

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 Petén, 1991. Guatemala.

T E S I S

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

P O R

ESTEBAN SAMUEL FRANCO SALAS

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1993.



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 21 de junio
DIF-068-93-93

de 199.

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

Se informa que el: MAESTRO DE EDUCACION PRIMARIA RURAL ESTEBAN SAMUEL
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

FRANCO SALAS

Carnet No. 51639

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:

Aesor
Firma y sello personal

Edgar Rodolfo de León Bantles
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 4040

Firma del estudiante

Revisor
Firma y sello

Registro Personal 14909

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Edgar A. Rojas Mijangos
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 0145

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: ESTEBAN SAMUEL FRANCO SALAS

Carnet Universitario No. 51639

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 Junio de 1993

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

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

I M P R I M A S E :

Dr. Jaceth Ernesto Cabrera Franco

D E C A N O



INDICE

CAPITULO	PAGINA
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III. JUSTIFICACION	4
IV. OBJETIVOS	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI. METODOS Y PROCEDIMIENTOS	28
VII. ALCANCES Y LIMITACIONES	36
VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS	38
IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	54
X. CONCLUSIONES	56
XI. RECOMENDACIONES	58
XII. RESUMEN	59
XIII. BIBLIOGRAFIA	60
XIV. ANEXOS	62

I. INTRODUCCION

"Salud Para Todos en el Año 2000", es una meta de salud definida y aceptada por todos los países del mundo en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud realizada en Alma -Ata, en 1977. Un año después se llegó al acuerdo que para alcanzar dicha meta era necesario establecer una estrategia específica distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como "Atención Primaria en Salud", que no es más que asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías práctica científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puestas 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 pueden soportar. (1)

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

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

La mayor parte de ésta información se encontraba descentralizada y no actualizada; además se encontró un alto porcentaje de subregistro. Luego de haber comparado los indicadores propuestos por el Plan Nacional con los indicadores oficiales del Departamen-

to de Petén, cuatro de los indicadores sobrepasaron la meta 23%, once no alcanzaron la meta 65% y dos llegaron a la meta alcanzando un 12%.

No pudiendose concluir si existe o no indicadores adecuados de Atención Primaria en salud, ya que debe tomarse en cuenta subregistro y el tiempo que falta para llegar al año 2,000.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Durante muchos años Guatemala ha estado inmersa en una proble
mática económica, política y social que ha obstaculizado el desarro-
llo integral de la sociedad guatemalteca.

El sector que no escapa de esta realidad, lo cual se refleja por
ejemplo en una tasa de mortalidad infantil de 47.02 por mil naci-
dos vivos y mortalidad materna de 1.06 por mil nacidos vivos, para
1990. (15)

Por lo tanto al estar a escasos siete años del año 2000 era
necesario evaluar la ATENCION PRIMARIA EN SALUD en el departamento
de Petén, a través de los indicadores de salud con el fin de anali
zar los logros alcanzados durante el año 1991 en relación a las me
tas mínimas propuestas por el Gobierno de la República de Guatema-
la en el Plan de Acción de Desarrollo Social para los años 1991-
2000.

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

1. Desde 1,977 en que se implantó la estrategia de ATENCION PRIMARIA EN SALUD, se propusieron metas las cuales a la fecha quince 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 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 soluciones a los problemas de salud, que en su mayoría son prevenibles tales como: Sarampión, Tuberculosis, Poliomiелitis, 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 los niños potencialmente miembros de la Población económicamente Activa.
4. Los costos de los servicios de salud aumentan a expensas de nivel de atención curativo como los son hospitales, ya que son los que consumen la mayor parte del presupuesto asignado al sector salud.
5. El estado de Guatemala es Dignatario de la Declaración de Alma-Ata y como tal debe cumplir con las metas para el año 2,000.

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 Petén en 1,991.

B. ESPECIFICOS.

1. Evaluar la situación de salud en el departamento de Petén, basándose en los indicadores propuestos por la Organización Mundial De La Salud (OMS).
2. Identificar los indicadores de salud prioritarios del departamento de Petén.
3. Comparar los logros alcanzados durante el año de 1,991, a través de los indicadores de salud y relacionarlos con las metas mínimas propuestas por el Plan de Acción de Desarrollo Social para el año 2000.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. ANTECEDENTES

En mayo de 1977 la Asamblea Mundial De La Salud adoptó una resolución estableciendo que la principal meta social de los gobier-nos y de la Organizacion Mundial de la Salud (OMS) en los próximosdecenios será alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en elaño 2,000. Un grado de salud que les permita llevar una vida so-cial y económicamente productiva. Esta es la meta que se denominaSalud Para Todos En el Año 2,000. (1)

En 1,978 se celebró en Alma-Ata, Unión Soviética, la conferencia internacional sobre Atención Primaria En Salud (APS), en laque se declaró que la APS es la estrategia fundamental al alcancede todos los países para lograr la meta mencionada. Esta declara-ción fué tomada como propia por la Asamblea General De Las Nacio-nes Unidas en noviembre de 1,979. Esta misma organización la incorporó a una nueva estrategia internacional del desarrollo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) acogió las re-soluciones anteriormente mencionadas y elaboró en 1,981, un plande acción para la instrumentación de las estrategias regionales.Los países del continente Américo que constituyen la OPS suscri-bieron un compromiso mundial para orientar todos los esfuerzos yrecursos en salud al logro de esta meta social, que se sustenta enun espíritu de equidad y se basa en el reconocimiento de que ac-tualmente el nivel de salud y el goze de las acciones sanitariasno es igual para toda la población.

Evidentemente existe una estrecha vinculación entre la situa-ción de salud de un país y su situación económica y social. Las desigualdades entre unos países y otros en este aspecto, y aún den-tro de los mismos países ha sido uno de los estimulantes para queen los foros mundiales mencionados se busque afanosamente un cami-no para llegar a una situación más justa. (1)

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.
- 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, y 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 108,889 Km² está dividida políticamente en 22 departamentos, integrados por 328 municipios que a su vez están formados por aldeas, caseríos, parajes y fincas.

Los departamentos han sido agrupados desde 1986 en ocho regiones de salud que enfatizan la dimensión espacio regional del país:

- Región I metropolitana departamento de Guatemala.
- Región II norte departamento de Alta y Baja Verapaz.
- Región III Departamentos de El Progreso, Izabal, Zacapa, Chi quimula.
- Región IV Departamentos de Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa.

- Región V Departamentos de Sacatepéquez, Chimaltenango y Escuintla.
- Región VI Departamentos de Sololá, Totonicapan, Quetzaltenango, Retalhuleu, Suchitepéquez, San Marcos.
- Región VII Departamentos de Huehuetenango y Quiché.
- Región VIII Departamento de Petén.

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

1. ENTORNO SOCIO-POLITICO

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) para 1992, se estimaba una población de 9,744,625 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.

- 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 un año contra: Difteria, tosferina, tétanos, tuberculosis, sarampión y poliomielitis; y al cien por ciento de las embarazadas contra el tétanos (en áreas donde el tétanos neonatal es endémico).
- Agua potable y disposición de excretas: proporcionar agua potable a cien millones de habitantes en zonas rurales y a unos 155 millones de habitantes en zonas urbanas, y servicio de alcantarillado y disposición de excretas a unos 390 millones de habitantes.
- Cobertura de los servicios de salud: asegurar el acceso a

los servicios de salud al 100% de la población. (1)

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

1. Reducir la mortalidad infantil a 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 mortalidad 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, POLIO, DPT, Sarampión en menores de cinco años.
9. Alcanzar el 100% en control de crecimiento y desarrollo en niños de 0 - 5 años.
10. Reducir la mortalidad materna a 6 por 10000 nacidos vivos.
11. Alcanzar el 75% de control prenatal.
12. Alcanzar el 80% de cobertura con toxoide tetánico en embarazadas.
13. Dar alimentación complementaria al 50% de las mujeres embarazadas.
14. Erradicación de los casos de Cólera Morbus.
15. Destinar del presupuesto de salud el 55% a la salud preventiva y 45% a salud curativa. (18)

Con base en la 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 lograrse 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 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 determinarán, en última instancia el modo de prestación de servicios dentro del contexto de APS, y las acciones prioritarias que contribuyen efectivamente a elevar el nivel de bienestar y alcanzar las metas mínimas establecidas para el año 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 esta.

