

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 Escuintla 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

CESAR AUGUSTO GAITAN SUAREZ

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1993.



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 12 de mayo de 1,993
DIF-064-93

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

Se informa que el: BACHILLER CESAR AUGUSTO GAITAN
Título o diploma de diversificado, Nombre y apellidos
SUAREZ Carnet No. 86-12974
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 Barillas
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 4040

Firma del estudiante

Revisor
Firma y sello
Registro Personal

Edgar A. Reyes Mijangos
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 6148

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

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

El Bachiller: CESAR AUGUSTO GAITAN SUAREZ

Carnet Universitario No. 86-12974

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

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

ORDEN DE IMPRESION:

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


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

I M P R I M A S E :


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



I N D I C E

CAPITULO		PAGINA
I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III.	JUSTIFICACION	4
IV.	OBJETIVOS	5
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI.	METODOS Y PROCEDIMIENTOS	28
VII.	ALCANCES Y LIMITACIONES	37
VIII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	39
IX.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	55
X.	CONCLUSIONES	59
XI.	RECOMENDACIONES	60
XII.	RESUMEN	61
XIII.	BIBLIOGRAFIA	62
XIV.	ANEXOS	64

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 de 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, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar".

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

En base a lo anterior, surgió la inquietud de conocer la situación actual de la Atención Primaria en Salud y analizar las metas mínimas de salud propuestas para el año 2000 a través de los indicadores de salud de 1991 en el departamento de Escuintla. 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; además se encontró un porcentaje de subregistro. Luego de haber comparado los indicadores propuestos por el Plan Nacional con los indicadores oficiales de Escuintla, se determinó que 14 metas no han logrado alcanzar su objetivo (82%), 1 logró alcanzarlo (6%) y 2 sobrepasaron el mismo (12%)

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

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

El sector salud no escapa de esta realidad, lo cual se refleja por ejemplo en una tasa de mortalidad infantil de 47.02 por mil nacidos vivos y mortalidad materna de 1.06 por mil nacidos vivos para 1990. (3)

Por lo tanto al estar a escasos siete años del año 2000 era necesario evaluar la ATENCION PRIMARIA EN SALUD en el departamento de Escuintla, a través de los indicadores de salud con el fin de analizar los logros alcanzados durante el año de 1991 en relación a las metas mínimas propuestas por el Gobierno de la República de Guatemala en el Plan de Acción de Desarrollo Social para los años 1991-2000. (12)

III. JUSTIFICACION

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

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

1. Desde 1977 en que se implantó la estrategia de ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS), se propusieron metas, las cuales a la fecha quince años después y faltando siete años para el año 2000, se considera difícil de alcanzar, ya que los servicios de salud del país han sufrido crisis que hacen que la población no reciba la atención necesaria. Esto se traduce en la morbilidad, mortalidad y cobertura de los servicios.
2. En la actualidad los servicios de salud presentan limitaciones en la ejecución de acciones necesarias para dar solución a los problemas de salud, que en su mayoría son prevenibles tales como: Sarampión, Tuberculosis, Poliomiélitis etc.
3. Los daños ocasionados por las enfermedades causan deterioro de la salud y muerte, por consiguiente aumento de los gastos en los servicios de salud y en los grupos de Población Económicamente Activa (PEA) y en niños potencialmente miembros de la Población Económicamente Activa.
4. Los costos de los servicios de salud aumentan a expensas del nivel de atención curativo como lo son los hospitales, ya que son los que consumen la mayor parte del presupuesto asignado al sector salud.
5. El Estado de Guatemala es signatario de la Declaración de Alma-Ata y como tal debe cumplir con las metas para el año 2000. Es por lo anterior que se justifica el presente trabajo. (12)

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

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

B. ESPECIFICOS

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

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. ANTECEDENTES:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(18)

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

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

único, una receta o una fórmula para todos los países. Cada uno debe crear su propio esquema de APS, si bien sus elementos y sus componentes son comunes; son las necesidades, intereses, comunidades, realidad social y económica de cada país, los que determinarán en última instancia, el modo de prestación de servicios dentro del contexto de APS; y las acciones prioritarias que contribuyen efectivamente a elevar el nivel de bienestar y alcanzar las metas mínimas establecidas para el año 2000. Básicamente, el 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, caseríos, parajes y fincas. Los departamentos han sido agrupados desde 1986 en ocho regiones de salud que enfatizan la dimensión espacio regional del país:

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

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

1. ENTORNO SOCIO-POLITICO

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

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

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

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

2. BASE ECONOMICA Y SOCIAL

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

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

3. DISTRIBUCION DEL INGRESO

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

4. NIVELES DE EDUCACION Y EMPLEO

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

5. VALOR DEL QUETZAL

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

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

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

6. PRECARIEDAD EN LA SALUD

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

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

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

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

7. DATOS GENERALES DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

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

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

8. INSUFICIENCIA DE LA EDUCACION

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

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

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

9. DETERIORO EN LA NUTRICION

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

C. ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

D. DEFINICION DE INDICADORES

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

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

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

1. TASA

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

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

2. RAZON

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

3. PROPORCION

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

4. CARACTERISTICAS DE INDICADORES

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

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

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

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

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

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

5. CATEGORIAS DE INDICADORES

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

5.1 INDICADORES DE LA POLITICA SANITARIA

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

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

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

Dentro de los indicadores de política sanitaria tenemos:

5.1.1 COMPROMISO POLITICO

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

5.1.2 ASIGNACION DE RECURSOS

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

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

5.1.2.2 Proporción del PNB en actividades relacionadas con la salud.

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

5.1.3 GRADO DE EQUIDAD EN LA DISTRIBUCION DE RECURSOS

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

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

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

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

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

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

5.1.5 ESTRUCTURA ORGANICA Y PROCESO DE GESTION

Si los gobiernos han contraído un compromiso político,

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

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

5.2 INDICADORES SOCIALES Y ECONOMICOS

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

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

5.2.1 TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION

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

5.2.2 PRODUCTO INTERNO BRUTO Y PRODUCTO NACIONAL BRUTO

Da la medición del volumen total de la actividad

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

5.2.3 DISTRIBUCION DEL INGRESO

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

5.2.4 INDICE DE ALFABETISMO EN ADULTOS:

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

5.2.5 VIVIENDA

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

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

5.3 INDICADORES DE LA PRESTACION DE ATENCION DE SALUD

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

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

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

5.3.1 DISPONIBILIDAD:

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

5.3.2 ACCESIBILIDAD:

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

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

5.3.3 UTILIZACION:

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

5.3.4 COBERTURA DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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

