76.9
15. Dar alimentacion complementaria a mujeres embarazadas al:	50%	7%	43	-	86
16. Destinar del Presupuesto de salud a la atencion preventiva el:	55%	35.3%	9.7	-	21.5
17. Destinar del presupuesto de salud a la atencion curativa el:	45%	69%	14	-	25

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

FUENTE: Plan de Accion de Desarrollo Social. Direccion General de Servicios de Salud.

GRAFICA 2
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE METAS
MINIMAS DE SALUD SEGUN ALCANCE,
EXCEDENTE Y DEFICIT, HUEHUETENANGO 1992



FUENTE:
 Plan de Accion de Desarrollo Social.
 Direccion General de Servicios de Salud

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

A escasos siete años del año 2,000, Huehuetenango parece estar lejos de alcanzar la metas propuestas por el Plan de Acción de Desarrollo Social. Y no porque no existan políticas de salud adecuadas a la realidad del lugar, sino porque es muy probable que no estén siendo aplicadas debidamente.

Tal es el caso de la cobertura del Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo, que presenta un déficit de cobertura de 81%, lo que significa que la mayoría de los niños, están en riesgo no solo de contraer enfermedades, sino de que no se detecte temprano cualquier tipo de patología y se corrija a tiempo.

Por si fuera poco, pese a las Jornadas Nacionales de Vacunación, el Programa de Inmunizaciones también presenta muy pobres coberturas, lo que aumenta el riesgo de los niños.

Sin embargo las tasas de Mortalidad evidencian otra realidad, ya que para 1,992 se encontraban por arriba de la meta esperada para el año 2,000; la tasa de Mortalidad Infantil superó la meta en 15.79%, la tasa de Mortalidad en menores de 5 años superó la meta en 18.7%, el porcentaje de Mortalidad por Enfermedad Diarréica en menores de cinco años en 20%, y la tasa de Mortalidad Neonatal superó en 7.2% la meta. Lo anterior podría ser resultado de diversos factores, por ejemplo; sesgo en la información, falsificación de datos, errores matemáticos etc., sin embargo lo mejor sería que correspondiera con la realidad.

No se reportó ningún caso de Poliomieltis, ni de Tétanos Neonatal, por lo que se puede decir que se alcanzó la meta.

En lo que a Salud de la Madre se refiere, la tasa de mortalidad materna es alta, y para el año 1,992 presenta un déficit de 40% en relación a la meta. Situación que es esperada si se toma en cuenta que las coberturas de Control Prenatal y de Inmunización con Toxide Tetánico a embarazadas, también fueron bajas, (déficit de 21.3% y 23% respectivamente). Además la Alimentación Complementaria es destinada a muy pocas mujeres en relación con el universo, (déficit de 86%). *

Por otro lado la inversión en el nivel curativo es muy alta en relación con la del nivel preventivo, ya que la meta para el nivel curativo presenta un déficit de 21.5%, y la del nivel preventivo presenta un déficit de 25%.

En resumen podemos decir que los esfuerzos que se deberá realizar para alcanzar las metas, son muchos, y que será difícil que logren alcanzarlas todas. Por lo pronto es alentador que las tasas de mortalidad en niños sean bajas, porque éstas reflejan que se está trabajando por alcanzar "Salud para Todos en el Año 2,000".

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 sobre 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- Hablando específicamente de las metas de vacunación, podemos decir que las coberturas son muy bajas, y que dudamos mucho que puedan ser alcanzadas.
- 4- Respecto a las metas que se lograron rebasar (Mortalidad Infantil, Mortalidad en Menores de 5 años, y por Enfermedad Diarréica) consideramos que se puede interpretar de dos formas: o realmente se alcanzaron, o bien existe subregistro de datos, esto último es lo más fácil de esperar, en virtud de los problemas con que se cuenta para lograr un adecuado registro estadístico.
- 5- No se reportaron casos ni de Poliomiелitis ni de Tétanos Neonatal, por lo que podemos decir que se está muy cerca de alcanzar la meta para el año 2,000.
- 6- A éstas alturas, y teniendo plena conciencia de que los costos en curación son más elevados que los de prevención, se insiste en asignar un porcentaje más alto en el nivel curativo que en el preventivo. Esto sin tomar en cuenta la inversión que Centros y Puestos de Salud, hacen en éste aspecto, y que no se contempla dentro del presupuesto.

XI. RECOMENDACIONES

- 1- 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 pueda utilizar adecuadamente y obtenerse con cierta facilidad.
- 2- Incrementar al personal de las instituciones encargadas de registrar y archivar la información sobre los indicadores de salud, que se encarguen de actualizar los mismos, evitar la falsificación y hacerlos accesibles cuando se soliciten.
- 3- Capacitar al personal que registra la información en salud y crear métodos confiables de canalización de la información de manera que corresponda fidedignamente con la realidad y se evite el subregistro.
- 4- Que el Gobierno de la República, evalúe periódicamente los indicadores de salud, haciendo énfasis en las 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.
- 5- Concientizar al personal de salud sobre los problemas creados por el subregistro y/o la falsificación de datos, supervisar debidamente a los mismos, y sancionar adecuadamente a quien se sorprendiera alterando información.
- 6- Implementar estrategias dirigidas a mejorar la prestación de los servicios de salud, con énfasis en prevención.
- 7- Distribuir de una manera más adecuada el presupuesto que anualmente se destina al área de salud de Huehuetenango de manera que se mejore la inversión en el nivel preventivo, y se reduzcan los gastos en el nivel curativo.

