

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 Baja Verapaz, 1992. Guatemala.

T E S I S

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

P O R

HECTOR GERARDO SOSA TZOC

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1993.



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 21 de mayo de 1,993
DIF-045-93

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

Se informa que el: BACHILLER HECTOR GERARDO SOSA
Título o diploma de diversificado, Nombre y apellidos
TZOC Carnet No. 86-13602
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"INDICADORES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los
conceptos, metodología, confiabilidad y validez de los resultados,
pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad
técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Asesor
Firma y sello personal

Dr. Rodolfo de León Borillas
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 4040

Firma del estudiante

Revisor
Firma y sello
Registro Personal 14,909

Edgar Pi. Rojas Viljanos
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 6148

DL
05
T(7098)

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 :

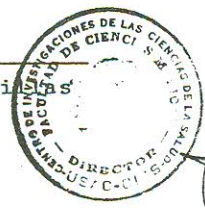
El Bachiller: HECTOR GERARDO SOSA TZOC
Carnet Universitario No. 86-13602


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

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


Guatemala, 21 de mayo de 1993


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




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

I M P R I M A S E :


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

I N D I C E

Capítulo	Página
I.- Introducción	1.
II.- Definición del problema.	2.
III.- Justificación.	3.
IV.- Objetivos.	4.
V.- Revisión bibliográfica.	5.
VI.- Métodos y procedimientos.	24.
VII.- Alcances y limitaciones.	33.
VIII.- Presentación de resultados.	35.
IX.- Análisis y discusión de resultados.	53.
X.- Conclusiones.	55.
XI.- Recomendaciones.	56.
XII.- Resumen.	57.
XIII.- Bibliografía.	58.
XIV.- Anexos.	60.

I. INTRODUCCION

"Salud Para Todos en el Año 2000", es la meta que creó una política de salud, definida y aceptada por todos los países del mundo en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud realizada en Alma-Ata, en 1977. Un año después, se llegó al acuerdo que para alcanzar dicha meta era necesario establecer una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como "Atención Primaria en Salud", que no es más que asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. (1) (6)

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

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

Luego de haber comparado los indicadores propuestos por el Plan Acción de Desarrollo Social, con los indicadores oficiales del departamento de Baja Verapaz, se determinó que de los diecisiete indicadores, dos llegaron a la meta, ocho no solamente alcanzaron la meta sino que además sobrepasaron las metas mínimas y siete no han logrado alcanzarlas.

No se estableció si existe o no una aplicación adecuada de Atención Primaria en Salud, se debe tomar en cuenta la existencia de subregistro, ya que la mayor parte de ésta información se encuentra descentralizada y no actualizada, además de estar a escasos siete años del año 2000.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

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

El sector salud no escapa de 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. (15).

Por lo tanto al estar a escasos siete años del año 2000 era necesario analizar la aplicación de la ATENCION PRIMARIA EN SALUD en el departamento de Baja Verapaz, a través de los indicadores de salud con el fin de analizar los logros alcanzados durante el año de 1992 en relación a las metas mínimas propuestas por el Gobierno de la República de Guatemala en el Plan de Acción de Desarrollo Social para los años 1991-2000. (18).

III. JUSTIFICACION

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

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

1. Desde 1977 en que se implantó la estrategia de ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS), se propusieron metas las cuales a la fecha, quince años después y faltando siete años para el año 2000, se considera difícil de alcanzar, ya que los servicios de salud del país han sufrido crisis que hacen que la población no reciba la atención necesaria. Esto se traduce en el aumento de la morbilidad, mortalidad y poca cobertura de los servicios.
2. En la actualidad los servicios de salud presentan limitaciones en la ejecución de acciones necesarias para dar solución a los problemas, que en su mayoría son prevenibles tales como: Sarampión, Tuberculosis, Poliomiélitis, Etc.
3. Los daños ocasionados por las enfermedades causan deterioro en la salud y muerte, por consiguiente aumento de los gastos en los servicios y en los grupos de Población Económicamente Activa (PEA) y en niños potencialmente miembros de la Población Económicamente Activa.
4. Los costos de los servicios de salud aumentan a expensas del nivel de atención curativo como lo son los hospitales, ya que son los que consumen la mayor parte del presupuesto asignado al sector salud.
5. El estado de Guatemala es signatario de la Declaración de Alma-Ata y como tal debe cumplir con las metas para el año 2000. Es por lo anterior que se justifica el presente trabajo. (18).

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

Analizar los alcances obtenidos en relación a las metas mínimas en salud, propuestas por el Gobierno de la República de Guatemala en el Plan de Acción de Desarrollo Social para el año 2000; a través de los indicadores de ATENCION PRIMARIA EN SALUD, en el departamento de Baja Verapaz durante el año de 1992.

B. ESPECIFICOS

- 1.- Analizar la situación de salud en el departamento de Baja Verapaz, basándose en los indicadores propuestos por la Organización Mundial De La Salud (OMS).
- 2.- Identificar los indicadores de salud prioritarios del departamento de Baja Verapaz.
- 3.- Comparar los logros alcanzados durante el año de 1992 a través de los indicadores de salud y relacionarlos con las metas mínimas propuestas en el Plan de Acción de Desarrollo Social para el año 2000.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. ANTECEDENTES:

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

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

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

Evidentemente existe una estrecha vinculación entre la situación de salud de un país, su situación económica y social. Las desigualdades entre unos países y otros en este aspecto y aún dentro de los mismos países ha sido uno de los estimulantes para que en los foros mundiales mencionados se busque afanosamente un camino para llegar a una situación más justa. (1).

Los países que integran la OPS han establecido las siguientes: Metas mínimas para el año 2000:

- Esperanza de vida al nacer: ningún país de la región tendrá una esperanza de vida al nacer inferior a los 70 años.

(6)

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

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

- 1.- Reducir la mortalidad infantil a un índice no mayor de 34 por mil nacidos vivos.
- 2.- Reducir la mortalidad en menores de 5 años a 66 por mil nacidos vivos.
- 3.- Reducir la mortalidad neonatal a 13 por mil.
- 4.- Disminuir a un 15% la mortalidad por enfermedad diarreica en niños menores de cinco años.
- 5.- Disminuir a un 33% la morbilidad por infección respiratoria, en niños menores de cinco años.
- 6.- Erradicación del tétanos neonatal.
- 7.- Erradicación de la poliomielitis.
- 8.- Alcanzar coberturas de inmunización al 100% para: BCG, POLIO, DPT y SARAMPION en menores de cinco años.
- 9.- Alcanzar el 100% en control de crecimiento y desarrollo en niños de 0 - 5 años.
- 10.- Reducir la mortalidad materna a 6 por 10000 nacidos vivos (0.6 por 1000).
- 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 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD es la estrategia fundamental para alcanzar las metas y al intentar definir las surgen interrogantes del más diverso tipo; es común que las respuestas no siempre satisfagan a todos.

Para lograr una definición de APS deben tomarse en cuenta dos factores: la identificación de las necesidades básicas fundamentales y de los problemas básicos complementarios. Ambos pueden agruparse en lo que se denomina fase uno y dos respectivamente, de un proceso que engloba el funcionamiento total de los servicios de salud, sin separar uno del otro; de donde no existe un esquema único, una receta o una fórmula para todos los países. Cada uno debe crear su propio esquema de APS, si bien sus elementos y sus componentes son comunes; son las necesidades, intereses, comunidades, realidad social y económica de cada país, los que determinarán, en última instancia, el modo de prestación de servicios dentro del contexto de APS; y las acciones priorizadas que contribuyen efectivamente a elevar el nivel de bienestar y alcanzar las metas mínimas establecidas para el año 2000. Básicamente, el propósito es poner al alcance de todos los individuos y familias la asistencia de salud indispensable, de acuerdo con los recursos de la comunidad y la plena participación de ésta.

Hay que distinguir los componentes programáticos de los estratégicos, aunque operativamente ambos grupos se articulan y relacionan. (6).