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

5.3.5 SANEAMIENTO AMBIENTAL:

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

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

5.3.6 INMUNIZACIONES:

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

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

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

5.4. INDICADORES BASICOS DEL ESTADO DE SALUD

5.4.1 ESTADO DE SALUD:

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

5.4.2 TASA DE MORTALIDAD DE LACTANTES:

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4.5 TASA DE MORTALIDAD MATERNA:

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

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

VI. METODOS Y PROCEDIMIENTOS

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

Se realizaron visitas a diferentes entidades de salud tales como:

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

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

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

falta por alcanzar y las que sobrepasaron la meta.

El cuadro que analiza las metas mínimas se diseñó en seis columnas, utilizándose de la siguiente manera:

- a) Columna 1 y 2: indicador propuesto para el año 2000.
- b) Columna 3: dato del indicador del año que se analizó.
- c) Columna 4: representa la diferencia de la columna 2 y 3.
- d) Columna 5 y 6: representa el porcentaje de la diferencia obtenida en la columna 4.
- e) Se designó como porcentaje negativo al déficit de la meta a alcanzar y como porcentaje positivo al excedente de la meta planteada.
- f) Se consideró que se alcanzó la meta propuesta, a toda aquella que llegó al 100% o que cumplió su objetivo.

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

- Alcance
- Déficit
- Excedente

Se elaboró dos tasas de indicadores, las cuales no estaban formuladas. Estos indicadores correspondían a las metas 4 y 5.

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

INDICADORES DE POLITICA SANITARIA

1. Asignación de recursos.
2. Compromiso político.

INDICADORES SOCIALES Y ECONOMICOS

1. Tasa de crecimiento vegetativo.

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

INDICADORES DE LA PRESTACION DE ATENCION DE SALUD

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

INDICADORES BASICOS DEL ESTADO DE SALUD

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

OTROS INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD

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

A) PLAN PARA RECOLECCION DE DATOS

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

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

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

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

- b. Porcentaje de población urbana y rural con disposición de excretas.

4. RECURSOS, ACTIVIDADES Y RENDIMIENTO DE SALUD PUBLICA

- a. Políticas de salud.
- b. Establecimientos de salud.
- c. Utilización de los servicios de salud.
 - c.1 Número de consultas brindadas por programas.
 - c.1.a Consulta general.
 - c.1.b Consulta pediátrica.
 - c.1.c Consulta materna.
 - c.1.d Total de consultas.
 - c.2 Número de consultas brindadas en Control de Crecimiento y Desarrollo en niños de 0-5 años.
- d. Medicamentos esenciales.
- e. Asignación de recursos.
 - e.1. Presupuesto para el área preventiva.
 - e.2. Presupuesto para el área curativa.

5. INDICADORES SOCIOECONOMICOS

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

B) VARIABLES A ESTUDIAR

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

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

C) INSTRUMENTO DE MEDICION DE LAS VARIABLES

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

D) RECURSOS

1. HUMANOS

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

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

2. FISICOS

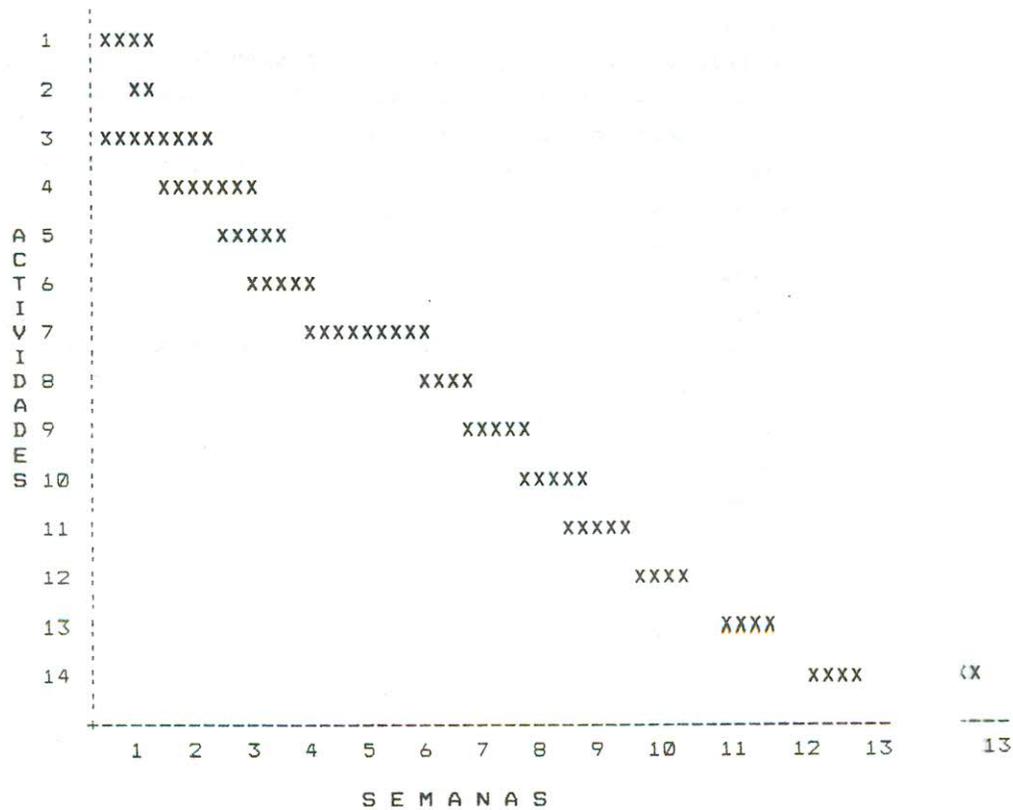
- a. computadora.
- b. máquina de escribir.
- c. biblioteca y archivos.
- d. literatura relacionada con el tema.

3. ECONOMICOS

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

E. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

GRAFICA DE GANTT .