XII. RESUMEN

El presente estudio fue realizado con el propósito de hacer un análisis de los alcances obtenidos, en relación a las metas mínimas propuestas por el Gobierno de la República en el Plan de Acción de Desarrollo Social, basados en la Atención Primaria en Salud para alcanzar la meta; "Salud para Todos en el Año 2,000".

Para tal efecto, se utilizó una boleta, la cual permitió la recolección de la información por el investigador en las instituciones y bibliotecas consultadas durante un periodo de seis semanas; debemos reconocer que para su elaboración se invirtió la mayor parte del tiempo en la búsqueda y recolección de la información en vista de que no existe de manera organizada un sistema de recolección y evaluación que facilite dicho trabajo.

Luego se procedió a tabular clasificar y organizar los datos según las metas planteadas; se analizó y graficó la información. Esta se representó en porcentajes que expresan si se alcanzó, sobrepasó o no se llegó a la meta.

Entre los indicadores que sobrepasaron la meta se encuentran: la reducción de la mortalidad infantil, mortalidad en menores de cinco años, y Mortalidad en menores de cinco años por enfermedad diarreica.

No se reportó ningún caso de Poliomiелitis, tampoco de Tétanos Neonatal, por lo que decimos que se alcanzó la meta.

El resto de indicadores, no logró alcanzar la meta, y es alarmante observar como algunos presentan déficits muy elevados en relación al 100% que corresponde a cada meta.

XIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- De Canales, Francisca. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo del personal de salud. OPS./OMS. 1989 327p. (pp. 1-7).
- 2.- Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de informática. Datos estadísticos de indicadores de salud, 1970-1992. Guatemala, 1992 (s.p.)
- 3.- Flores Auceda, Carlos. Indicadores y cobertura de los servicios materno infantil del M.S.P.A.S. por región y departamento. Guatemala, 1991. (pp. 8-11)
- 4.- Groll, Francis. Diccionario Geográfico de Guatemala. Guatemala, 1981. Tomo 1 (pp. 34-35)
- 5.- Jefatura de área de salud del departamento. Plan operativo y memoria de labores del departamento de Huehuetenango 1992. Huehuetenango, 1992 (pp. 1-60)
- 6.- Kroeger, Axel. Atención primaria en salud. Principios y métodos. México, 1987. capítulo VIII (pp. 2-5)
- 7.- McDonald, Beatriz Eugenia. Salud para todos en el año 2000: Análisis de los indicadores para la evaluación de los alcances de las metas para Guatemala. Tesis (Médico y cirujano) USAC. Facultad de Medicina. Guatemala, 1991. 85p. (pp. 1-8).
- 8.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Salud Materno Infantil 1992-1996. Guatemala, 1991. D.G.S.S. 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, 1984. 115 p.
- 10.- Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria en Salud. Informe de la conferencia Internacional sobre A.P.S. Alma-Ata, 1978. (pp. 3-7, 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 2000. Ginebra, 1988. 99p. (3-10, 13-18, 39, 58-60)
- 13.- Organización Panamericana para la Salud. Agua potable y saneamiento ambiental. Un camino hacia la salud. 1982. 80p. (pp. 1)
- 14.- Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación del niño y la mujer. Guatemala, 1992. 12p. (pp. 1-4) (Publicación científica y técnica No.3)
- 15.- Organización Panamericana de la Salud. Análisis de Salud por Regiones. Guatemala, 1992. 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, 1990. (pp. 67-70) (publicación científica No. 524)
- 17.- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el año 2,000; Estrategias. Guatemala, 1990. (pp. 20-23)
- 18.- Segeplan. Plan de Acción de desarrollo Social 1992-1996, 1997-2000; Desarrollo Humano, Infancia y Juventud. Guatemala, marzo, 1,992, 27 p. (pp. 1-11)
- 19.- Segeplan. Plan de Salud; Lineamientos de política y estrategias áreas programáticas. Guatemala, noviembre de 1986. 51 p. (pp. 43-44)
- 20.- Seminario Alma-Ata diez años después. Avances. Guatemala, 1,990, OPS. OMS, APROFAM, MSPAS. 58 p. (pp. 38-48).

XIV A N E X O S

BOLETA PARA RECOLECCION DE DATOS
DEL DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO 1992

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. 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 _____

DEL DEPARTAMENTO DE HIGIENE Y SALUD PÚBLICA

- 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 PÚBLICA:

- 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: _____.

HUEHUETENANGO AÑO 1,992.

INDICADORES	AÑO 1,992	AÑO META 2,000
1 Mortalidad infatil:	_____	34 por mil
2 Mortalidad <5años:	_____	66 por mil
3 Mortalidad neonatal:	_____	13 por mil
4 Mortalidad SDA <5años:	_____	Disminuir al 15%
5 Incidencia IRA <5años:	_____	Disminuir en 33%
6 Ténatos neonatal:	_____	Erradicación
7 Poliomielitis:	_____	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:	_____	alcanzar el 100%
13 mortalidad materna:	_____	6 por 10000 nacidos
14 Control prenatal:	_____	alcanzar el 75%
15 Toxoide tetátino en embarazadas:	_____	alcanzar el 80%
16 Alimentación Complementaria a mujeres embarazadas:	_____	dar al 50%
17 Presupuesto preventivo:	_____	55%
18 Presupuesto curativo:	_____	45%