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

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 una área de 2.126 Km² (985 habitantes por Km²). Del total de los habitantes 37% viven 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 de sexo femenino, la población mayor de 64 años sólo el 3%, esta estructura caracteriza a Guatemala como un país de población joven, con una estructura primordial 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 (62%) 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 sobre 1; a línea de pobreza.

La población indígena se estimó para 1,990 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 1,990 fué 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 el 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 1,990. La deuda externa ascendió de 953 millones en 1,980 a 2,337 millones en agosto de 1,991. (12)

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 1,989 - 90 el 41%, en 1,989 se elevó al 44%.

4. 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 PEA no es calificada y 42% no tiene escolaridad. (12)

5. 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 Q4.50 al finalizar 1,985, se logró reducir a Q2.50 en 1,986 con sucesivas alzas aunque moderadas hasta 1,989, en 1,990 una máxima elevación en septiembre a Q5.72 por uno (devaluación del 69% respecto a diciembre de 1989) al concluir 1,990 se ob seró una relativa estabilidad en torno a Q5.00 por un dollar. (2)

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 cubre únicamente al 25% de la población, el IGSS el 15% y el sector privado el 14%. En 1,990 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, apróximadamente 22,000 servicios 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 cuenta con equipo mínimo. De los 35 hospitales que forman el tercer nivel de atención, se estima que sus instalaciones estan 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 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 MORBI-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-occidental la menor (6.3 por mil). Se registraron 70,503 defunciones, 55% correspondieron al sexo masculino y el 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 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 (1.10 por mil), signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (0.71 por mil), Sarampión (0.55 por mil) ciertas afecciones del período perinatal (.53 por mil) deficiencias de nutrición (0.53 por mil), violencia (0.23 por mil) homicidio y lesiones (0.22) por mil), AVC (0.18 por mil). El grupo de niños menores de 5 años y de personas mayores de 68 años fueron los más afectados al analizar las tasas de mortalidad. (15)

8. INSUFICIENCIA DE LA EDUCACION

Guatemala tiene uno de los índices más altos de América Latina en analfabetismo, que alcanzó en 1,989 el 49% del total de la

población. En el área rural se alcanza el 72% con fuerte incidencia de la población indígena. Se estima que 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 siete años de estudio para complementar 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 1,80 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, 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%.

9. DETERIORO EN LA NUTRICION

En 1,990 un 4% de los menores de 5 años padecía de desnutrición severa los déficit en peso eran de 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 urbana central consumen menos calorías que las requeridas y en el áreas 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 vehículo por el cual vamos a llegar a determinado lugar por lo cual las actividades mínimas que debe tener una educación sobre las 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. Entendemos por planificación familiar, no solamente como anticoncepción, sino también de una inmunización contra las principales enfermedades y traumatismo comunes, luego el suministro de tratamientos esenciales. (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 calaborar 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 ellos la APS no se está aplicando y sera muy difícil que se ponga en práctica mientras no se introduzcan esos cambios radicales.

Todo debemos de colaborar con la APS eso lo dice la Constitución de la República, lo dijo en 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 solo parte de la comunidad la que va a recibir el beneficio, si no 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 la organizaciones no gubernamentales o privadas que deben hacerlo obligadamente como tales, incluso los que no son miembros de ellas pero son parte de familias. Porque no debemos de olvidar que la familia es la más importante institución para el cuidado de la salud de los integrantes de esa misma. (20)

C. DEFINICION DE INDICADORES

Son un índice o reflejo de una situación determinada según las normas de la OMS, para la evaluación de los 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 está 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 desarrollo psicossocial, las tasas de morbilidad y mortalidad o tasa de inmunización. 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 facilite la expresión final del valor, existen dos tipos de tasas que son:

Tasa Bruta: Son las 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, ejemplo: razón 0 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 deben medir.

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

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

Cuarto: ser específico, esto es, reflejar solo 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 políticas 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.

5.1 INDICADORES DE LA POLITICA SANITARIA

Esta información puede proceder de un análisis de las declaraciones de un gobierno, de un ministerio de salud o de los dirigentes políticos y de la comunidad, así como de las declaraciones formuladas en los medios de información colectiva. Tiene importancia especial el análisis de los presupuestos nacionales para comparar la distribución de los recursos dentro del sector de la salud. (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 servicios**
3. Desarrollo institucional sostenido
4. Descentralización y desconcentración de servicios
5. Modernización administrativa
6. Desarrollo de los recursos humanos
7. Financiamiento del sector.

Dentro de los indicadores de política sanitaria tenemos:

5.1.1 COMPROMISO POLITICO

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

5.1.2 ASIGNACION DE RECURSOS

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

- a. Proporción del 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 destina a la APS

5.1.3 GRADO DE EQUIDAD EN LA DISTRIBUCION DE RECURSOS

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

- 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.

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

El indicador de la seriedad del compromiso político es el grado en que al comunidad está asociada a las actividades de adopción de decisiones en materia de salud, y la existencia de mecanismos 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.

5.1.5 ESTRUCTURA ORGANICA Y PROCESO DE GESTION

Si los gobiernos han contraído un compromiso político, establecerán una estructura orgánica idónea, un proceso de gestión apropiado para el desarrollo nacional de la salud.

La respuesta a preguntas como las que se indica a continuación permitiran 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 y departamentales, etc.
- b. Los grupos de profesionales, la facultad de medicina, las escuelas de enfermería y otros departamentos universitarios participan adecuadamente en las funciones de investigación o de servicios congruentes con el desarrollo de la APS.

5.2 INDICADORES SOCIALES Y ECONOMICOS

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

ria nacional. (12)

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

5.2.1 TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION

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

5.2.2 PRODUCTO INTERNO BRUTO (PIB) Y PRODUCTO NACIONAL BRUTO (PNB)

De 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 PBN por habitante. (6)

5.2.3 DISTRIBUCION DEL INGRESO

Hay mediciones independientes de la distribución del ingreso, pero no todas suelen ser muy especializadas y están expuestas a errores y ambigüedades de ahí que sean poco apropiadas como indicadores anuales. El PIB ofrece una variable de base, puesto que en la práctica muchas variables de la salud están en correlación con el ingreso nacional por habitante.

Otros indicadores indirectos de la distribución del ingreso son las agrupaciones profesionales que reflejan las diferencias económicas, la distribución de la tierra etc. (12)

5.2.4 INDICE DE ANALFABETISMO EN ADULTOS

Definido como porcentaje de la población de 15 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 de-

sarrollo humano y propiciadora del mejoramiento de la calidad de vida. El apoyo que ha esta 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)

5.2.5 VIVIENDA

El indicador más corriente de la idoneidad de la vivienda es el número de personas por habitación. La calidad de la vida es uno de los factores de riesgo que condiciona significativamente el nivel de salud de la población, ya que los ambientes únicos y multifuncionales, la inadecuada iluminación y ventilación, material de construcción, etc. Condicionan el nacimiento y la propagación del proceso mórbido. (6)

5.3 INDICADORES DE LA PRESTACION DE ATENCION DE SALUD

Sería conveniente contar con un indicador compuesto de la presentación 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 ofrecerá 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 asistencia atendiendo a conceptos tales como; la disponibilidad, la accesibilidad y la utilización.