C R O N O G R A M A**ACTIVIDADES**

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

VII. ALCANCES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

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

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

1. Autoridades y personal de algunas instituciones no colaboraron de la mejor manera para proporcionar la información necesaria.
2. No existe una institución de salud que canalice y registre información completa, actualizada y ordenada, sobre todos los indicadores de salud, por ejemplo: Control de Crecimiento y Desarrollo y Alimentación Complementaria.
3. Inaccesibilidad para obtener algunos datos estadísticos de años anteriores e incluso recientes; como por ejemplo, la meta: Disminuir la morbilidad por enfermedades respiratorias, en niños menores de 5 años de edad en un 33% para el año 2000, no fue posible de analizar debido a que era necesario, recabar información desde el año de 1978 a 1991, de los cuales únicamente se encontró del año de 1991. De los otros años si bien existe no fue accesible, por lo tanto, al analizarla con datos de un sólo año daba resultados no válidos ni confiables.
4. Subregistro de información sobre morbilidad y

mortalidad que repercutió en los resultados finales del estudio.

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

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

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

MONOGRAFIA DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA

ASPECTO HISTORICO

Durante la época colonial, Escuintla fue una provincia que tenía una extensión de 80 leguas de largo este-norte y más de 30 leguas de ancho norte-sur, según descripción de Juarros. Se dividía en dos partidos, que antes fueron corregimientos: Escuintla en su parte occidental y Guazacapán por su lado oriental.

Por decreto de La Asamblea Constituyente del 4 de noviembre 1825, fue erigido el partido en departamento y por acuerdo gubernativo del 19 de febrero de 1987, se concedió a Escuintla que tenía categoría de villa el título de ciudad.

Su etimología, compuesta de la lengua pipil: "yzquint", que quiere decir perro y "tepet" el cerro, probablemente debido a que en las montañas de la región se criaban mucho tepezcuintes o tepezcuintes, que los españoles confundieron con "perros que no ladraban".

A principios del siglo XVI de que se tienen relatos históricos confirmados sobresalían los pipiles entre todos los habitantes de la costa. En los anales de los Cakchiqueles, se llama al territorio pipil de la costa Panacatat, lo que según algunos autores debe traducirse como "tierra de los habitantes de la costa marítima".

La fiesta titular en honor a La Virgen de Concepción, se celebra del 6 al 12 de diciembre.(4)

CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS

El departamento de Escuintla es uno de los tres departamentos que integran la Región Central (Región V); limita al norte con los departamentos de Chimaltenango, Sacatepéquez y Guatemala; al este con Santa Rosa; al sur con el Océano Pacífico y al oeste con el departamento de

Suchitepéquez.

Su extensión territorial es de 4,384 km.² (4% del territorio nacional). Consta de 13 municipios los cuales son: Santa Lucía Cotzumalguapa, La Democracia, Siquinalá, Masagua, Tiquisate, La Gomera, Guanagazapa, San José, Iztapa, Palín, San Vicente Pacaya, Nueva Concepción y Escuintla.

Entre los principales ríos del departamento de Escuintla se mencionan los siguientes: El Michatoya, El Guacalate, El Coyolate, El María Linda, El Nahualate, El Chiguate y El Pantaleón. Con respecto a los puertos, importante mencionar San José e Iztapa. De los volcanes que se localizan en este departamento, el más importante lo constituye el volcán de Pacaya en San Vicente Pacaya.

Cuenta con un sistema vial, que es atravesado de norte a sur por la carretera asfaltada interoceánica (CA-9) que conduce a San José, puerto en el Océano Pacífico; la carretera también asfaltada hacia Taxisco, Chiquimulilla y la frontera con El Salvador, conocida como Ruta Internacional del Pacífico (CA-2) y la Ruta Nacional No 14 de Chimaltenango a Escuintla.

El clima es seco y ardiente por lo general en las partes bajas, fresco y agradable en las alturas.

La cabecera departamental es la ciudad de Escuintla, situada a 547 metros sobre el nivel del mar. La temperatura mínima de 18.9 grados centígrados y la temperatura máxima de 34.7 grados centígrados. (4)

La población para 1991 era de 542,091 habitantes, con una densidad promedio de 124 habitantes/km.² y una tasa de crecimiento poblacional de 3%. La población es predominante rural con 62.53% (338,950 habitantes), mientras que la población urbana constituye un 37.47% (203,141 habitantes). Aproximadamente el 8.90% de la población es indígena. Para el mismo año, el 53.29% correspondió al sexo masculino y el 46.71% al sexo femenino. La población por grupos de edad está conformada de la manera siguiente: De 0-4 años el 16.66%, de

5-14 años el 26.52%, de 15-44 años el 19.73% y arriba de 45 años de edad un 37.10% (en relación al total de la población). La pirámide población es de base amplia característica de un país en vías de desarrollo. (ver gráfica 1) (19)

ASPECTOS SOCIOECONOMICOS

El departamento de Escuintla se caracteriza por su desarrollo en las actividades agrícolas e industriales. Su producción principal es la agrícola, dentro de la cual figuran en primer término las producciones de caña de azúcar, algodón y café; y la producción de ganado bovino y procesadoras de derivados de la leche. Cuenta también con importantes ingenios azucareros, beneficios de café, refinería de petróleo y uno de los puertos de mayor movimiento del país, el puerto Quetzal.(4)

Los datos de tenencia de tierra del departamento de Escuintla muestran la desproporción de la misma: el 47.7% de las microfincas posee únicamente el 4.5% de la superficie en manzanas con un promedio de 0.19 manzanas por finca, mientras que el 0.5% de las fincas grandes retiene el 54.5% de la superficie, con un promedio de 2.235 manzanas. El Producto Interno Bruto (PIB.) comprendió 2,820.7 millones de quetzales y el ingreso per cápita fue de Q400.00 por mes. (15,20)

La Población Económicamente Activa (P.E.A.) para 1991 era de 168.9 X 1000 habitantes. La población ocupada y desocupa fue de 99.8 X 1000 habitantes y 69.1 X 1000 habitantes respectivamente, es decir, 59.09% y 40.91%. El 88% de las familias viven en pobreza y el 66% en extrema pobreza. El grado de analfabetismo alcanzado es de 41% (85,292 habitantes) según datos obtenidos por la Comisión Nacional de Alfabetización (CONALFA) para 1991. (20,15)