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

- Salud materno infantil.
- Inmunización.
- Control de enfermedades diarreicas
- Control de enfermedades respiratorias agudas.
- Erradicación de la malaria.
- Control de otras enfermedades parasitarias.
- Erradicación del vector de la fiebre amarilla.
- Alimentación y nutrición.
- Salud mental.
- Salud dental.
- Salud pública veterinaria.
- Control de enfermedades de transmisión sexual.
- Programas de prevención, control y rehabilitación de enfermedades crónicas.
- Prevención de accidentes.
- Control de enfermedades ocupacionales.

B. SITUACION ACTUAL EN SALUD DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA

La república de Guatemala es uno de los cinco países que integran la América Central, su posición geográfica la coloca en el centro del continente americano, limita al norte y al oeste con la república de México, al sur con el Océano Pacífico, al este con el mar de las antillas y con las repúblicas de Honduras y El Salvador.

La extensión territorial de la república de Guatemala es de 108,900 Km², está dividida políticamente en 22 departamentos, integrados por 328 municipios que a su vez están formados por aldeas, caceríos, parajes y fincas. Los departamentos han sido agrupados desde 1986 en ocho regiones de salud que enfatizan la dimensión espacio regional del país:

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

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

1. ENTORNO SOCIO-POLITICO

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) para Guatemala en 1992, se estimaba una población de 9,744,627 habitantes con un crecimiento anual de 3.3 (0.5 por 1000 en países desarrollados), el 51% de esta población pertenece al sexo masculino y el 49% al sexo femenino; la densidad poblacional es de 84 habitantes por Km². La parte más poblada del país es la ciudad de Guatemala (1,908,085 habitantes y su extensión es de 2,126 Km²; con 985 habitantes por Km²). En el país, del total de los habitantes 37% vive en el área urbana y 63% en el área rural, lo que revela un alto grado de dispersión. La población menor de 5 años

constituye el 18% del total, la menor de 15 años el 46%, el grupo de mujeres en edad fértil (15-44 años) forman un 49% del total del sexo femenino, la población mayor de 64 años sólo el 3%. Esta estructura caracterizó a Guatemala como un país de población joven, con una estructura piramidal de base amplia. (15) (18).

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

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

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

2. BASE ECONOMICA Y SOCIAL

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

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

3. DISTRIBUCION DEL INGRESO

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

4. NIVELES DE EDUCACION Y EMPLEO

En la región metropolitana el desempleo abierto se redujo de 9.6% en 1988 a 7.2% en 1989. La falta de servicios educativos, así como la necesidad de trabajar a temprana edad, hace que una de las características más relevantes de la oferta de mano de obra sea su bajo nivel de calificación, 36% de la PEA no es calificada y 42% no tiene escolaridad. (15) (18).

5. VALOR DEL QUETZAL

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

El comportamiento errático de una unidad de moneda nacional respecto a un dólar, que durante más de cincuenta años estuvo al uno por uno, llegó al Q 4.50 al finalizar 1985, se logró reducir a Q 2.50 en 1986 con sucesivas alzas, aunque moderadas hasta 1989, en 1990 tuvo un máxima elevación en septiembre a Q 5.72 por uno (devaluación del 69% respecto a diciembre de 1989), al concluir 1990 se observó una relativa estabilidad en torno a Q 5.00 por uno. (14).

6. PRECARIEDAD EN LA SALUD

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

El MSPAS es uno de los ministerios con mayor número de empleados, aproximadamente 22,000 servidores públicos. Se cuenta con 785 puestos de salud ubicados en cabeceras municipales, aldeas y caceríos, de los cuales 28% presentan problemas de funcionamiento por falta de equipo mínimo, lo que incide en la prestación adecuada del servicio en el

primer nivel de atención, también se cuenta con 188 centros de salud tipo B y 32 tipo A; 67% de ambos no cuentan con equipo mínimo. De los 35 hospitales que forman el tercer nivel de atención, se estima que sus instalaciones están deterioradas en un 70%.

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

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

7. DATOS GENERALES DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

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

Fallecieron 124 hombres por cada 100 mujeres, las defunciones en el grupo de menores de 5 años representan el 41% de todas las muertes. En la región metropolitana 83% de las defunciones fueron registradas por médicos, 79% se produjeron en el domicilio. Las principales causas de defunción para 1990 fueron: Enfermedad infecciosa intestinal (1.1 por mil), neumonía (1.10 por mil), signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (0.71 por mil), sarampión (0.55 por mil), ciertas afecciones del periodo perinatal (0.53 por mil), deficiencias de nutrición (0.53 por mil), otras formas de enfermedad cardíaca (0.24 por mil), violencia (0.23 por mil), homicidio y lesiones con dolo (0.22 por mil), accidente cerebro vascular (0.18 por mil). El grupo de niños menores de 5 años y de personas mayores de 60 años fueron los más afectados al analizar las tasas de mortalidad. (15).

8. INSUFICIENCIA DE LA EDUCACION

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

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

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

9. DETERIORO EN LA NUTRICION

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

10. ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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

CONSIDERANDO QUE APS NO ES UN FIN EN SI MISMO, NO ES UN PROGRAMA, SINO UNA ESTRATEGIA O UN VEHICULO POR EL CUAL VAMOS A LLEGAR A DETERMINADO LUGAR. Por lo que las actividades

minimas que debe tener una educación, debe de ser sobre los principales problemas de salud; sobre los métodos de prevención y de lucha correspondiente. Luego una promoción sobre suministros de alimentos y de una nutrición apropiada. Un abastecimiento apropiado de agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil con inclusión de la planificación familiar. (6) (10)

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

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

Debemos unificar esfuerzos de educación en salud, o sea educar a la gente, para que colabore con lo programas de salud los que tienen que caminar muy de acuerdo con las organizaciones no gubernamentales o privadas que deben hacerlo obligadamente como tales, incluso los que no son miembros de ellas pero son parte de las familias. Porque no debemos de olvidar que la familia es la más importante institución para el cuidado de la salud de los integrantes de la misma. (20).

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

C. DEFINICION DE INDICADORES

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

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

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

1. TASA

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

- Tasa Bruta: son tasas calculadas para toda la población.
- Tasa Específica: son tasas computadas para un subgrupo específico.

2. RAZON

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

3. PROPORCION

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

4. CARACTERISTICAS DE INDICADORES

- Primero: ser válidos, es decir, medir realmente lo que se supone que deben medir.
- Segundo: ser objetivos, ésto es, dar el mismo resultado cuando la medición es hecha, por personas distintas en circunstancias análogas.
- Tercero: ser sensibles, es decir, tener la capacidad de captar los cambios ocurridos en la situación.
- Cuarto: ser específicos, ésto es, reflejar sólo los cambios ocurridos en la situación de que se trate.

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

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

5. CATEGORIAS DE INDICADORES

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

6. INDICADORES DE LA POLITICA SANITARIA

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

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

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

Dentro de los indicadores de política sanitaria tenemos:

6.1. COMPROMISO POLITICO

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

6.2. ASIGNACION DE RECURSOS

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

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

6.3. GRADO DE EQUIDAD EN LA DISTRIBUCION DE RECURSOS

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

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

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

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

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

6.5. ESTRUCTURA ORGANICA Y PROCESO DE GESTION

Si los gobiernos han contraído un compromiso político, establecerán una estructura orgánica idónea, un proceso de gestión apropiado para el desarrollo nacional de la salud. La respuesta a preguntas como las que se indican a continuación permitirán hacer una evaluación con el objeto de determinar si se ha establecido una estructura orgánica idónea.

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

7. INDICADORES SOCIALES Y ECONOMICOS

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

cálculos de la autoridad sanitaria nacional. (12).

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

7.1. TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION:

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

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

Da la medición del volumen total de la actividad económica nacional valorada a precios corrientes. Si se divide el PIB total o el PNB total por la población total se obtiene el PIB o PNB por habitante. (11).