Los términos empleados en este rubro no estan enteramente nor

malizadas pero pueden ser útiles los siguientes:

5.3.1 DISPONIBILIDAD

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

5.3.2 ACCESIBILIDAD

Número o proporción de habitantes de una determinada población que previsiblemente utilizan un determinado servicio, han habido ciertas dificultades de acceso que puede ser materiales (distancia, tiempo), económicas (costo del viaje), sociales o culturales (barreras del idioma).

5.3.3 UTILIZACION

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

5.3.4 COBERTURA DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Solo 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 estan relacionados con los elementos esenciales de la APS.

5.3.5 AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO AMBIENTAL

Los indicadores más útiles al respecto son los que expresan el grado de accesibilidad de la población al agua y a las instala-

ciones de saneamiento.

Si se desea que el Decenio Internacional de Agua Potable y Saneamiento Ambiental, 1,981-1,990 cumpla su objetivo, será preciso dar nuevas orientaciones tanto a las estrategias nacionales como 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 en personas más expuestas. (13)

Al mejorar las condiciones de saneamiento y de higiene puede potencializarse los beneficios en salud de las inversiones de agua potable y saneamiento sobre la salud. (13)

5.3.6 INMUNIZACIONES

El programa 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 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 servicio accesibles de inmunización con las seis vacunas para niños menores de un año y con toxoide tetánico para las mujeres embarazadas. (6)

5.4 INDICADORES BASICOS DEL ESTADO DE SALUD

5.4.1 ESTADO DE SALUD

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

5.4.2 TASA DE MORTALIDAD DE LACTANTES

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

5.4.3 TASA DE MORTALIDAD 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 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 esta, por lo que resulta un indicador sensible del desarrollo socioeconómico de una comunidad.

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

5.4.5 TASA DE MORTALIDAD MATERNA

Esta tasa refleja el riesgo que corren las madres durante la gestación el parto y el puerpero 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 por el número total de nacidos vivos ese mismo año. Suele presentar el número de defunciones maternas por mil nacidos vivos. (12)

VI. METODOS Y PROCEDIMIENTOS

El presente trabajo tuvo como propósito el análisis de los alces 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 y otras tales como:

- Dirección General de Servicios de Salud (DGSS)
- Comité Nacional de Alfabetización (CONALFA).
- Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Asociación Probienestar de la Familia (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 área del departamento de Petén.
- Secretaría General de Planificación (SEGEPLAN).
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).
- Ministerio de Finanzas Públicas.
- Instituto Nutricional de Centro América y Panamá (INCAP).
- Biblioteca Facultad de Medicina USAC.

Se elaboró una boleta (ver capítulo XIV) la cual permitió la recopilación de la información por el investigador en las instituciones consultadas durante el periodo de seis semanas.

Se procedió a tabular y clasificar los datos según las metas planteadas posteriormente se procedió al análisis de contenido y estadístico. Para lo que se realizaron gráficas y cuadros donde se representó el porcentaje de las metas que se alcanzaron o sobrepasaron y el déficit.

El cuadro 5 que analiza las metas mínimas se diseñó en seis

columnas clasificandose así:

- a) Columna 1 y 2 indicador propuesto para el año 2,000.
- b) Columna 3 dato del indicador del año que se analizó 1,991.
- 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. (+ ó -)
- e) Se consideró que se alcanzó la meta propuesta a toda aquella que llegó al 100% o que cumplió su objetivo.

Posteriormente se graficaron los datos obtenidos representándose en barras. En donde cada barra corresponde a una meta o indicador de salud, siendo la longitud el porcentaje encontrado para cada meta en el año de estudio.

Los indicadores que se analizaron fueron los siguientes:

INDICADORES DE POLITICA SANITARIA

1. Asignación de recursos.
2. Compromiso político.

INDICADORES SOCIALES Y ECONOMICOS

1. Tasa de crecimiento vegetativo
2. Producto interno bruto.
3. Educación.
 - 3.1 Analfabetismo.
4. Vivienda.
5. Nutrición.
 - 5.1 Alimentación complementaria.

INDICADORES DE LA PRESTACION DE ATENCION DE SALUD

1. Saneamiento ambiental.
2. Inmunizaciones (PAI)

3. Suministro de medicamentos esenciales.
4. Cobertura del sistema de consulta y envío de pacientes.

INDICADORES BASICOS DEL ESTADO DE SALUD.

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

OTROS INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD

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

Finalmente se elbararón 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 PETEN
 - 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 consulta.

- 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 salud.
4. Indicadores básicos del estado de salud.
5. Otros indicadores.

D. INSTRUMENTOS DE MEDICION DE LAS VARIABLES

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

E. RECURSOS

1. HUMANOS:

Personal médico y administrativo a quién se 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 pro-bienestar de la familia.

2. FISICOS:

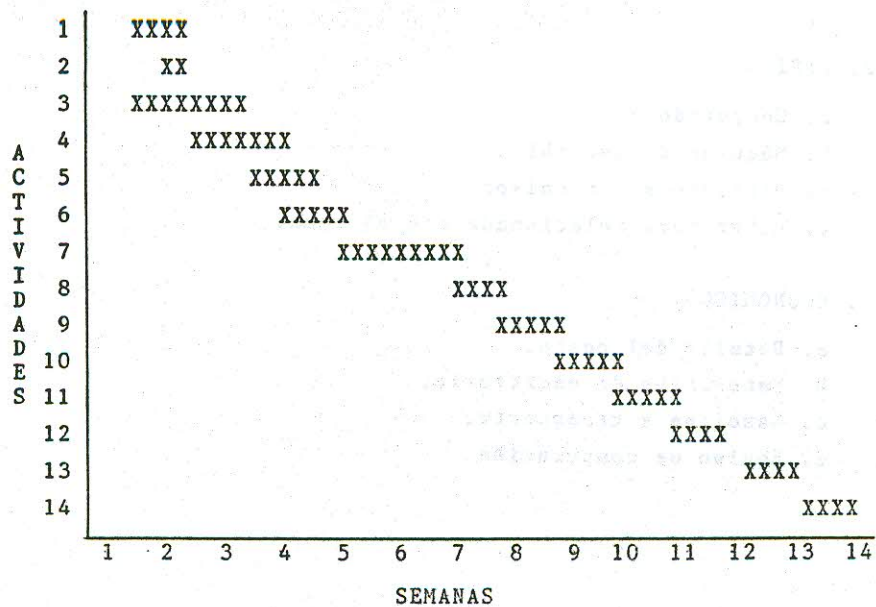
- a. Computadora.
- b. Máquina de escribir.
- c. Biblioteca y archivos.
- d. Literatura relacionada con el tema.

3. ECONOMICOS:

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

F. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

GRAFICA DE GANTT.



CRONOGRAMA

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 encuestador y encuestados.
7. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
8. Procesamiento de los datos, elaboración cuadros 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 y administrativos.
14. Examen público y defensa de la tesis.

VII. ALCANCES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Para la recopilación de la información del trabajo de campo, se consultó diferentes fuentes de información e instituciones de salud nacionales e internacionales, tales como: Dirección general de servicios de salud, Jefatura de área del departamento de Petén, Instituto Nacional de Estadística, Comisión Nacional de Alfabetización, Secretaría General de Planificación Nacional, Así como la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud.

Durante el proceso de recolección de datos se encontraron las siguientes limitaciones:

1. Autoridades y personal de algunas instituciones no colaboraron de la mejor manera para proporcionar la información necesaria.
2. De las instituciones Nacionales que se encuentran al servicio del sector salud y que realizan la canalización y el registro de información, la misma no se encuentra ordenada, completa y actualizada como se pudo observar en los indicadores de crecimiento y desarrollo.
3. En cuanto a la meta de disminuir la morbilidad por enfermedades respiratorias que no fué posible de analizarla a causa de que era necesario recabar información desde 1,978 a 1,991 de los cuales unicamente, se encontró el año 1,991. De los otros años si bien existe no era accesible, por lo tanto el analizarla con datos de un solo año presentaba resultados no válidos ni confiables.
4. Subregistro de información sobre morbilidad y mortalidad que repercutió en los resultados finales del estudio.