SITUACION DE SALUD

El área de salud del departamento de Escuintla, cuenta con una organización conformada por 58 servicios de salud, de los cuales 57 proporcionan atención a la población y ejecutan las actividades de los diferentes componentes programáticos con enfoques de prevención, fomento, protección, tratamiento y rehabilitación de las diferentes enfermedades. La actividad de la Jefatura de Área es eminentemente técnica y administrativa, siendo además la responsable de la supervisión, monitoreo, control y evaluación de los diferentes programas de salud. (12)

Los servicios de salud en el área de Escuintla, están organizados de la manera siguiente:

- 1 Jefatura de Área
- 2 Hospitales departamentales
- 11 Centros de salud tipo "A"
- 8 Centros de salud tipo "B"
- 36 Puestos de salud

La Jefatura del Área cuenta con políticas de salud, planteadas por El Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, las cuales comprenden: (12)

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

PRESUPUESTO EN SALUD

El Gobierno de la República de Guatemala, asignó en 1991, al sector salud un total de Q5,793,568; correspondiente dicho presupuesto, el 80% para la atención curativa (hospital) y el 17% para la atención preventiva (centros y puestos de salud). Para la Jefatura de Area se destinó un 2%. (ver cuadro 1) (19)

MEDICAMENTOS

Existe una lista oficial de medicamentos básicos para puestos de salud, programada para ser enviada trimestralmente por la Droguería Nacional, y que por diversas razones (por ejemplo el transporte), no se envía ni recibe en el tiempo esperado, así como también la misma al llegar a su destino es incompleta. Además existe discrepancia entre la morbilidad del departamento y la dotación de medicamentos, lo que de alguna manera aumenta la incidencia de ciertas patologías especialmente de origen infeccioso. (ver cuadro 2)

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

La esperanza de vida al nacer es de 61.28 años, la cual es ligeramente menor en comparación con la establecida a nivel nacional (64.81 años). La tasa de mortalidad general para 1991 fue de 8 X 1000 nacidos vivos. Las cinco primeras causas de mortalidad general fueron las siguientes: Síndrome diarreico agudo (438 casos), signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (292 casos), neumonía (252 casos), ciertas afecciones del período perinatal (197 casos) y deficiencias de la nutrición (176 casos). Al igual que en la mayoría de las regiones del país, las enfermedades infecciosas en general constituyen el mayor número de casos de mortalidad.

Según la demanda atendida en los servicios de salud, las principales causas de morbilidad y notificación obligatoria

para el año de 1991 comprenden las siguientes: Infección respiratoria aguda (9,692 casos), síndrome diarreico agudo (7,790 casos), malaria (5,332 casos), blenorragia y dengue con 962 y 298 casos respectivamente. (19)

SALUD MATERNO INFANTIL

SALUD DEL NIÑO

Para 1991, la tasa de mortalidad infantil era de 78 X 1000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad en niños menores de 5 años de 20 X 1000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad de niños de 1-4 años representada para 1991 de 8 x 1000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad neonatal de 14 X 1000 nacidos vivos.

Probablemente debido a la desproporción entre salarios, el costo de la canasta básica y la baja de poder adquisitivo, la dieta se ha reducido en variedad, cantidad y calidad, lo que viene a repercutir en la prevalencia de un 26% de niños menores de 5 años que presentan algún grado de desnutrición y que generalmente vienen siendo hijos de madres sin mayor grado de educación y provenientes de áreas rurales.

El departamento de escuintla cuenta con programas específicos como el de Materno-Infantil, y que para 1990 presentó una cobertura en Control de Crecimiento y Desarrollo de 51% en niños menores de 5 años de edad. (ver cuadro 4)

Según datos obtenidos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en 1991 se alcanzó una cobertura de 23 % para la vacuna antipoliomielítica, un 21% para la vacuna anti DPT (Difteria, Tos ferina y Tétanos), 15% y 17% para las vacunas antisarampionosa y antituberculosa (BCG) respectivamente. Con respecto a la cobertura de mujeres embarazadas vacunadas con toxoide tetánico se registró un 14%. (ver cuadro 3)

La morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles en

niños menores de 1 año de edad, para el año de 1991 se notificó de la manera siguiente: Tos ferina (9 casos), Sarampión (11 casos) y Poliomieltis, Difteria y Tétanos Neonatal (0 casos).

La mortalidad por este mismo grupo de enfermedades y grupo de edad se presentó así: Tosferina, Sarampión, Poliomieltis y Difteria (0 casos). Se registró 7 casos de Tétanos Neonatal. LLama la atención este último dato de muertes por Tétanos Neonatal, debido a que dichos casos no han sido mencionados como morbilidad, lo que hace pensar en situaciones como por ejemplo: Error diagnóstico, signos, síntomas y estados morbosos mal definidos o bien los mismos no fueron notificados al momento de su diagnóstico; sin embargo si fueron registrados en el libro de mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles. (2)

SALUD DE LA MADRE

La tasa de mortalidad materna en 1991 fue de 10 X 10000 nacidos vivos y la tasa de natalidad de 31 X 1000 habitantes. La atención prenatal institucional alcanzó para el mismo año, un 48%. De este grupo, el 15% continuó en control durante el puerperio. (ver cuadro 4)