7.3. DISTRIBUCION DEL INGRESO:

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

7.4. INDICE DE ALFABETISMO EN ADULTOS:

Definido como porcentaje de la población de 15 años ó más que sabe leer y escribir en cualquier idioma. (15). En este componente se tomó en cuenta la situación deficitaria como generadora del desarrollo humano y propiciadora del

mejoramiento de la calidad de vida. El apoyo que a ésta se le dé tendrá indudablemente repercusiones positivas para mejorar la salud materno-infantil, la protección del medio ambiente, la capacitación para la vida y el desarrollo sostenido. (14).

7.5. VIVIENDA:

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

8. INDICADORES DE LA PRESTACION DE ATENCION DE SALUD

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

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

El concepto de los anteriores términos no están completamente normatizados, pero pueden ser útiles los siguientes:

8.1. DISPONIBILIDAD

La relación entre la población de una división administrativa. los servicios y el personal de salud asignada

a ella. Ejemplo: el número de habitantes por cada centro de salud, cada médico, cada partera tradicional.

8.2. ACCESIBILIDAD

Número o proporción de habitantes de una determinada población que previsiblemente utilizan un determinado servicio, habida cuenta de ciertas dificultades de acceso que pueden ser materiales (distancia, tiempo), económicas (costo del viaje), sociales o culturales (barreras del idioma). (12)

8.3. UTILIZACION

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

8.4. COBERTURA DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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

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

8.5. SANEAMIENTO AMBIENTAL:

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

El decenio constituye un primer paso fundamental del programa mundial de Salud Para Todos En El Año 2000. Al aumentar la cantidad y calidad de agua suministrada

contribuirá a reducir la incidencia de muchas enfermedades entre las personas más expuestas. Al mejorar las condiciones de saneamiento y de higiene puede potencializarse los beneficios en salud de las inversiones de agua y saneamiento sobre la salud. (13).

8.6. INMUNIZACIONES:

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), es una acción conjunta de las naciones del mundo, la OMS y la OPS. Su propósito es reducir las muertes y los casos de enfermedad que puedan ser prevenibles mediante la inmunización.

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

9. INDICADORES BASICOS DEL ESTADO DE SALUD

9.1 ESTADO DE SALUD

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

9.2. TASA DE MORTALIDAD DE LACTANTES

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

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

Es el número de defunciones de niños ocurridas en un año determinado, por mil niños en la mitad del año de que se trate. La mortalidad de niños de corta edad excluye la mortalidad de lactantes y refleja más que esta última, los principales factores ambientales que afectan la salud de un niño (nutrición, saneamiento de las enfermedades transmisibles de la infancia y los accidentes que ocurren en el hogar y sus cercanías). Pone de manifiesto más aún que la tasa de mortalidad de lactantes el grado de pobreza y la cantidad de individuos afectados por ésta, por lo que resulta un indicador sensible del desarrollo socioeconómico de una comunidad.

9.4. TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (0-4 AÑOS)

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

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

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

9.5. TASA DE MORTALIDAD MATERNA

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

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

VI. METODOS Y PROCEDIMIENTOS.

El presente trabajo tuvo como propósito el análisis de los alcances obtenidos a través de los indicadores de Atención Primaria en Salud, propuestos por el Gobierno de la República de Guatemala en el Plan de Acción de desarrollo Social para el año 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 de la Salud (OPS).
- Banco De Guatemala (BANGUAT).
- Jefatura de Area del Departamento de Baja Verapaz.
- Secretaria General de Planificación (SEGEPLAN).
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).
- Ministerio de Finanzas Públicas.
- Bibliotecas de diferentes instituciones.

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

Luego se procedió a tabular y a clasificar los datos según las metas planteadas, posteriormente se procedió al análisis de contenido y análisis estadísticos. Para lo cual se elaboraron cuadros y gráficas en los cuales se representó el porcentaje de las metas que se alcanzaron, las que se alcanzaron y sobrepasaron las mismas y las que aún no han logrado alcanzar la meta.

El cuadro 6 que analiza las metas mínimas, se diseñó en seis columnas, clasificándose en:

- a) Columna 1 y 2 indicador propuesto para el año 2000.
- b) Columna 3 dato del indicador del año 1992 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. (+ o -)

- e) Se designó como porcentaje negativo al déficit de la meta a alcanzar, y como porcentaje positivo al excedente de la meta planteada.
- f) Se consideró que se alcanzó la meta propuesta a toda aquella que no presentó porcentaje negativo (déficit) y que llegó al 100% (ver gráfica 2) o que cumplió su **objetivo**.

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

Se creó el porcentaje de los indicadores que correspondían a las metas 4, 11 y 15 del cuadro 6, los cuales no estaban formuladas.

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

Indicadores de Política Sanitaria

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

Indicadores Sociales y Económicos

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

Indicadores de la Prestación de Atención de Salud

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

Indicadores Básicos del Estado de Salud

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

Otros Indicadores del Estado de Salud

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

Finalmente se elaboraron conclusiones y recomendaciones.

B. PLAN PARA RECOLECCION DE DATOS

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

1.- CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS DEL DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ:

- a.- Monografía del departamento.
 - a.1. Superficie en Km2.
 - a.2. Densidad de población.
 - a.3. Crecimiento vegetativo.
 - a.4. Población total.

2.- ESTADISTICAS VITALES INDICES Y/O TASAS:

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

3.- SANEAMIENTO AMBIENTAL:

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

4.- RECURSOS, ACTIVIDADES Y RENDIMIENTO DE SALUD PUBLICA:

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

5.- INDICADORES SOCIO-ECONOMICOS:

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

C. VARIABLES A ESTUDIAR

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

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

D. INSTRUMENTO DE MEDICION DE LAS VARIABLES

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

E. RECURSOS

1.- HUMANOS:

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

- a.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- b.- Organización Mundial de la Salud.
- c.- Organización Panamericana de la Salud.
- d.- Asociación Probienestar de la familia Guatemalteca.
- e.- Jefatura de Area de Salud del departamento de Baja Verapaz.

2.- FISICOS:

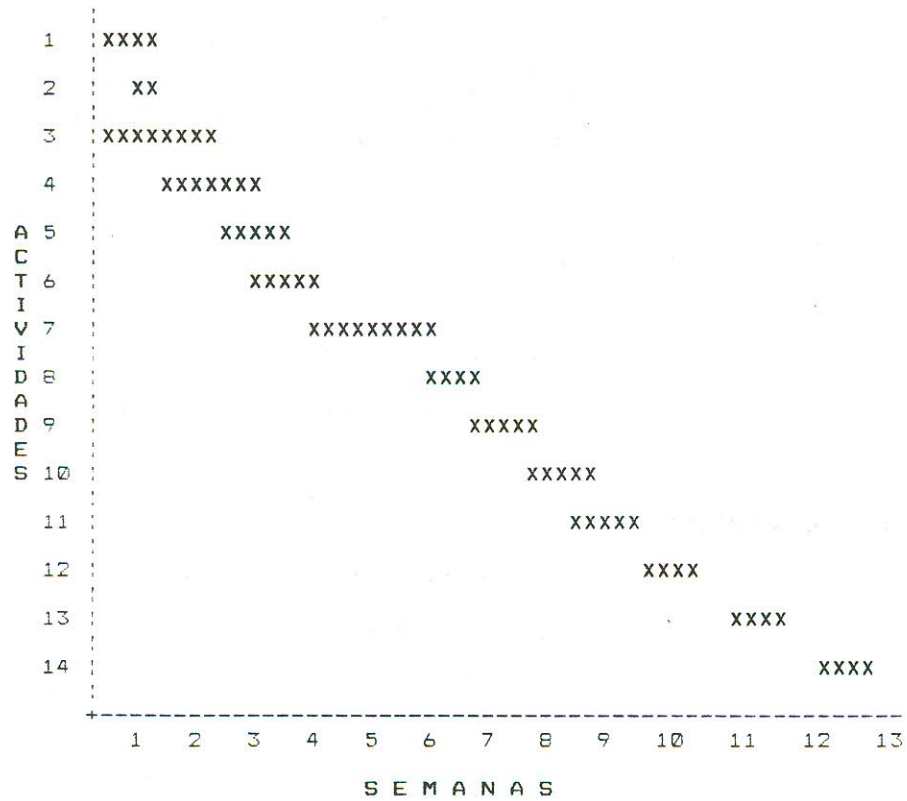
- a.- Computadora.
- b.- Máquina de escribir.
- c.- Biblioteca y archivos.
- d.- Literatura relacionada con el tema.