Debemos hacer mención, que los indicadores de salud propuestos por la OMS, y que algunos son utilizados como metas mínimas

para el año 2,000 han sido modificados, por el Gobierno de la República de Guatemala en el Plan de Acción de Desarrollo Social ya que se adapta a las necesidades de salud para su población por lo que las 18 metas mínimas presentadas difieren de las planteadas por la OMS, ya que éstas están propuestas para un plan de Desarrollo Global.

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

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

MONOGRAFIA DEL DEPARTAMENTO DE PETEN

ASPECTO HISTORICO

Los mayas fueron los primeros pobladores de Petén, quienes llamaron a las islas del lago Petén Itzá petenes, haciendose extensivo el nombre a todo el departamento.

En el año de 1,420 un principe de Chichén Itzá llamado Ta-Itzá (Rey Canek), se levantó con su pueblo internandose en la floresta hacia el sur llegó a poblar los alrededores del lago Petén Itzá y sus islas formándose así el reino de Petén Itzá, cuya capital fué Tayasal, actualmente la península de San Miguel.

Hernán Cortés, considerado como el descubridor de Petén por ser el primer Europeo que paso por estos territorios en su viaje hacia México, permaneció tres días en la capital itzalana en 1,525 Sin embargo, la conquista la realizó Don Martín de Ursúa y Arismendi, quien a principios de marzo de 1,697. llegó al lago habiendo tomado todo el territorio el 14 del mismo mes y año, a nombre de los Reyes de España, de donde llegaron los primeros pobladores.

Tres años posterior a la conquista, se trasladó definitivamente la población a la Isla de Ciudad Flores. Dicho pueblo, como capital del distrito del Itzá conservó siempre el nombre de Isla de los Remedios del Itzá. hasta el año de 1,825, en que por acuerdo legislativo se le concedió el nombre de villa, cambiándose el nombre por el de Petén Itzá. Años más tarde el 2 de mayo de 1,831 y por decreto número 28 de Asamblea legislativa del Estado de Guatemala, recibió el título de Ciudad en honor a Cirilo Flores.

Así permaneció el Departamento de Petén hasta 1,969, cuando se comunica por carretera con la ciudad Capital, se dá la migración por los colonos cabiendo así la demografía, la cultura y las costumbres del departamento, iniciandose así la masiva explotación

ya que esta era moderada por lo difícil de extraer los productos.

CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS

La región VIII comprende el departamento de El Petén, localizado en el norte de Guatemala; limita al norte y oeste con México, al este con Belice y al sur con Alta Verapaz e Izabal, con una extensión territorial aproximadamente de 35,854 Km². La cabecera departamental es Ciudad Flores, política y administrativamente se divide en 12 municipios, siendo estos: Ciudad Flores, San Benito, San Francisco, La Libertad, San Ana, San Andrés, San José, Dolores Potún, San Luis, Melchor de Mencos, Sayaxché. En ellos, se localizan 434 comunidades (pueblos, aldeas y caseríos). Flores, San Luis y La Libertad cuentan con el mayor número de habitantes. La densidad poblacional es de 7 habitantes/Km².

Las altitudes en el departamento varían de 81 a 510 mts. sobre el nivel del mar, con una temperatura mínima de 16.6° centígrados y máxima de 35.5° centígrados; y una precipitación anual de 1000 a 2000 mm³. (4)

Como resultado de un proceso de colonización no planificado, y que responde al interés de campesinos por obtener tierras, la población se ha sextuplicado en el periodo de 1,970-1985. Los migrantes provienen principalmente de Jutiapa, Jalapa, Chiquimula, Izabal, Las Verapaces y el Quiché.

Accidentes geográficos más importantes que tiene el departamento son: Los Montes Mayas, localizadas en Poptún y San Luis; y Rios Usumacinta, Pasión y San Pedro, localizados en municipios de Sayaxché y Libertad que desembocan en el Golfo de México; los rios Azul y Mopán en Melchor de Mencos que desembocan en el mar Caribe, además existen lagos siendo el más importante el Lago Petén Itzá en el municipio de Flores. Extensión aproximada de 99 Kms², otras lagunas que se encuentran: Yasha', Petex Batun.

La población para 1,991 fué de 253,326 habitantes y con una

MONOGRAFIA DEL DEPARTAMENTO
DE PETEN

ASPECTO HISTORICO

Los mayas fueron los primeros pobladores de Petén, quienes llamaron a las islas del lago Petén Itzá petenes, haciendose extensivo el nombre a todo el departamento.

En el año de 1,420 un principe de Chichén Itzá llamado Ta-Itzá (Rey Canek), se levantó con su pueblo internandose en la floresta hacia el sur llegó a poblar los alrededores del lago Petén Itzá y sus islas formándose así el reino de Petén Itzá, cuya capital fué Tayasal, actualmente la península de San Miguel.

Hernán Cortés, considerado como el descubridor de Petén por ser el primer Europeo que paso por estos territorios en su viaje hacia México, permaneció tres días en la capital itzalana en 1,525 Sin embargo, la conquista la realizó Don Martín de Ursúa y Arismendi, quien a principios de marzo de 1,697. llegó al lago habiendo tomado todo el territorio el 14 del mismo mes y año, a nombre de los Reyes de España, de donde llegaron los primeros pobladores.

Tres años posterior a la conquista, se trasladó definitivamente la población a la Isla de Ciudad Flores. Dicho pueblo, como capital del distrito del Itzá conservó siempre el nombre de Isla de los Remedios del Itzá. hasta el año de 1,825, en que por acuerdo legislativo se le concedió el nombre de villa, cambiándose el nombre por el de Petén Itzá. Años más tarde el 2 de mayo de 1,831 y por decreto número 28 de Asamblea legislativa del Estado de Guatemala, recibió el título de Ciudad en honor a Cirilo Flores.

Así permaneció el Departamento de Petén hasta 1,969, cuando se comunica por carretera con la ciudad Capital, se dá la migración por los colonos cabiendo así la demografía, la cultura y las costumbres del departamento, iniciandose así la masiva explotación

ya que esta era moderada por lo difícil de extraer los productos.

CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS

La región VIII comprende el departamento de El Petén, localizado en el norte de Guatemala; limita al norte y oeste con México, al este con Belice y al sur con Alta Verapaz e Izabal, con una extensión territorial aproximadamente de 35,854 Km². La cabecera departamental es Ciudad Flores, política y administrativamente se divide en 12 municipios, siendo estos: Ciudad Flores, San Benito, San Francisco, La Libertad, San Ana, San Andrés, San José, Dolores Potún, San Luis, Melchor de Mencos, Sayaxché. En ellos, se localizan 434 comunidades (pueblos, aldeas y caseríos). Flores, San Luis y La Libertad cuentan con el mayor número de habitantes. La densidad poblacional es de 7 habitantes/Km².

Las altitudes en el departamento varían de 81 a 510 mts. sobre el nivel del mar, con una temperatura mínima de 16.6° centígrados y máxima de 35.5° centígrados; y una precipitación anual de 1000 a 2000 mm³. (4)

Como resultado de un proceso de colonización no planificado, y que responde al interés de campesinos por obtener tierras, la población se ha sextuplicado en el periodo de 1,970-1985. Los migrantes provienen principalmente de Jutiapa, Jalapa, Chiquimula, Izabal, Las Verapaces y el Quiché.

Accidentes geográficos más importantes que tiene el departamento son: Los Montes Mayas, localizadas en Poptún y San Luis; y Rios Usumacinta, Pasión y San Pedro, localizados en municipios de Sayaxché y Libertad que desembocan en el Golfo de México; los rios Azul y Mopán en Melchor de Mencos que desembocan en el mar Caribe, además existen lagos siendo el más importante el Lago Petén Itzá en el municipio de Flores. Extensión aproximada de 99 Kms², otras lagunas que se encuentran: Yasha', Petex Batun.