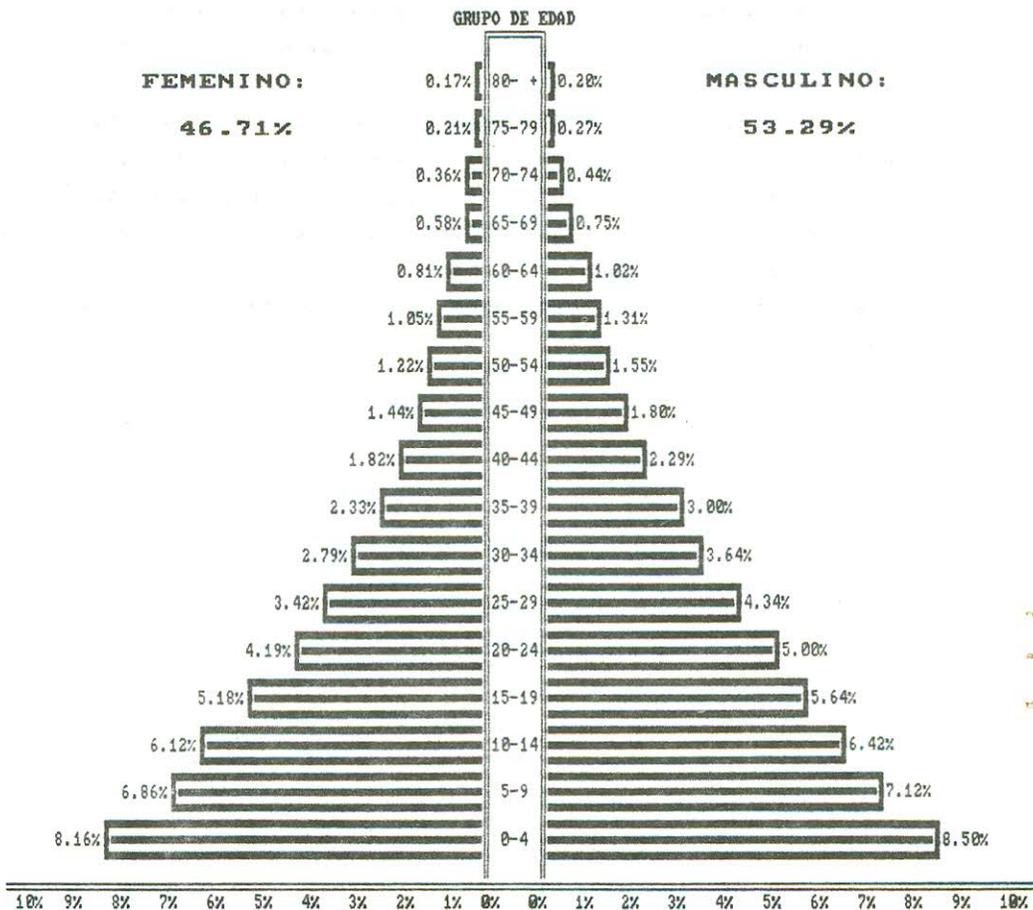
Para el año de 1992 un 70% de las mujeres en edad reproductiva (15-44 años), desconocen algún método anticonceptivo, lo que refleja las altas tasas de natalidad en el departamento. Las mujeres en edad fértil poseen en su gran mayoría un bajo nivel de instrucción y un déficit nutricional en lo que respecta a yodo, hierro y un menor contenido de vitamina "A". En cuanto a la Alimentación Complementaria, solamente un 19% (mujeres embarazadas 5,030) son beneficiadas con dicho programa. (ver cuadro 4) (15,19)

SANEAMIENTO AMBIENTAL

El departamento de Escuintla cuenta con un total de 85,143 viviendas distribuidas de la manera siguiente: 37,400 a nivel urbano (44%) y 47,743 a nivel rural (56%). Del total de viviendas mencionado, el 68.60% no cuenta con agua domiciliar. El abastecimiento de agua se hace principalmente a través de pozo y río, lo que representa un riesgo para la salud de la población, ya que la contaminación por fecalismo es un fenómeno presente.

Con respecto a la disposición de excretas, el 65.10% de la población lo hace de manera inadecuada. La aplicación de plaguicidas utilizados en el campo agrícola, constituye una importante vía de contaminación del suelo y de las aguas superficiales. Situación que no es controlada y por consiguiente no hay estudios que estimen el grado de contaminación. (13,15)

GRAFICA 1
PIRAMIDE POBLACIONAL
ESCUINTLA
1991



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.), Población estimada para 1991.

CUADRO 1
PRESUPUESTO DEL SECTOR SALUD
DE ESCUINTLA 1991

DEPARTAMENTO	TOTAL Q.	HOSPITAL Q.	%	CENTROS DE SALUD "A"	CENTROS DE SALUD "B"	PUESTOS DE SALUD "C"	%	AREA DE SALUD	%
ESCUINTLA	5793568	4649862	80.26	141048	669882	198981	17.44	133875	2.38

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

CUADRO 2
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS
BASICOS PARA PUESTOS DE SALUD
ESCUINTLA

MEDICAMENTOS	1er. TRIMESTRE	
	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. Mabendazol.	XXXXXX	
5. VITAMINAS: a. Vitamina "A". b. Complejo "B". c. Acido Folico.	XXXXXX	XXXXXX
6. MINERALES: a. Sulfato Ferroso.	XXXXXX	
7. ANTIPARASITARIOS: a. Benzoato de Bencilo.		XXXXXX
8. ANTIACIDOS: a. Hidroxido de Al/Mg.		XXXXXX
9. DERMATOPROTECTORES: a. Oxido de Zinc.		XXXXXX
10. SALES DE REHIDRATACION.		XXXXXX
11. ANTIBIOTICOS: a. Penicilinas. b. Trimetropin-Sulfa. c. Cloranfenicol.	XXXXXX XXXXXXX	XXXXXX XXXXXX
12. ANTISEPTICOS: a. Alcohol Iodopropilico.	XXXXXX	XXXXXX

FUENTE: Droguería Nacional.

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

VACUNAS	POBLACION TOTAL 0-5a.	POBLACION 0-5a. 3ra. DOSIS	COBERTURA	META PARA EL 2000
ANTIPOLIO	90386	21196	23.47%	100 %
DPT		19121	21.17%	100 %
ANTISARAMPIONOSA*		13531	14.98%	100 %
BCG*		15812	16.62%	100 %
TOXOIDE TETANICO EMBARAZADAS**	EMBARAZADAS 27184	EMBARAZADAS VACUNADAS 3846	COBERTURA 14.19%	META PARA EL 2000 88%

NOTA: (*) Dosis Unica.
 (***) Segunda Dosis.

FUENTE: Departamento de Estadística, Dirección General de Servicios de Salud.

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

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO*				CONSULTA MATERNA				ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN MUJERES EMBARAZADAS		
POBLACION 0-5 a.	TOTAL EN CONTROL	%	META	TOTAL EMBARAZADAS	CONTROL PRENATAL	%	META	MUJERES BENEFICIADAS	%	META
88862	45263	51	100%	27184	13842	48	75%	5838	19	58%

NOTA: (*) Datos de 1990.