3.- ECONOMICOS:

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

F. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

GRAFICA DE GANTT.



C R O N O G R A M A

ACTIVIDADES:

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

VII. ALCANCES Y LIMITACIONES 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 **Area del departamento de Baja Verapaz**, Instituto Nacional de Estadística, Comisión Nacional de Alfabetización, Secretaría General de Planificación Nacional, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana para la Salud entre otros.

Durante el proceso de investigación y recolección de la información se presentaron las siguientes limitaciones:

1. Autoridades y personal de algunas instituciones no prestaron la colaboración debida para proporcionar la información solicitada.
2. En las instituciones nacionales que se encuentran al servicio del sector salud y que se dedican a la canalización y registro de información, ésta no se encuentra ordenada, completa ni actualizada como se se constató al efectuar la recolección de datos.
3. En lo que respecta a la meta de disminuir la morbilidad por enfermedades respiratorias, no fue posible de analizar en virtud de que era necesario recopilar información de el año 1978 al año 1992, encontrándose unicamente de los años 1991 y 1992. En cuanto a la de otros años, si bien existe, no fue accesible, por lo tanto al analizar datos de un solo año se obtendrían 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 algunos de los indicadores de salud propuestos por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), son utilizados como metas mínimas para el año 2000 y que los mismos han sufrido modificaciones por parte del Gobierno de la República de Guatemala en el Plan de Acción de Desarrollo Social, adaptándose a las necesidades de salud de la población, por esa razón las 17 metas mínimas presentadas

en este estudio difieren de las planteadas por la O.M.S., ya las mismas 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 BAJA VERAPAZ

ASPECTO HISTORICO

El departamento fue creado por decreto del ejecutivo número 181, fechado el 4 de Mayo de 1877, al dividir la Verapaz en dos departamentos, distinguiéndose con los nombres de Alta Verapaz y Baja Verapaz respectivamente. (4)

CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS

Baja Verapaz es uno de los dos departamentos que comprende la Región Norte (Región II); colinda al Norte con el departamento de Alta Verapaz, al Este con el departamento El Progreso; al Sur con los de Guatemala y Chimaltenango; al Oeste con el Quiché. Su cabecera es Salamá.

Su extensión territorial es de 3,124 Km² (2.86% del total del país); se agrupan en éste espacio geográfico, 8 municipios, los cuales son los siguientes:

- | | |
|------------------------|-------------------|
| 1. -Salamá.(Cabecera). | 5. -Granados. |
| 2. -San Miguel Chicaj. | 6. -El Chol. |
| 3. -Rabinal. | 7. -San Jerónimo. |
| 4. -Cubulco. | 8. -Purulhá. |

La región norte posee un alto porcentaje de población indígena, en su mayoría monolingüe (80%), siendo en Baja Verapaz tres las lenguas predominantes:

1. El Achi en Salamá, San Miguel Chicaj, Rabinal, Cubulco, El Chol y San Jerónimo.
2. El Achi-Pocomchi en Granados.
3. El Cakchiquel en Purulhá.

La ruta Nacional 5, que de la capital conduce al departamento de Alta Verapaz, atraviesa toda la Baja Verapaz, pasando por la cabecera, Salamá. De aquí sale la Ruta Nacional 17, que en el departamento de El Progreso, entronca con la Ruta al Atlántico, o carretera Interoceánica CA-9. Saliendo de la capital sobre la Ruta Nacional 5, hay 22 Km. a San Pedro Sacatepéquez y de allí a San Juan Sacatepéquez (Guatemala), 8 Km. De esta última cabecera municipal a

Granados, Baja Verapaz hay 48 Km.; de Granados a El Chol, 11 km de El Chol a Rabinal, 11 Km. Siguiendo de Rabinal sobre la Ruta Nacional 5 hay 18 Km. a San Miguel Chicaj y de ésta a Salamá, 9 Km. De Salamá, sobre la Ruta Nacional 17 que conduce al departamento El Progreso, hay 10 Km. Sobre la Ruta Nacional 5 saliendo de Salamá, hay unos 27 Km. hasta el poblado Panquín, donde la Ruta Departamental 3 conduce a Purulhá, a unos 6 Km. de distancia. De Pantín, sigue la Ruta Nacional 5 en dirección a la Alta Verapaz. (4) (5)

El departamento es de clima cálido templado, la temperatura mínima es de 12.5 grados centígrados y su temperatura máxima es de 34.0 grados centígrados; se observan dos estaciones: Verano durante Noviembre hasta Abril e Invierno que comprende Mayo a Octubre. Su topografía es accidentada, cruzada por la Sierra de las Minas, Choacus, forman 4 valles; existen colinas, valles y partes montañosas; además regiones con erosión ocasionadas por la deforestación. Su precipitación pluvial media anual es de 800 mts.

El banco de marca establecido por la Dirección General de Caminos en el parque de la cabecera, está a 940.47 mts. sobre el nivel del Mar. Latitud 15°06'12", longitud 90°16'00". (4)

Según el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.), la población total para 1992 era de 189,510 (1.94% de la población de la república), con una densidad promedio de 83 habitantes/km. (84h/km a nivel nacional); y un crecimiento vegetativo de 3. La población es predominantemente rural con 153,327 habitantes (81%), la urbana alcanza los 36,182 habitantes (19%). Esta situación revela un alto grado de dispersión de la población, la cual en su mayoría ocupa los lugares poblados conocidos como: caserío, cantón, aldea, etc. El 50.3% de la población total corresponde al sexo femenino y el 49.7% al masculino, por lo que se estima que para ese año hubieron 104 mujeres por cada 100 hombres.

La estructura demográfica por edades muestra que la población menor de años constituye el 18.9% del total y la menor de 15 años representa el 49.3%. La población de 15-44 años constituye el 20% para el sexo femenino y el 18% para el masculino. El 11% está conformado por personas de 45-64 años y el 3.5% por mayores de 64 años; lo anterior caracteriza a Baja Verapaz como un departamento de población joven, con una estructura piramidal de base amplia. (Ver cuadro y gráfica 1)

ASPECTOS SOCIOECONOMICOS:

El suelo del departamento de Baja Verapaz tiene vocación agrícola; dedicándose a la producción de granos básicos, café y cardamomo como los cultivos más importantes. La actividad económica de la población está constituida por agricultura en 51%, jornalero en 38%, comercio 3% (madera, ganado y algunos productos artesanales), bienes que se exportan al exterior del país o a otras regiones y un 8% otros. Por medio de las rutas Nacional 5 y Nacional 17, ésta última entronca con la ruta al Atlántico (CA-9); mantiene estrechas relaciones comerciales con Alta Verapaz, El Rancho, Guastatoya, Zacapa y Puerto Barrios. (4) (6)

La población posee una alta dinámica de migración principalmente a los departamentos de Guatemala, Izabal, El Petén y Escuintla. Sin embargo, la migración se da principalmente a nivel interno de Baja Verapaz a Alta Verapaz; la causa básica de este movimiento es de índole económico, las personas buscan otras regiones que oferten ocupaciones mejor remuneradas y a veces cambian su actividad agrícola por la de obreros no calificados de servicio.