La población para 1,991 fué de 253,326 habitantes y con una

densidad de 7 habitantes/Km², y un crecimiento vegetativo del 4%. La población es predominantemente rural 78% (19,794 habitantes), siendo la población urbana 22% (55,732 habitantes), siendo para el sexo masculino 45% y el femenino 55%.

Según grupos de edades podemos dividir la población: El grupo de menores de 5 años representa el 20.5%, mientras que el grupo de a 14 años conforman el 28.5%, el grupo de 15 -a- 44 es el 38.5%, el grupo de 45 a 64 años 10%, así como la población en retiro más de 65 años 2.5%.

Dentro de esta población existe el 7.5% de Raza indígena, corresponde aproximadamente a 17,036 habitantes, siendo el 53% de ellos el sexo masculino y 47% al femenino, esta población se localiza en los municipios de San Luis y San José.

ASPECTOS SOCIOECONOMICOS

De los 35,854 Kms² que ocupa el territorio, el 18% es apropiado para uso agrícola, 24% para uso pecuario, 45% para uso forestal y el 10% para manejo ambiental; y el 3% está ocupado por cuerpos de agua.

El Petén cuenta con numerosos sitios arqueológicos, de la ancestral cultura Maya; uno de los más importantes es Tikal (Lugar de las voces). Entre otros no menos importantes están Uaxactún, Rio Azul, Dos Pilas, El Mirador, Ceibal, todos representando potencial turístico en la región.

La economía está basada principalmente en la agricultura (75%); entre los principales cultivos están maíz, frijol y arroz; además se extrae el chicle, se explota la madera, el Shate, etc. El 55% de las personas perciben ingresos por trabajo a cuenta propia, siendo el promedio anual es de Q2,883. (área urbana Q3,695.00; área rural Q 2,543.00).

La población económicamente activa (PEA) para el año 1,991

era de 65% el poder de consumo de la población se ha visto restringido por la inflación, que ha afectado a todos los países tercermundistas, afectando considerablemente a nuestro departamento, siendo la pobreza 86% y la extrema pobreza de 61%; se agrega a ello el analfabetismo que oscila en 22%; según datos obtenidos en CONALFA para 1991. (3,15)

SITUACION DE SALUD

El área de salud del departamento de Petén, cuenta con una organización compuesta por 44 servicios de salud funcionando en forma regular y horarios establecidos, 43 prestan servicio a la población y realizan actividades programáticas, con enfoque de prevención, fomento, protección tratamiento y rehabilitación de enfermedades; siendo la actividad de la Jefatura de área y administrativa además de supervisión, monitoreo, control y evaluación. (15)

Los servicios de Salud del Area del departamento de Petén conformados de la siguiente forma:

- 1 Jefatura de Area.
- 1 Hospital departamental.
- 1 Hospital Melchor de Mencos.
- 2 Centros de Salud Tipo "A".
- 5 Centros de Salud tipo "B".
- 34 Puestos de Salud.

En cuanto al recurso humano comunitario el departamento de Petén contaba para 1,991 con 515 comadronas adiestradas y tradicionalmente activas y 777 promotores de salud.

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

- Extensión de cobertura.
- Desarrollo institucional.

- Desarrollo estratégico de recursos humanos.
- Promoción de prácticas alimentarias adecuadas a la población
- Desarrollo de planificación financiera.
- Dotación de agua potable y saneamiento ambiental.
- Desarrollo funcional de la infraestructura instalada.
- Desarrollo de la administración y ejecución presupuestaria.
- Abordaje multisectorial y epidemiológico de salud.

El Gobierno de la República de Guatemala asignó en 1,991 a la región VIII, Petén sector Salud un total de Q 7,328,546.00 equivalente al 1.5% del presupuesto General del MSPAS, alcanzando una distribución percapita de Q 30.49 por habitante. En relación a los gastos fueron distribuidos, así Dirección y servicios administrativos como atención médica (Hospitales, puestos y centros de salud) 75% y Epidemiológico (preventivo) 25%.

La droguería Nacional envía trimestralmente medicamentos a la Región VIII, asistiendo cierta discrepancia entre la morbilidad y la dotación de medicamentos enviados, la lista de los mismos aparecen en el cuadro No. 2.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Según la demanda atendida en los servicios de Salud Pública, las cinco principales causas de morbilidad de notificación obligatoria para 1,991 son Infección respiratoria aguda con 11,782 casos **parasitismo con 9,232 casos síndrome diarreico con 6,834 casos**, anemia con 6,061 casos; Malaria con 5,445 casos.

La tasa de Mortalidad General para 1,991 es de 7.2 x 1,000 nacidos vivos. siendo las primeras cinco causas de mortalidad las siguientes: fiebre de etiología 280 casos; Síndrome diarreico 232 casos; Anemia 219 casos, Enfermedades broncopulmonares 156 casos; desnutrición 121 casos.

Al igual que la mayoría de las regiones del país las principa

les causas de morbilidad y mortalidad con enfermedades infecciosas además está el síndrome diarreico, por diversos factores que afectan al país. (15)

SALUD MATERNO INFANTIL

SALUD DEL NIÑO

Para el año 1,991 la Tasa de Mortalidad Infantil fue de 45 x 1,000 nacidos vivos. La tasa de Mortalidad de menores de cinco años de 15 x 1,000 nacidos vivos. La tasa de Mortalidad de niños de 1-4 años es de 9 x 1,000 nacidos vivos. La tasa de Mortalidad Neonatal es de 12.7 x 1,000 nacidos vivos. Siendo las principales causas de mortalidad las infecciones respiratorias y el síndrome diarreico.

Posiblemente los más afectados sean los nuevos inmigrantes, que llegan en precarias condiciones económicas, aunado a la inflación del país, y los problemas estructurales (ECONOMICOS, SOCIALES POLITICOS). En las escuelas del departamento se realizó el estudio de talla-peso para determinar el grado de desnutrición, siendo de 29% en los niños de edad escolar.

El departamento de Petén cuenta con programas específicos como materno infantil que para 1,991 en control de crecimiento y desarrollo en niños de 1-5 años fue 33% (Ver cuadro No.3)

Según el Programa Ampliado de Inmunizaciones en 1,991 alcanzó una cobertura para la vacuna de Antipoliomielitis un 38.21%, DPT (Difteria, Tétanos y Tosferina) un 14.57%, Antisarampionosa un 48.71%, BCG un 11.39% y de Toxoide tetánico en mujeres embarazadas 32%. (Ver cuadro No. 4)

En lo que respecta a la morbilidad de enfermedades inmunoprevenibles para el año 1,991 podemos decir que solo el tétanos neonatal tuvo 4 casos y para la mortalidad infantil no se registraron casos.

SALUD DE LA MADRE

La tasa de Mortalidad materna en el año 1,991 fue de 1.2 x - 1,000 nacidos vivos (12 x 10,000 nacidos vivos) y para ese mismo año se alcanzó una tasa de Natalidad 30.25 x 1,000 habitantes, la atención prenatal institucional fue 58% (ver cuadro No. 4) de estas 21% tuvo control puerperal y 21% fue atendido en institución de salud en el momento del parto.

Según el INE, la población femenina en edad fértil representa el 45% de la población total femenina (55% de la totalidad de habitantes).

Las mujeres en edad de procrear poseen bajo nivel educacional por lo tanto tienen déficit nutricional, deficiencia de yodo, hierro y vitamina A. Con relación a la alimentación complementaria es 14% de (mujeres embarazadas 12,469). (Ver cuadro No. 4)

SANEAMIENTO AMBIENTAL

El departamento de Petén tiene un total de 54,316 viviendas, de las cuales el 60% no cuenta con agua intradomiciliar.

El abastecimiento de agua se hace principalmente por pozos, rios, aguadas, predominando en algunos el agua de pozo, por lo que representa un riesgo para la salud.