FUENTE: Departamento Materno-Infantil. Direccion General de Servicios de Salud.

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

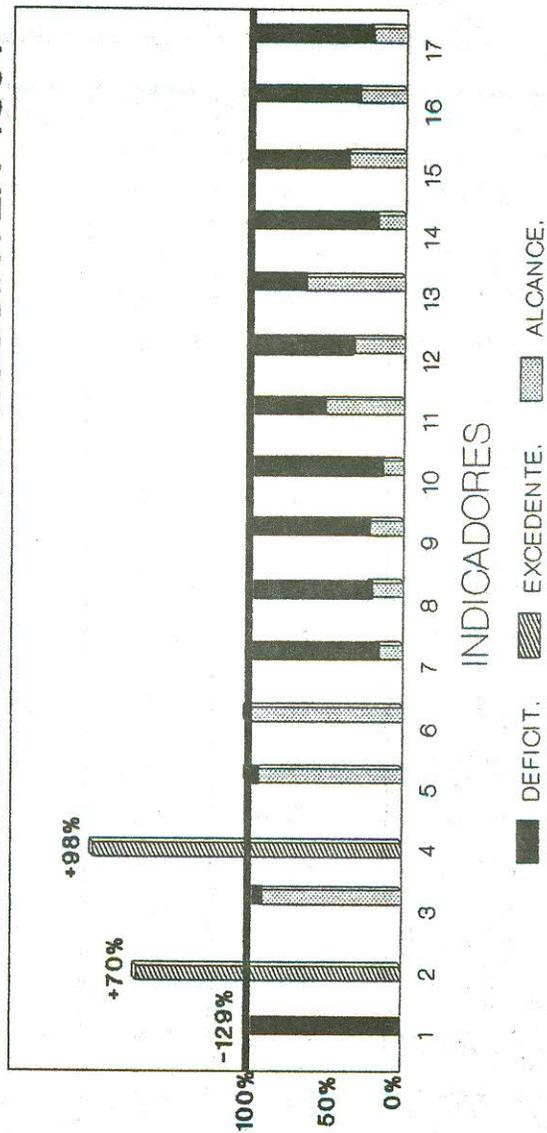
INDICADOR	META PARA EL 2000	DATO 1991	DIFERENCIA	%(-)	%(+)
1. Reducir la Mortalidad Infantil a un indice no mayor de:	34 * 1000	78 * 1000	44.00	129	-
2. Reducir la mortalidad en menores de 5a. a:	66 * 1000	20 * 1000	46.00	-	78
3. Reducir la mortalidad neonatal a:	13 * 1000	14 * 1000	1.00	8	-
4. Disminuir la Mortalidad por enfermedad diarreica en < 5a. a un:	15 %	0.35%	14.65	-	98
5. Erradicacion del Tetanos Neonatal:	0 CASOS	0.04%	0.04	0.04	-
6. Erradicacion de la Poliomielititis:	0 CASOS	0	0.00	-	-
7. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra Tuberculosis en:	100%	17.00%	83.00	83	-
8. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra Difteria, Tetanos y Tos Ferina en:	100%	21.00%	79.00	79	-
9. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra la Poliomielititis en:	100%	23.00%	77.00	77	-
10. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra Sarampion en:	100%	15.00%	85.00	85	-
11. Alcanzar en el control de crecimiento y desarrollo en ninos 0-5a.:	100%	51.00%	49.00	49	-
12. Reducir la Mortalidad Materna a:	6 * 10000	10 * 10000	4.00	67	-
13. Alcanzar en control prenatal el:	75%	48.00%	27.00	36	-
14. Alcanzar una cobertura con Ioxido Ietnico en mujeres embarazadas el:	80%	14.00%	66.00	82	-
15. Dar alimentacion complementaria a mujeres embarazadas al:	50%	19.00%	31.00	63	-
16. Destinar del Presupuesto de salud a la atencion preventiva el:	55%	17.00%	38.00	68	-
17. Destinar del presupuesto de salud a la atencion curativa el:	45%	80.00%	35.00	78	-

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, Secretaria General de Planificacion, Instituto Nacional de Estadistica y Jefatura de Area Departamental.

GRAFICA 2

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



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

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el departamento de Escuintla, la reducción de la mortalidad infantil no se ha logrado alcanzar en relación a la meta mínima propuesta para el año 2000, encontrándose un déficit por arriba del 100%. Dato estadístico que llama la atención y evidencia una deficiencia sobre las estrategias de dicha meta. Por el contrario, la mortalidad en niños menores de 5 años sobrepasó la meta establecida en un 70%.

La mortalidad neonatal, se encontró muy cercana (14 X 1000 nacidos vivos) al valor establecido por el enunciado en la meta mínima (13 X 1000 nacidos vivos), dando una idea que la tendencia de las acciones de Salud Pública y Asistencia Social en lo que respecta a promoción, prevención y tratamientos específicos de las enfermedades que son propias de los niños, sea de reducir la mortalidad en dicho grupo.

En lo que respecta a la mortalidad por Síndrome Diarreico Agudo (SDA), se observa que ha sobrepasado con 98% en relación a la meta mínima propuesta para el año 2000; dato que fue elaborado por no existir oficialmente una tasa específica. Se concluye que según el resultado obtenido, la meta ya fue alcanzada, aunque debe tomarse con mucha reserva su validéz y confiabilidad por el probable subregistro, ya que si analizamos detenidamente, la primera causa de mortalidad general en el departamento de Escuintla fue el síndrome diarreico agudo. (ver cuadro 5 y gráfica 2)

Con respecto a la meta: Erradicación del Tétanos Neonatal para el año 2000, se observa que los datos estadísticos muestran discrepancia, debido a que la relación informada de morbilidad/mortalidad es de 0/7 casos. Sin embargo, se ha dado prioridad al dato de mortalidad al hacer el análisis, por considerar que es más fidedigno tomar datos de un libro de registro de defunciones por causa específica, que tomar en cuenta datos de morbilidad para este tipo

de entidad clínica, que en algún momento dado pudo no haber sido notificado de manera individual como enfermedad transmisible sujeta a Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, los 7 casos registrados representan un alcance de 99.96%, es decir, hace falta un 0.04% bastante representativo para alcanzar la meta establecida para el año 2000.