No se encontró datos de la Población Económicamente Activa (PEA) para 1992, pero en 1991 era de 44.7 por 1000 habitantes; la población ocupada era de 26.4 por 1000 habitantes y la desocupada de 18.3 por 1000 habitantes. El Producto Interno Bruto (PIB) comprendía 1,217.7 millones de quetzales. La población para el mismo año, estuvo subsistiendo con un ingreso Per Cápita Corriente de 1,726.0 quetzales, lo que representa un ingreso mensual promedio de 143.0 quetzales, el bajo ingreso económico de la mayoría de la población se traduce en imposibilidad de acceso a la canasta básica, vivienda, vestuario, recreación, educación y otros. Esto refleja la situación de pobreza que vive la población, en la región norte el 85% de las familias vive en pobreza y de éstas el 75%, en extrema pobreza; agregando a ello el alto grado de analfabetismo que alcanzan un 58.9% según datos obtenidos de CONALFA para 1991; éste se da principalmente en el sexo femenino y en la población rural. Además hay que agregar que anualmente ocurre un alto porcentaje de deserción escolar por lo que el número de alumnos es bajo; el factor principal de dicha deserción obedece a que la mayor parte de familias principalmente de áreas rurales se dedican a las tareas agrícolas dentro o fuera del departamento. (3) (5) (19)

SITUACION DE SALUD:

El área de salud del departamento de Baja Verapaz, cuenta con una organización conformada por 35 establecimientos de salud por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), funcionando en forma regular y según horarios establecidos, 34 de ellos conforman la red de servicios de Salud, proporcionando atención a la población y ejecutando las actividades de los diferentes componentes programáticos con enfoques de prevención, fomento, protección tratamiento y rehabilitación de las enfermedades; el área de salud cuenta con una Jefatura de Area, que es la unidad Técnica y administrativa responsable de la supervisión, monitorero, control, evaluación y encargada de verificar que se ejecuten las acciones de salud integral a través de la red de establecimientos que conforman el sistema de servicios de salud, que constituyen el nivel técnico operativo. (5) (15)

En Baja Verapaz, se cuenta actualmente con los siguientes establecimientos de salud:

- 1 Jefatura de Area.
- 1 Hospital departamental.
- 1 Centro de salud tipo "A".
- 7 Centros de salud tipo "B".
- 25 Puestos de salud tipo "C".

Es importante mencionar que los anteriores dependen del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pero que además existen otros establecimientos de salud tales como el Hospital del Instituto de Seguridad Social (I.G.S.S.), establecimientos religiosos (Dispensario y Hospitalito), 11 Clínicas Escolares (1 o 2 por municipio), 14 Clínicas Médicas distribuidas en 4 municipios y en Salamá 3 Clínicas Odontológicas.

En cuanto al recurso humano comunitario, Baja Verapaz contó para 1992 con 325 comadronas adiestradas tradicionalmente activas y 282 promotores rurales de salud activos.

La Jefatura del Area cuenta con políticas de salud planteadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las cuales comprenden: (3) (5)

- Extensión de cobertura.
- Desarrollo institucional.
- Desarrollo estratégico del recurso humano.
- Promoción de prácticas alimentarias adecuadas a la población.

- Desarrollo de la planificación financiera.
- Dotación de agua potable y saneamiento ambiental.
- Desarrollo funcional de la infraestructura instalada.
- Desarrollo de la administración y ejecución presupuestaria.
- Abordaje multisectorial y epidemiológico de salud.

El Gobierno de la República asignó en 1992, al sector salud de Baja Verapaz un total de 3.101,872 quetzales; distribuido a diferentes niveles de servicios de salud, correspondiendo de dicho presupuesto el 57.2% para el nivel curativo (hospital) y el 38.44% para el nivel preventivo (centros y puestos de salud). Un 4.36% para la Jefatura de Área (ver cuadro 2). Según la distribución porcentual del presupuesto, se le asignó más del 50% a el nivel curativo, sin embargo debe considerarse que tiene que ser destinado para el nivel preventivo en un 55% del total, ya que son más importantes las acciones a la prevención de daño de salud, que de acuerdo al curso natural de la enfermedad, esto consiste en atacar la verdadera causa y no los efectos de la misma, para evitar así la prevalencia y alta incidencia de enfermedades principalmente infecciosas, que ocupan las primeras causas de morbilidad y mortalidad.

El presupuesto asignado, es utilizado en diferentes programas, tales como funcionamiento, gasto de administración, saneamiento ambiental, fabricación y colocación de letrinas, construcción de pozos y acueductos en el área rural, vigilancia epidemiológica, atención médica, adiestramiento en salud, mantenimiento y sustitución de equipo en centros asistenciales, diseño, estudio y coordinación de proyectos de salud, servicios personales (personal) y no personales (agua, energía eléctrica, ect.).

Según acuerdo gubernativo del Ministerio de Salud y **Asistencia Social, existe un listado oficial de medicamentos** básicos para Puestos de Salud, los cuales son programados para enviarse trimestralmente por la Droguería Nacional, y que por diversas razones (por ejemplo el transporte), no se envían en el tiempo estipulado, ni la totalidad de medicamentos de esa lista. Por lo que se puede encontrar discrepancia entre la morbilidad del departamento y la dotación de medicamentos. Siendo esto otro factor que contribuye al aumento de la incidencia de ciertas patologías, especialmente de origen infeccioso. (Ver cuadro 3).

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

La esperanza de vida general es de 59.9 años; siendo de 57.9 para hombres y 60.1 para mujeres. La cual es baja comparada con la propuesta por la OMS para el año 2000, que es de 70 años. La tasa de mortalidad general para 1992 fue de 5.38 X 1,000 nacidos vivos. Las cinco primeras causas de mortalidad fueron: Enfermedades del Aparato Respiratorio con 249 casos (24.8%); Signos y Síntomas mal definidos 241 (24.0%), Deficiencias de la Nutrición 61 (6.1%), Enfermedades de las Vías Respiratorias Superiores 55 (5.5%), Enfermedades del Metabolismo 46 (4.6%). (5)

Según la demanda atendida en los servicios de salud las principales causas de Morbilidad de Notificación Obligatoria para 1992 comprenden: Infecciones Respiratorias Agudas con 2,852 casos; Paludismo con 879 casos; Síndrome Diarreico Agudo con 753 casos; Desnutrición con 139 casos; Intoxicación Alimentaria con 97 casos. Al igual que la mayoría de las regiones del país, las principales causas de morbilidad y de mortalidad son las enfermedades infecciosas en general.(15)

SALUD MATERNO-INFANTIL

SALUD DEL NIÑO

Para 1992 la tasa de mortalidad infantil fue de 33.79 X 1,000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad de niños 1-4 fue 3.63 X 1,000 nacidos vivos, la tasa mortalidad neonatal de 11.41 X 1,000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad perinatal fue de 17.08 X 1,000, la tasa de mortalidad postnatal fue de 22.38 X 1,000; y la fetal de 9.74 X 1,000. Siendo la principal causa de mortalidad las enfermedades del aparato respiratorio.

Posiblemente debido a la desproporción entre salarios, el costo de la canasta básica y la baja del poder adquisitivo, la dieta tiene que ser reducida en variedad, cantidad y calidad, lo cual es otro factor que contribuye en la desnutrición de los niños menores de cinco años, asociado a que generalmente son hijos de madres sin mayor grado de educación y de áreas rurales. Se registraron 139 casos de desnutrición de los cuales 10 casos son menores de 5 años, según datos de los telegramas de enfermedades de notificación obligatoria en 1992; dato que no se relaciona con la realidad de nuestro país.

Baja Verapaz cuenta con programas específicos, como el de Materno-Infantil, no se encontró datos de cobertura en Control y desarrollo en niños menores de 5 años para el año de 1992; pero registró un total de 4,254 niños en Control de Crecimiento y Desarrollo, siendo la población total para la misma edad de 35,795, por lo que según estos datos se obtuvo una cobertura del 12%. (Ver cuadro 5)

Según datos obtenidos del Programa Ampliado de Inmunizaciones para 1992, se alcanzó para la vacuna Antipoliomielítica una cobertura de 139%, para la vacuna triple o D.P.T. el 73% (vacunas contra la difteria, tétanos y tos ferina); Antisarampionosa el 91%, B.C.G. el 85% y de Toxoide Tetánico en mujeres embarazadas un 100%. (ver cuadro 4). El alto porcentaje y el excedente de éstas coberturas, es ocasionado por no tomar en cuenta la población programada de algunos municipios, quienes reportaron solamente la cantidad de vacunados, según se constató con los cuadros de vacunación por municipio.