Con relación a la disposición de excretas el departamento presenta un 68% sin este servicio, ubicado la mayor parte en el área rural.

Los servicios de recolección, transporte y disposición de desechos sólidos, no existe formalmente, y los desechos son colocados en terrenos baldíos sin ningún tratamiento sanitario, lo cual propicia la proliferación de insectos y roedores dañinos para la salud.

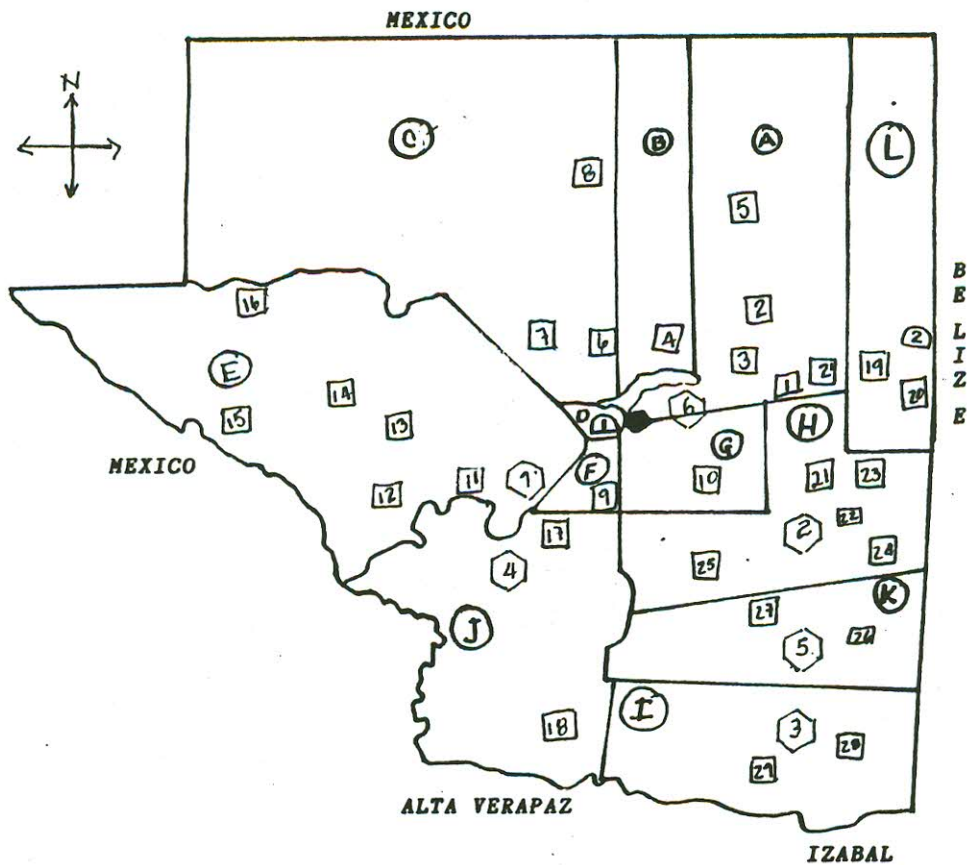
Con respecto al ambiente, la región muestra índices preocupan

tes de degradación ligados en gran medida a la deforestación y la erosión derivada de la misma. La contaminación afecta principalmente los pueblos alrededor del lago de la cabecera Municipal de Flores. El ritmo de deforestación promedio es de aproximadamente 40,000 hectarias/año como resultado de la conversión de bosques a la agricultura y ganadería.

REGION VIII "PETEN"

AREA DE SALUD

"PETEN"



NOMENCLATURA

- Hospital
- Centro de Salud
- Puesto de Salud
- Municipio
- Límite Municipal
- Jefatura de área de salud

MUNICIPIOS

- | | | | |
|---|---------------|---|-------------------|
| A | FLORES | G | SANTA ANA |
| B | SAN JOSE | H | DOLORES |
| C | SAN ANDRES | I | SAN LUIS |
| D | SAN BENITO | J | SAYAXCHE |
| E | LA LIBERTAD | K | POPTUN |
| F | SAN FRANCISCO | L | MELCHOR DE MENCOS |

CUADRO No. 1

PRESUPUESTO DEL SECTOR SALUD
DE PETEN 1,991.

DEPARTAMENTO	TOTAL Q	HOSPITAL Q	CENTRO "A"B" Q	PUESTO Q	DIRECCION Q	MALARIA Q
PETEN VIII	7328546	2779043 38.19%	1804148 24.61%	218801 3%	657731 8.96%	1868823 25.24%

FUENTE: Unidad Materno-infantil, Dirección General servicios
de Salud.

CUADRO No. 2

LISTA OFICIAL DE MEDICAMENTOS BASICOS
PARA PUESTOS DE SALUD PETEN.

MEDICAMENTOS	PRIMER TRIMESTRE 1,993	
	ENVIADO	NO ENVIADO
1. ANALGESICOS:		
a. Acetaminofen	XXXXXXX	
b. Acido acetilsalicilico		XXXXXXX
2. ANESTESICO:		
a. Lidocaina 2%	XXXXXXX	
3. ANTIPROTOZOARIOS:		
a. Metronidazol	XXXXXXX	
4. ANTIHELMINTICOS:		
a. Mebendazol	XXXXXXX	
5. VITAMINAS:		
a. Vitamina "A"	XXXXXXX	
b. Complejo "B"	XXXXXXX	
c. Acido Fólico		XXXXXXX
6. MINERALES:		
a. Sulfato Ferroso	XXXXXXX	
7. ANTIPARASITARIOS:		
a. Benzoato de Bencilo	XXXXXX	
8. ANTIACIDOS:		
a. Hidroxido de AlMg	XXXXXX	
9. SALES DE REHIDRATACION	XXXXXX	
10. ANTIBIOTICOS:		
a. Penicilina	XXXXXX	
b. Trimetroprin-sulfa	XXXXXX	
11. ANTISEPTICO:		
a. Alcohol Isopropilico	XXXXXX	

FUENTE: Droguería Nacional.

CUADRO NO. 3

PROGRAMA NACIONAL DE VACUNACION COBERTURA
EN EL AREA DE SALUD DE PETEN 1,991.

VACUNACION	NINOS POBLACION TOTAL	0-5 A 3ra. DOSIS	VACUNADOS %	META PARA EL 2,000
ANTIPOLIO	37,407	14,295	38.21	100%
DPT		5,452	14.57	100%
ANTISARAMPIONOSA**		18,222	48.71	100%
BCG*		4,260	11.39	100%
TOXOIDE** TETANICO	EMBARAZADAS TOTAL	EMBARAZADAS TOTAL	VACUNADAS %	META PARA EL 2,000
EMBARAZADAS	12,469	3,990	32%	80%

* Dosis única

** Segunda Dosis

FUENTE: Departamento de Estadística, DGSS.

CUADRO No. 4

COBERTURA DE LOS PRINCIPALES PROGRAMAS DEL GRUPO MATERNO
INFANTIL EN EL DEPARTAMENTO DE PETEN 1,991.