La meta de erradicación de la Poliomielitis propuesta por la OMS a alcanzar para el año 2000 es importante de analizar debido a que esta entidad clínica se encuentra entre el grupo de enfermedades sujetas al reglamento de Vigilancia Epidemiológica Internacional. Sin embargo, es notorio que afortunadamente no se registró caso alguno (representando alcance del 100%) del objetivo de la meta establecida. Asimismo, es importante indicar que la utilización del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) aunque no se ha alcanzado las coberturas esperadas, de alguna manera ha contribuido a mantener el objetivo de la mencionada meta.

De los enunciados relacionados con las coberturas de vacunación, se encontró un déficit para las siguientes: B.C.G. (antituberculosa) con 83%, para la D.P.T. (anti DPT: Difteria, Tosferina y Tétanos) un 79%, con 77% y 85% para las vacunas antipoliomielítica y antisarampionosa respectivamente. Se observa que en cada uno de ellos, el porcentaje de cobertura para alcanzar lo contemplado en las metas mínimas de vacunación propuestas para el año 2000 es elevado, sin lograr reducirse por lo menos al 50%. Situación que constituye un factor de riesgo que puede repercutir en la salud del niño. (ver cuadro 5 y gráfica 2)

Dentro del estudio se encontró que para el año de 1990, un 49% de niños menores de 5 años de edad no reciben control periódico de Crecimiento y Desarrollo. Es fácil pensar que en la medida en que menos proporción de niños reciban este tipo de atención, más expuestos a riesgos se encontrarán, lo que de alguna manera limitará también la detección temprana de

patologías que más frecuentemente se encuentran en este grupo de edad.

En cuanto a la mortalidad materna, se observa un déficit de 67% (tasa de 10 X 10000 nacidos vivos), en relación con la meta propuesta para este indicador de salud. Es importante mencionar con respecto a este dato numérico que existe un subregistro, ya que sólo un porcentaje reducido de los partos es atendido a nivel institucional y la mayoría de los mismos a nivel domiciliario.

En lo que se refiere al control prenatal se registró un 27% (población sin control prenatal), que representa un déficit de 36% en comparación con la meta establecida. Esta información sugiere que es muy poca la afluencia de mujeres embarazadas a recibir este tipo de atención, importante para la detección temprana de factores de riesgo, y sumado a esto, su bajo nivel sociocultural.

La cobertura de mujeres embarazadas vacunadas con toxoide tetánico, muestra un déficit importante de 82%, con un 66% de mujeres no vacunadas, que en su mayoría no hacen uso de instituciones de Salud Pública para su respectivo control. Además de este problema, se observa que hace falta un 31% de cobertura en el Programa de Alimentación Complementaria brindado a la mujer embarazada, situación que puede ser atribuida a la insuficiente cantidad de alimentos destinados para cubrir dicha población que en algún momento dado puede alterar su estado nutricional. (ver cuadro 5 y gráfica 2)

Del presupuesto destinado al sector salud para el año de 1991, se observa que la distribución del mismo está dado por un 17% y 80% para las áreas de salud de atención preventiva y curativa respectivamente.

Es importante mencionar que estos indicadores fueron investigados por separado para facilitar el análisis de los mismos, pero en realidad corresponden a una misma meta en salud. Sin embargo, al analizar cada uno de ellos, se observa

que ninguno ha logrado alcanzar la meta, porque el presupuesto destinado a la atención preventiva debe alcanzar el 55% del presupuesto destinado a esta unidad de salud (prevención-curación), y el 45% restante debe destinarse a la atención curativa como porcentaje máximo, tratando de disminuir el presupuesto a la atención curativa para utilizarlo en la atención preventiva cuando sea posible porque "...es mejor prevenir que curar".

X. CONCLUSIONES

1. La fuente de información sobre los indicadores de salud se encuentra registrada en diferentes instituciones las que no logran normalizar entre sí, por lo que se obtuvo diferentes datos para un mismo indicador.
2. Para los datos de población por departamento, no existe estadísticas reales, por lo que se utilizó la población estimada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), lo que provocó sesgo en la información presentada.
3. Los enunciados de las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud para el año 2000 que se presentan, han sido modificados por el Gobierno de la República de Guatemala, en el Plan de Desarrollo Social, a efecto de que las mismas sean adecuadas a las necesidades de salud de nuestra población, sin perder su objetivo inicial.
4. De las metas que se tomaron en cuenta para ser analizadas, la erradicación de la Poliomielitis, la reducción de la mortalidad en niños menores de cinco años de edad y la reducción de la mortalidad por enfermedad diarreica en el mismo grupo de edad, fueron los indicadores que alcanzaron y sobrepasaron la meta establecida.
5. La distribución porcentual de las metas mínimas en salud analizadas en el departamento de Escuintla, fue la siguiente: 14 no han logrado alcanzar su objetivo (82%), 1 logró alcanzarlo (6%) y 2 sobrepasaron el mismo (12%).

XI. RECOMENDACIONES

1. Que el Gobierno de la República de Guatemala, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, evalúe periódicamente la situación de salud a nivel departamental, utilizando como instrumento la Atención Primaria en Salud y los indicadores de salud prioritarios contenidos en el mismo, a efecto de mantener una mejor vigilancia y que en un momento dado se pueda dar información sobre los alcances obtenidos al analizar comparativamente las metas mínimas en salud utilizadas en nuestra población.
2. Concientizar al personal de salud, sobre los problemas creados por el subregistro y/o falsedad de datos, supervisando debidamente al mismo y sancionar sus actividades si fuera necesario.
3. Crear métodos y técnicas para la recopilación, tabulación y presentación de datos, a efecto de mejorar la calidad de información que debiera dársele al investigador relacionado con el sector salud.
4. Que con respecto a las metas mínimas en salud establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2000 y modificadas por el Plan de Desarrollo Social para ser analizadas en nuestra nación, se tome muy en cuenta que..."es bueno plantearse metas y objetivos, pero cuánto mejor lo es llevarlas a su realización".
5. Que de ser posible, se le haga el seguimiento correspondiente al estudio que se realizó y que hoy se presenta, con el propósito de que sea de utilidad como medida de prevención para las instituciones que velan por la salud de la población, para el estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y directamente para el personal de salud que labora en el departamento de Escuintla.