Y en lo que respecta a la morbilidad de Enfermedades Inmunoprevenibles para el año de 1992, sólo se presentó un caso de tos ferina y ningún caso de sarampión, tétanos neonatal, difteria y tétanos. No se registró ningún caso de mortalidad infantil por enfermedades inmunoprevenibles. (2)(5)

SALUD DE LA MADRE

La tasa de mortalidad materna en 1992 fue de 10.4 X 10.000 (1.04 X 1,000 nacidos vivos). El mismo año se alcanzó una tasa de natalidad de 37.01 X 1,000 habitantes. Según datos de la jefatura de área se obtuvo 50% de cobertura en planificación familiar, pero tomando en cuenta que la población programada para dicha planificación es muy baja en relación a la población femenina en edad reproductiva, probablemente por desconocimiento asociado a la no utilización de algún método anticonceptivo, explique la alta tasa de natalidad.

Durante 1992 se reportaron 9,475 embarazos, de los cuales 1,809 correspondían al área urbana y 7,666 al área rural, de estos se programaron dar atención prenatal institucional a 8,561, de las cuales asistieron 7,950 alcanzando un 93%, (ver cuadro 5). De las programadas para control del puerperio, fueron 2,085 de las que acudieron 1,204 obteniendo una cobertura del 58%. De el total de partos 7,694, 1,468 fueron atendidos en el área urbana y 6,226 en la rural.

En lo que respecta a la Alimentación Complementaria no se tienen datos de cuantas mujeres embarazadas fueron beneficiadas, encontrando unicamente madres beneficiadas por este programa, las cuales fueron un total de 8,399; no se encontró cual fue la población programada. Por otra parte y con el único proposito de analizar cual hubiese sido el porcentaje de este indicador, se hizo una relación porcentual del mismo, que en caso de haberse tomado en cuenta hubiese representado un 88% de mujeres embarazadas beneficiadas. (3)
(Ver cuadro 5)

SANEAMIENTO AMBIENTAL

Baja Verapaz tiene un total de 31,478 viviendas, de las cuales 6,184 pertenecen al área urbana y 25,294 a la rural; albergando a un total de 33,616 familias, con un promedio de 6 habitantes por vivienda.

Según SEGEPLAN para 1991 el 77.50% de la población del departamento no contaba con agua domiciliar. Durante 1992 se construyeron 8 pozos beneficiando a una población de 534. El abastecimiento de agua se hace principalmente a través de pozo y río lo que representa un factor de riesgo para la salud; debido a que la contaminación por fecalismo es un fenómeno presente en nuestro país. Es importante mencionar que la jefatura de área tiene un laboratorio BACTERIOLOGICO, para detectar impurezase en el agua, y ha programado para el año 1993; realizar tomas de muestras de agua y alcanzar una cobertura del 80% de los sistemas existentes.

En el caso de la disposición de excretas, según SEGEPLAN para 1991 el 62.50% de la población no estaba cubierta con disposición de excretas, durante 1992 se instalaron 2,579 letrinas beneficiando a una población de 12,859. Se construyeron 10 acueductos, con lo cual se benefició a una población de 8,000. (5)

En lo que respecta a la disposición de basuras, Salamá tiene establecido un sistema de recolección. Y tiene programado proporcionar y coordinar con las restantes 7 alcaldías municipales, la creación de un sistema de recolección y disposición final de basuras, utilizando carretón tirado por bestia mular o por el medio según capacidad financiera de cada municipio.

Los plaguicidas también constituyen un factor importante en la contaminación de el suelo y aguas superficiales, debido a que la aplicación de estos no es controlada y no hay estudios que estimen el grado de ésta contaminación.(15)

En general la mayoría de las viviendas de la región no llenan los requisitos mínimos de habitabilidad y un alto porcentaje de ellas no dispone de servicios de agua y drenajes. Por esta razón, la mayoría de la población, sobre todo la rural, se abastece de pozos y ríos, practica el fecalismo al aire libre y desecha las aguas servidas en los cursos hídricos superficiales.

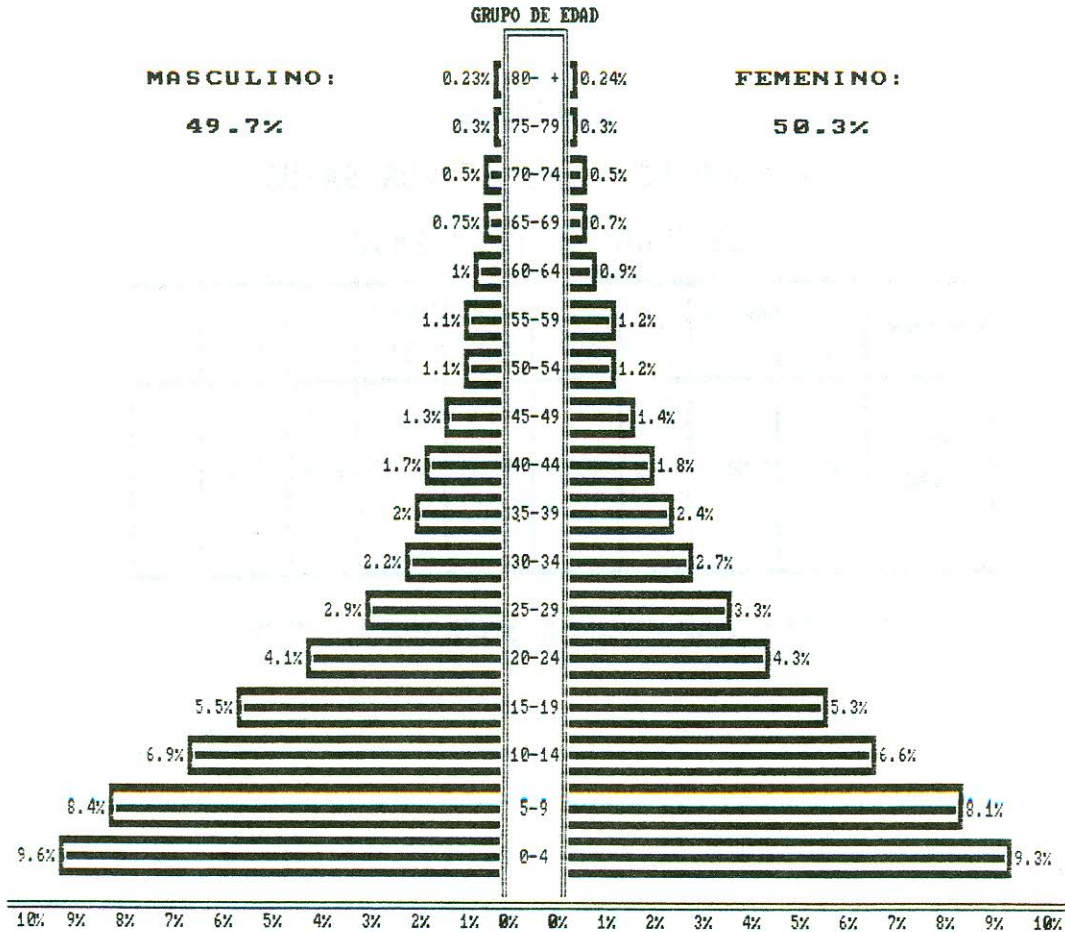
(45)

CUADRO 1
POBLACION ESTIMADA PARA 1992
POR GRUPO DE EDAD
BAJA VERAPAZ

GRUPO DE EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
0 - 4 a.	18254	9.6	17541	9.3	35795	18.9
5 - 9 a.	15916	8.4	15338	8.1	31246	16.5
10 - 14 a.	13858	6.9	12523	6.6	25581	13.5
15 - 19 a.	10485	5.5	10046	5.3	20531	10.8
20 - 24 a.	7799	4.1	8152	4.3	15951	8.4
25 - 29 a.	5478	2.9	6389	3.3	11779	6.2
30 - 34 a.	4214	2.2	5143	2.7	9357	4.9
35 - 39 a.	3794	2	4539	2.4	8333	4.4
40 - 44 a.	3168	1.7	3479	1.8	6647	3.5
45 - 49 a.	2529	1.3	2621	1.4	5150	2.7
50 - 54 a.	2149	1.1	2261	1.2	4410	2.3
55 - 59 a.	2110	1.1	2211	1.2	4321	2.3
60 - 64 a.	1828	1	1881	0.9	3781	1.9
65 - 69 a.	1424	0.75	1438	0.75	2862	1.5
70 - 74 a.	955	0.5	928	0.5	1862	1
75 - 79 a.	561	0.3	526	0.3	1087	0.6
+ 80 a.	436	0.23	448	0.24	884	0.47
TOTAL	94142	49.7	95368	50.3	189510	100