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO				CONSULTA MATERNA				ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN MUJERES		
Población 0-5	total en control	%	meta	Total embarazadas	Prenatal control	%	Meta	Embarazadas mujeres Beneficiadas	%	Meta
37,404	12,344	33%	100%	12,469	7,232	58%	75%	1,745	14%	50%

FUENTE: Departamento materno-infantil. Dirección General de
servicios de salud.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE LAS METAS MINIMAS PARA ALCANZAR
EN EL AÑO 2,00 Y SU RELARICON PORCENTUAL CON
1,991 EN EL AREA DE SALUD DE PETEN

INDICADOR	META PARA EL 2000	DATO 1991	DIFERENCIA	%(-)	%(+)
1 Reducir la mortalidad infantil a un indice no mayor de:	34 x 1000	45 x 1000	11.00	35	—
2 Reducir la mortalidad en menores de 5 años:	66 x 1000	15 x 1000	51.00	—	75
3 Reducir la mortalidad neonatal neonatal a:	13 x 1000	12 x 1000	1.00	—	8
4 Disminuir la mortalidad por enfermedad diarreica en menores de 5 años.	15 x 1000	.006%	14.94	—	99
5 Erradicación del tétano neonatal:	0	0	0.00	—	0
6 Erradicación de la poliomielitis:	0	0	0.00	—	0
7 Alcanzar una cobertura de vacunación contra la Poliomielitis:	100%	38.21%	61.79%	62	—
8 Alcanzar una cobertura de vacunación contra la DPT:	100%	14.57%	85.48%	85	—
9 Alcanzar una cobertura de vacunación contra Sarampión:	100%	48.71%	51.29%	51	—
10 Alcanzar una cobertura vacunación contra BCG:	100%	11.39%	88.61%	89	—
11 Alcanzar en el control de crecimiento y desarrollo en niños 0-5 años:	100%	33.00%	67.00%	67	—
12 Alcanzar una cobertura de Toxoide tetánico en embarazadas:	80%	32.00%	48.00%	38	—
13 Control Prenatal:	75%	58.00%	17.00%	13	—
14 Reducir la mortalidad materna:	6 x 1000	12 x 1000	6.00	99	—
15 Dar alimentación a mujeres embarazadas:	50%	14%	36.00	26	—
16 Presupuesto atención Curativa.	45%	75%	30.00	—	58
17 Presupuesto atención preventiva.	55%	25%	30.00	42	—

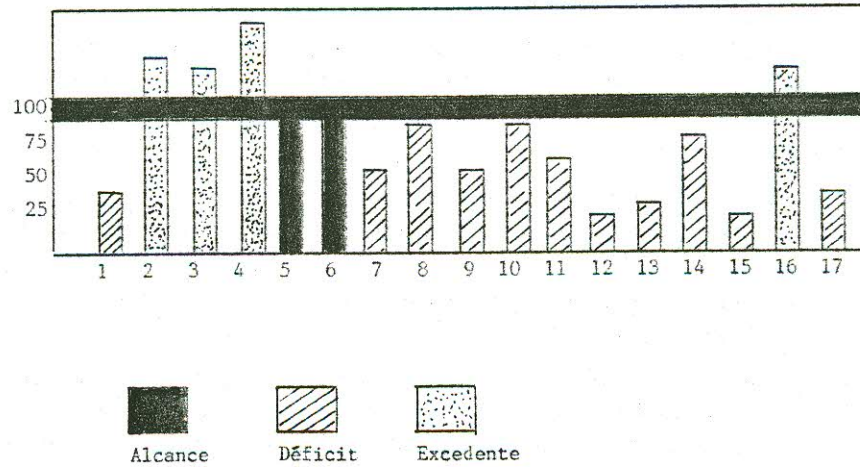
Nota: %(-) porcentaje que falta para llegar a la meta.

%(+) porcentaje que sobrepasa la meta.

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

GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE METAS MINIMAS DE SALUD
SEGUN ALCANCE EXCEDENTE Y DEFICIT EN PETEN 1991.



FUENTE: Plan de Acción de Desarrollo.

Dirección General de Servicios de Salud.

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La reducción de la mortalidad neonatal rebasó en un 8% la Meta mínima propuesta para el año 2,000 evidenciando cierta eficacia sobre dicha estrategia; de igual manera se observa la reducción de la mortalidad infantil en menores de cinco años, siendo el excedente de 75% en relación a la meta.

Observemos que existe cierta discrepancia con la mortalidad infantil que tiene un déficit de 35% con las dos anteriores que tienen excedentes, por lo que no se puede afirmar que dichos datos tengan confiabilidad afirmandose que existe ineficacia en el Depto de Estadística de la D.G.S.S.

Con relación a la meta de disminuir la morbilidad las enfermedades respiratorias no se tiene la información necesaria pues sólo se tiene del año 1,991 y no hay información de los años anteriores es decir desde 1,978, se hubiese realizado el resultado sería no confiable.

En lo que respecta a la mortalidad por síndrome diarreico agudo la meta sobrepasó en más de 99% a la propuesta para el año 2,000, además hay que hacer mención que esta enfermedad es una la cinco primeras causas de muerte del departamento de Petén. (Ver cuadro 5 y gráfico 2)

La cobertura de vacunación que se tiene propuesta como meta por mínima por la OMS 100% se constató que la vacuna de la poliomielitis tiene un déficit 62%, la DPT con déficit de 85%, la anti-sarampionosa con déficit de 51 y la vacuna de la BCG con déficit de 89%, por lo tanto es un factor de riesgo para la salud de los niños, refiriendose estos datos a las jornadas de vacunación Nacional.

En el estudio se pudo ver que un 67% de los niños no reciben control periódico de crecimiento y desarrollo, por que no se puede detectar patologías en la niñez siendo un riesgo para los mismos.

En cuanto a la cobertura de Toxoide Tetánico en mujeres embarazadas el déficit es de 67%, por lo que existe riesgo de Tétanos neonatal, y la cobertura de alimentación complementaria en mujeres embarazadas el déficit es de 36% evidenciado que la cantidad es insuficiente de la destinada a cubrir la población.

Dentro de las metas alcanzadas para el año 2,000 tenemos la poliomielitis y el tétanos neonatal, esto a pesar de las bajas coberturas de vacunación cumpliéndose con las metas propuestas.

Con respecto al presupuesto al área preventiva el déficit fue de 30% y lo relacionado al área curativo tuvo un superavit de 30% es decir que los Hospitales y los centros de salud tuvieron la mayor parte del presupuesto, relegada a preventiva el bajo presupuesto.

De lo anterior podemos inferir que faltan buenos programas en la jefatura de área ya que son ellos los indicados ha realizar los proyectos, y no aquí en la D.G.S.S. También tenemos la inmigración no planificada que se dá constantemente, siendo uno de los grandes problemas que se dan en el Departamento de Petén, otro de los obstáculos son las grandes distancias que existen en las comunidades y los centros asistenciales, aunando los problemas de analfabetismo que estancan el desarrollo social, económico y político del departamento.

I. CONCLUSIONES

1. La información sobre los indicadores de Salud que se encuentra registrada en la D.G.S.S. no es confiable, puesto que existen discrepancias en las mismas.
2. Sobre datos poblacionales no existen estadísticas reales en el M.S.P.A.S. por lo que utilizó las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística, lo cual provoca sesgo en la información, no pudiéndose tener acceso a ciertos indicadores por al estar completa es difícil analizarla.
3. Con respecto a las metas de cobertura de vacunación en menores de 5 años, mortalidad infantil, control prenatal, alimentación complementaria en mujeres embarazadas, control de crecimiento y desarrollo en menores de cinco años, mortalidad materna presupuesto destinado a la prevención de enfermedades; el panorama se ve difícil de alcanzar a los escasos siete años ya que es demaciado el déficit.
4. Las metas de estrategia que pretende la erradicación de la poliomielitis y el tétanos neonatal, no se comprobaron casos a pesar de las bajas coberturas en la vacunación, estando muy cerca de la meta propuesta para el año 2,000.
5. Las metas que lograron rebasar fueron las siguientes mortalidad neonatal mortalidad en menores de cinco años y la mortalidad por síndrome diarreico interpretandose de dos formas; o se alcanzaron las metas o existe subregistro de datos, siendo esto último lo más sencillo de esperar por los problemas de lograr un adecuado registro estadístico.
6. Que existe mala planificación o el presupuesto es poco ya que contrasta con la asignación otorgandose más al curativo y menos al preventivo, siendo los Hospitales y los centros y puestos de salud que tienen un 75% del presupuesto.