XII. RESUMEN

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

Para la investigación se utilizó una boleta, la cual permitió la recolección 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 analizó y se realizó cuadros en los cuales se representó el porcentaje de las metas que se han alcanzado, lo que faltó por alcanzar y lo que sobrepasó.

Entre los indicadores que alcanzaron la meta, se menciona únicamente la erradicación de la poliomielitis.

Las metas que no lograron alcanzar su objetivo fueron las concernientes a la reducción de la mortalidad infantil y mortalidad neonatal, la erradicación del tétanos neonatal, las coberturas de vacunación (antituberculosa, anti DPT, antipoliomielítica y antisarampionosa), Control de Crecimiento y Desarrollo en niños menores de cinco años, la reducción de la mortalidad materna, la cobertura de control prenatal, la cobertura de mujeres embarazadas vacunadas con toxoide tetánico, Alimentación Complementaria a la mujer embarazada y el presupuesto de salud destinado a la atención preventiva y curativa.

De las 17 metas mínimas en salud analizadas, solamente 3 de ellas lograron alcanzar y sobrepasar lo contemplado en el enunciado de las mismas, siendo las siguientes: La erradicación de la poliomielitis, la reducción de la mortalidad en niños menores de cinco años y la reducción de la mortalidad por enfermedad diarreica en el mismo grupo de edad. (ver cuadro 5 y gráfica 2).

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. De Canales, Francisca. Metodología de la Investigación; Manual para el Desarrollo del personal de salud. OPS./OMS. 1,989. 327p. (pp 1-7)
2. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de informática. Datos estadísticos de indicadores de salud, 1,990-1,992. Guatemala, 1,992. (s.p.)
3. Flores Aucedá, Carlos. Indicadores y cobertura de los servicios materno-infantil del M.S.F.A.S. por región y departamento. Guatemala, 1,991. (pp 79-84)
4. Groll, Francis. Diccionario Geográfico de Guatemala, Guatemala, 1,981. Tomo II (pp 266-269)
5. Jefatura de Area de Salud del departamento. Plan operativo y memoria de labores del departamento de Escuintla, 1,991. Escuintla, 1991. (pp 1-32)
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 1,992-1,996. Guatemala, 1,991. D.G.S.S Departamento Materno Infantil. 37p (pp 9-11)
9. Morales, Sully Argentina. Análisis y tendencias de la situación de salud de Guatemala. Tesis (médico-cirujano) USAC. Facultad de Medicina. Guatemala 1,984 115 p.
10. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria en Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre A.P.S. Alma-Ata, 1,978. (pp 3-78, 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. (pp 3-10, 13-18, 39, 58-60)
13. Organización Panamericana para la Salud. Agua potable y Saneamiento Ambiental. Un camino hacia la salud. Guatemala, 1982. 80 p.(pp.1) (Publicación Científica No. 431)
14. Organización Panamericana para la Salud. Análisis de la situación del niño y la mujer. Guatemala, 1992. 12 p. (pp 1-4) (Publicación científica y técnica No. 3)
15. Organización Panamericana para la Salud. Análisis de Salud por Regiones. Guatemala, 1992. 145 p. (pp 17-21) (Publicación científica y técnica vol. 3)
16. Organización Panamericana para la Salud. Las condiciones de la salud de Las Américas. México, 1990. (pp 67-70) (publicación científica No. 524)
17. Organización Panamericana para la Salud-Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el año 2000; Estrategias. Guatemala, 1990. (pp 20-23)
18. SEGEPLAN. Plan de Acción de desarrollo Social 1992-1996, 1997-2000; Desarrollo Humano, Infancia y Juventud. Guatemala, marzo, 1992. 27 p. (pp 1-11)
19. SEGEPLAN. Plan de Salud; Lineamientos de política y estrategias áreas programáticas. Guatemala, noviembre de 1986. 51 p. (pp 43-44)
20. Seminario Alma-Ata diez años después. Avances. Guatemala, 1990. OPS/OMS, APROFAM, MSPAS. 58 p. (pp 38-48)

PAGINA

1

3

4

5

6

28

37

39

ADDS 55

59

60

61

62

64

XIV. ANEXOS

BOLETA PARA RECOLECCION DE DATOS

- 1) CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS
- a. - Monografía del departamento: _____
- a.1. Superficie del área por Km² .: _____
- a.2. Densidad de la población: _____
- a.3. Crecimiento vegetativo: _____
- a.4. Población por grupo de edad: _____
- 2) ESTADISTICAS VITALES INDICES Y/O TASAS
- a. Nacimientos: _____
- a.1 Tasa de natalidad: _____
- b. Morbilidad.
- b.1 Inmunización (PAI): _____
- b.1.1 BCG: _____
- b.1.2 DPT: _____
- b.1.3 ANTIPOLIO: _____
- b.1.4 ANTISARAMPIONOSA: _____
- B.2 Cinco primeras causas de morbilidad de notificación obligatoria:
- b.2.1 _____
- b.2.2 _____
- b.2.3 _____
- b.2.4 _____
- b.2.5 _____
- c. Defunciones
- c.1 Tasa de mortalidad materna: _____
- c.2 Tasa de mortalidad infantil: _____
- c.3 Tasa de mortalidad general: _____
- c.4 Tasa de mortalidad en menores de 5 años: _____
- c.5 Tasa de mortalidad en niños de 1-4 años: _____
- c.6 Cinco primeras causas de mortalidad general:
- c.6.1 _____

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

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

3. SANEAMIENTO AMBIENTAL

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

e.1.2 Puestos de salud: _____

e.2 Presupuesto para el área curativa.

e.2.1 Hospital departamental: _____

5. INDICADORES SOCIOECONOMICOS:

a. Educación

a.1 Analfabetismo: _____

b. Nutrición

b.1 Alimentación complementaria en mujeres
embarazadas: _____

c. Producto nacional bruto: _____

DESCRIPCION DE LOS 18 INDICADORES DE SALUD

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