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

GRAFICA 1
DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ
PIRAMIDE POBLACIONAL
1992



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

CUADRO 2
PRESUPUESTO DEL SECTOR SALUD
DE BAJA VERAPAZ 1992

DEPARTAMENTO	TOTAL Q.	HOSPITAL Q.	%	CENTROS DE SALUD "A"	CENTROS DE SALUD "B"	PUESTOS DE SALUD "C"	%	AREA DE SALUD	%
BAJA VERAPAZ	3101872	1776034	57.2	289657	876144	233322	38.44	135522	4.36

FUENTE:

Departamento de Contabilidad de la Jefatura de Area de Baja Verapaz.
 Departamento de Contabilidad del Hospital De Baja Verapaz.

CUADRO 3
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS
BASICOS PARA PUESTOS DE SALUD
BAJA VERAPAZ 1992

MEDICAMENTOS	TRIMESTRES	
	1992	NO
	ENUJIADOS	ENUJIADOS
1. ANALGESICOS:	XXXXXX	
a. Acetaminofen.	XXXXXX	
b. Acido acetilsalicilico.		
2. ANESTESICOS:	XXXXXX	
a. Lidocaina 2%.		
3. ANTIPROTOZOARIOS:	XXXXXX	
a. Metronidazol.		
4. ANTIHELMINTICOS:	XXXXXX	
a. Mebendazol.		
5. VITAMINAS:	XXXXXX	
a. Vitamina "A".		
b. Complejo "B".		
c. Acido Folico.	XXXXXX	XXXXXX
6. MINERALES:	XXXXXX	
a. Sulfato Ferroso.		
7. ANTIPARASITARIOS:	XXXXXX	
a. Benzoato de Bencilo.		
8. ANTIACIDOS:	XXXXXX	
a. Hidroxido de Al/Mg.		
9. DERMATOPROTECTORES:	XXXXXX	
a. Oxido de Zinc.		
10. SALES DE REHIDRATACION.	XXXXXX	
11. ANTIBIOTICOS:	XXXXXX	
a. Penicilinas.	XXXXXX	
b. Trimetopin-Sulfa.	XXXXXX	
c. Cloranfenicol.	XXXXXX	
12. ANTISEPTICOS:	XXXXXX	
a. Alcohol isopropilico.		

FUENTE: Drogueria Nacional.

CUADRO 4
PROGRAMA NACIONAL DE VACUNACION
COBERTURA EN EL AREA DE SALUD DE
BAJA VERAPAZ 1992

VACUNAS	POBLACION 0 - 4 a. PROGRAMADA	POBLACION 0-4 a. VACUNADA	COBERTURA	META PARA EL 2000
ANTIPOLIO	12,329	17,198	139%	100 %
DPT	12,849	938	73%	100 %
ANTISARAMPIONOSA	11,304	10,327	91%	100 %
BCG	8,991	7,669	85%	100 %
TOXOIDE TETANICO EMBARAZADAS	EMBARAZADAS PROGRAMADAS 2,459	EMBARAZADAS VACUNADAS 2,458	COBERTURA 100%	META PARA EL 2000 80%

FUENTE: Jefatura de Area de Salud de Baja Verapaz.
 Departamento de Estadística, Dirección General de Servicios de Salud.

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

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO				CONSULTA MATERNA				ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN MUJERES EMBARAZADAS		
POBLACION 0-4 a.	TOTAL EN CONTROL	%	META	TOTAL EMBARAZADAS	CONTROL PRENATAL	%	META	MUJERES BENEFICIADAS	%	META
35,795	4,254	12	100%	8,561	7,958	93	75%	8,399	88	58%

FUENTE:

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

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

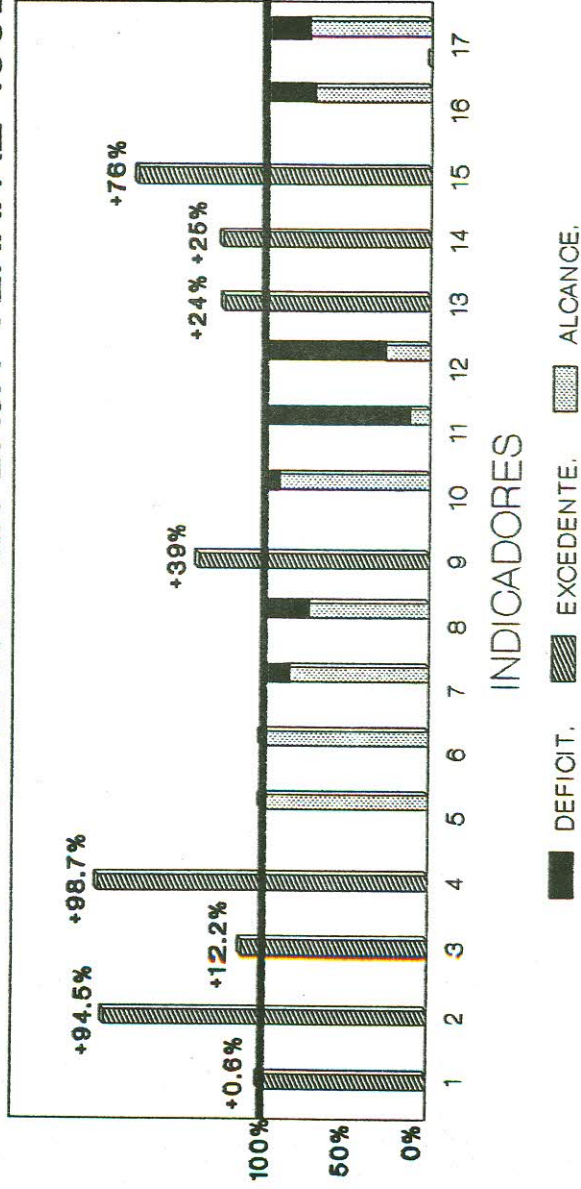
INDICADOR	META PARA EL 2000	DATO 1992	DIFERENCIA	%(+)	%(-)
1. Reducir la Mortalidad Infantil a un indice no mayor de:	34 * 1000	33.79 * 1000	0.21	0.6	-
2. Reducir la mortalidad en menores de 5a. a:	66 * 1000	3.63 * 1000	62.37	94.5	-
3. Reducir la mortalidad neonatal a:	13 * 1000	11.41 * 1000	1.59	12.2	-
4. Disminuir la Mortalidad por enfermedad diarreica en < 5a. a un:	15 %	0.2	14.8	98.7	-
5. Erradicacion del Tetanos Neonatal:	0	0	0	-	-
6. Erradicacion de la Poliomieltitis:	0	0	0	-	-
7. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra Tuberculosis en:	100%	85%	15	-	15
8. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra Difteria, Tetanos y Tos Ferina en:	100%	73%	27	-	27
9. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra la Poliomieltitis en:	100%	139%	39	39	-
10. Alcanzar una cobertura de vacunacion contra Sarampion en:	100%	91%	9	-	9
11. Alcanzar en el control de crecimiento y desarrollo en niños 0-5a.:	100%	12%	88	-	88
12. Reducir la Mortalidad Materna a:	6 * 10000	10.4 * 10000	4.4	-	73
13. Alcanzar en control prenatal el:	75%	93%	18	24	-
14. Alcanzar una cobertura con Ioxoide Ietanico en mujeres embarazadas el:	80%	100%	20	25	-
15. Dar alimentacion complementaria a mujeres embarazadas al:	50%	88%	38	76	-
16. Destinar del Presupuesto de salud a la atencion preventiva el:	55%	38.44%	16.56	-	36
17. Destinar del presupuesto de salud a la atencion curativa el:	45%	57.2%	12.2	-	27

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

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

GRAFICA 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE METAS MINIMAS DE SALUD SEGUN ALCANCE, EXCEDENTE Y DEFICIT EN BAJA VERAPAZ 1992



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

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

De los resultados obtenidos del estudio, se observa que la reducción de mortalidad neonatal no solamente alcanzó la meta sino que rebasó la misma en un 12.2%; de la misma manera se observa en la reducción de la mortalidad en menores de 5 años, la cual presenta un excedente de 94.5% en relación a la meta. La reducción de la mortalidad infantil presenta un excedente de 0.6%; y la disminución de la mortalidad por Enfermedad Diarreica en menores de 5 años, presenta también un excedente de 98.7%, en relación a la meta.