7. De los indicadores propuestos por el Plan de Acción de Desarrollo Social cuatro sobrepasaron las metas mínimas de lo que corresponde a 23%; once no lograron alcanzarla 65% y dos del total llegaron a la meta un 12%.

XI. RECOMENDACIONES

1. Que todos los datos de los indicadores de salud en cada jefatura de área sean actualizados y accesibles a todos que realicen estudios relacionados a salud pública.
2. Capacitar al personal que registra la información en salud tanto en la Unidad de Información como en las jefaturas de área del departamento de Petén para que sea fidedigno y evitar subregistros para que sean accesibles cuando se soliciten.
3. El Ministerio de Salud Pública, evalúe periódicamente los indicadores de salud, participando la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, y de esta manera poder mejorar las estrategias.
4. Que se realicen verdaderos proyectos para los inmigrantes, y así poder darles una buena atención o formando promotores en salud y no presentar problemas en la comunidad.
5. Crear estrategias para mejorar la cobertura de vacunación a los niños menores de cinco años y mujeres embarazadas; instruyendo al personal de salud y voluntarios de la comunidad sobre el esquema del programa ampliado de inmunizaciones, el manejo de vacunas y el registro adecuado de la información.
6. Mejorar la atención al grupo mater-infantil haciendo énfasis en control de crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años, control prenatal y alimentación complementaria a mujeres embarazadas, ya que las coberturas son deficientes por lo tanto es difícil que se alcancen para el año 2,000.
7. Que se pida aumento del presupuesto para salud del departamento de Petén en base a proyectos realizados con relación a características físicas y demográficas del mismo y así poder dar mejor servicios en las instituciones del ministerio de salud ya que de acuerdo a la constitución es obligación del Gobierno velar por la salud del Pueblo.

XIII. RESUMEN.

El presente estudio fue realizado con el propósito de hacer un análisis de los alcances obtenidos en las metas mínimas propuestas por el Gobierno de la República de Guatemala en el Plan de Acción de Desarrollo Social basados en la Atención Primaria en Salud para lograr la estrategia "Salud Para Todos en 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 durante el periodo de seis semanas. Luego se procedió a tabular y a clasificar los datos según las metas planteadas, posteriormente se analizó y se realizó cuadros en los cuales se representan el porcentaje de las metas que se alcanzaron sobrepasaron y las que no se alcanzaron.

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

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

Entre los indicadores que sobrepasaron la meta 23% se encuentran: Mortalidad neonatal, mortalidad en menores de cinco años y mortalidad por síndrome diarreico agudo en el mismo grupo de edad, y la mala asignación del presupuesto al área curativa.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. De Canales, Francisca. Metodología de la investigación; Manual para el desarrollo del personal de salud. OPS./ OMS. 1989 327 p. (pp 1-7).
2. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de informática. Datos estadísticos de indicadores de salud, 1,990-1,992. Guatemala, 1992 (SP).
3. Flores Auceda, Carlos. Indicadores y cobertura de los servicios materno infantil del M.S.P.A.S. por región y departamento Guatemala, 1,991. (pp 18-22).
4. Groll, Francis. Diccionario Geográfico de Guatemala, Guatemala, 1981 (pp 46-49).
5. Jefatura de area de salud del departamento. Plan operativo y memoria del departamento de Petén, 1,991 (pp 9-15).
6. Kroeger, Axel. Atención Primaria en Salud. Principios y Métodos,. México, 1987. Capitulo VIII (pp 2-5).
7. McDonal, Beatriz Eugenia. Salud para todos en el año 2,000; Análisis de los indicadores para la evaluación de los alcances de las metas para Guatemala. Tesis (Médico y Cirujano) Facultad de Ciencias Médicas. USAC. 85 p (pp 1-8).
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Salud Materno 1,992-1,996. Guatemala, 1991. D.G.S. S. Depto. Materno-Infantil. 37p (pp 9-11)
9. Morales, Sully Argentina. Análisis y tendencia de la situación de salud de Guatemala. Tesis (Médico y Cirujano) USAC. Facultad de Medicina. Guatemala, 1,984. 115 p.
10. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria en Salud. Información de la Conferencia Internacional Sobre A.P.S. Alma-Ata, 1,978. (pp 3-7, 13-43).

11. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Términos. Ginebra, 1984. 66p (pp. 2-12).
12. Organización Mundial de la Salud. Preparación de Indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de salud para todos en el año 2,000. Ginebra, 1988. 99p (pp. -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, 1,992. 12p. (pp 1-4) (publicación científica y técnica No. 3).
15. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de Salud por Regiones. Guatemala, 1,992. 145p (pp. 17-21) (Publicación científica y técnica Vol. 3).
16. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de la Salud de las Américas. México, 1,990. (pp. 67-70) (Publicación científica No. 524).
17. Organización Panamericana de la Salud. Salud Para Todos en en Año 2,000; Estrategias. Guatemala, 1,990. (pp. 20-23).
18. Segeplan. Plan de Acción de Desarrollo Social 1,992-1,996, 1,997-2,000; Desarrollo Humano, Infancia y Juventud. Guatemala, Marzo, 1,992, 27 p (pp. 1-11).
19. Segeplan. Plan de Salud; Lineamiento de política y estrategias áreas programáticas. Guatemala, noviembre de 1,986. 51p (pp. 43-44).
20. Seminario Alma-Ata diez años después. Avances. Guatemala, 1,990, OPS, OMS, APROFAN, MSPAS, 58p (pp. 38-48).

XIV. ANEXOS

BOLETAS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

1. CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS

a. MONOGRAFIA DEL AREA

- 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 inmunoprovenibles en menores de cinco años.

3. SANEAMIENTO AMBIENTAL

a. PORCENTAJE DE POBLACION CON AGUA POTABLE:

a.1 Urbana: _____

a.2 Rural: _____

b. PORCENTAJE DE POBLACION CON DISPOSICION DE EXCRETAS:

b.1 Urbana: _____

b.2 Rural: _____

4. RECURSOS, ACTIVIDADES Y RENDIMIENTO DE SALUD PUBLICA

a. POLITICAS DE SALUD.

b. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

b.1 Centros de salud: _____

b.2 Puestos de salud: _____

c. UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

c.1 Número de consulta brindada 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.

e. ASIGNACION 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. EDUCACION.

a.1 Analfabetismo: _____

b. NUTRICION.

b.1 Alimentación complementaria en mujeres embarazadas: _____

c. PRODUCTO NACIONAL BRUTO: _____

INDICADORES	AÑO 1991	AÑO META 2000
1. Mortalidad Infantil: _____		34 por mil
2. Mortalidad 5 años: _____		66 por mil
3. Mortalidad neonatal: _____		13 por mil

- | | | |
|---|-------|--------------------|
| 4. Mortalidad SDA 5 años: | _____ | Disminuir al 15% |
| 5. Incidencia de IRA: | _____ | Disminuir en 33% |
| 6. Tétanos neonatal: | _____ | Erradicación |
| 7. Poliomielitis: | _____ | Erradicación |
| 8. Vacunación 5 años BCG: | _____ | Cobertura del 100% |
| 9. Vacunación 5 años DPT: | _____ | Cobertura del 100% |
| 10. Vacunación 5 años Polio: | _____ | Cobertura del 100% |
| 11. Vacunación 5 años Sarampión: | _____ | Cobertura del 100% |
| 12. Control del Crecimiento y
Desarrollo 0 - 5 años: | _____ | Alcanzar el 100% |
| 13. Mortalidad materna: | _____ | 6 por 10000 vivos |
| 14. Control prenatal: | _____ | Alcanzar el 75% |
| 15. Toxoide Tetánico en Embarazadas: | _____ | Alcanzar el 80% |
| 16. Alimentación Complementaria
en embarazadas: | _____ | Alcanzar el 50% |
| 17. Presupuesto preventivo: | _____ | 55% |
| 18. Presupuesto curativo: | _____ | 45% |