En lo que respecta a la cobertura de vacunación contra la Poliomiелitis se observa que alcanzó la meta y sobrepasó la misma en 39%. Del control prenatal, éste presenta un excedente de 24%, lo mismo se observa en la cobertura con Toxoide Tetánico en mujeres embarazadas, con un excedente de 25%.

Según estos datos se podría asumir, que las acciones de salud adoptadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en lo que respecta a promoción, prevención y tratamiento específico de las enfermedades que son propias del grupo Materno Infantil, estén consiguiendo reducir dichas mortalidades y a la vez aumentando las coberturas de los diferentes programas de salud. De acuerdo a la realidad de nuestro país, no se puede asegurar que estos datos sean completamente confiables, además de asociarse con el subregistro de información, tal como se constató al encontrar discrepancias al comparar datos de distintas instituciones del área de salud, que corresponden a un mismo período, para el departamento en estudio.

En relación a la Alimentación Complementaria a mujeres embarazadas, Baja Verapaz reportó solamente datos de Madres beneficiadas con dicho programa y no así la cantidad de mujeres embarazadas beneficiadas; pero según estos datos del total de madres beneficiadas y su relación porcentual con el total de mujeres embarazadas, se hubiera obtenido un 88% de cobertura, con lo anterior se lograría obtener un excedente de 76% en relación a la meta, dato que se tomó con fines de análisis dentro del estudio.

Se observa que durante 1992 no se reportó ningún caso de Poliomiелitis ni de Tétanos Neonatal, según éstos datos ambos indicadores están dentro de las metas que se lograron alcanzar, como se mencionó anteriormente, podría deducirse que existe eficacia sobre las estrategias de salud para erradicar dichas enfermedades.

En lo que respecta a las coberturas de vacunación, la meta para el año 2000 es la de alcanzar una cobertura del 100% en cada una de las vacunas establecidas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones en menores de 5 años. Se observa que en 1992 la vacunación contra la tuberculosis (B.C.G.), alcanzó un 85%, presentando un déficit de 15% para lograr **alcanzar la meta; similar situación se observa** en la vacunación contra la Difteria, Tétanos y Tos Ferina (D.P.T.), la cual alcanzó un 73%, presentando un déficit de 27% para alcanzar la misma; y la vacunación contra el Sarampión alcanzó un 91%, por lo que presenta un déficit de 19% para poder alcanzar dicha meta.

Según estos datos, muestran que falta un porcentaje bajo para lograr alcanzar el objetivo de contar con coberturas del 100%, lo anterior puede no ser verdadero, dado a que no se reporta la población programada de algunos municipios de Baja Verapaz, además no se conoce el número de niños con esquemas completos de vacunación, solamente reportan datos de la población menor de 5 años vacunados.

Según los datos obtenidos acerca del control de crecimiento y desarrollo, se observa que únicamente el 12% recibió atención de éste programa, observándose un déficit del 88%, en relación a la población estimada para los menores de 5 años. Según estos datos evidencian que la mayor parte de estos niños son privados de la prevención de enfermedades detectables a través de éste programa.

En relación a la meta de disminuir la mortalidad materna, ésta ha alcanzado un 27%, presentando un 73% de déficit para lograr alcanzar la misma. Por lo que se puede asumir que no se cuentan con adecuadas acciones de salud para disminuir dicha mortalidad.

Finalmente según la distribución porcentual del presupuesto en el área de salud de Baja Verapaz para el año 1992, se observa que lo asignado a la Atención preventiva presenta un 38.44% del total y en relación a la meta presenta un déficit 30% para alcanzarla. En lo que respecta a lo asignado a el área curativa, ésta presentó un déficit de 27% para alcanzar la meta y un 57.2% del total del presupuesto asignado. Según esta información el Gobierno de la República para el año de 1992 a pesar de contar con políticas ya establecidas, aún no se le ha dado la importancia que merece la atención preventiva como medio principal para mejorar la salud de la población.

X. CONCLUSIONES

- 1- La información sobre los indicadores de salud se encuentra registrada en diferentes instituciones las cuales no normatizaron entre sí, por lo que se obtuvo diferentes datos de un mismo indicador.
- 2- Sobre datos poblacionales no existen estadísticas reales por lo que se utilizaron las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.), lo que provocó sesgo en la información, además que algunas de las metas no fueron posible analizarlas, debido a que fueron inaccesibles los datos, por lo que el análisis de un solo año no puede ser válido ni confiable.
- 3- En cuanto a las metas de cobertura de vacunación en menores de 5 años (exceptuando la antipoliomielitis), mortalidad materna, Control de Crecimiento y Desarrollo en niños menores de cinco años y presupuesto destinado al área preventiva y curativa; se encuentran por debajo de las metas planteadas a escasos siete años, lo cual nos crea un panorama incierto en cuanto a alcanzarlas.
- 4- Las metas que se lograron rebasar fueron las siguientes: Mortalidad infantil, mortalidad en menores de 5 años, mortalidad neonatal, mortalidad por síndrome diarreico agudo, cobertura de vacunación contra Poliomiilitis, Control Prenatal, cobertura con Toxoide Tetánico en mujeres embarazadas y Alimentación Complementaria a mujeres embarazadas, interpretándose de dos formas; o realmente se alcanzaron o bien existe subregistro de datos, siendo esto último lo más factible en virtud de los problemas, que se cuenta para lograr un adecuado registro estadístico.
- 5- En relación a las metas que pretenden la erradicación de la Poliomiilitis y erradicación del Tétanos Neonatal se pudo comprobar que no se reportaron casos, por lo que se presume que se está muy cerca de que ambas metas sean un hecho para el año 2,000.
- 6- Del total del presupuesto asignado se otorga más al nivel curativo que al preventivo, obteniendo el mayor porcentaje el hospital departamental.
- 7- De los indicadores propuestos por el Plan de Acción de Desarrollo Social, dos alcanzaron la meta correspondiendo un 12%, ocho no solamente alcanzaron las metas sino que además sobrepasaron las mismas lo que coeresponde el 47% y siete no aún no han logrado alcanzarlas (41%).

XI. RECOMENDACIONES

- 1- Que se utilice una boleta para la recopilación de los datos de todos los indicadores de salud en cada jefatura de área; y que ésta información sea actualizada y accesible para todos.
- 2- Que se utilicen las metas en salud propuestas por el Plan de Acción de Desarrollo Social, para la evaluación anual de los alcances obtenidos en el área preventiva del departamento de Baja Verapaz.
- 3- Mejorar la calidad de los archivos donde se registra la información, tanto en la Unidad de Informática (D.G.S.S.), como en las Jefaturas de Área de cada departamento, con el fin de que se pueda utilizar adecuadamente, y obtenerse con cierta facilidad.
- 4- Capacitar e incrementar al personal que registra la información en salud, y crear métodos confiables de canalización de la información actualizada, de manera que corresponda fidedignamente con la realidad, se evite el subregistro y se mejore el acceso de dichos datos .
- 5- Que el Gobierno de la República de Guatemala, evalúe periódicamente los indicadores de salud, haciendo énfasis en la Metas Mínimas de Salud propuestas por la Organización Mundial de la Salud, dicha evaluación puede ser llevada a cabo por dependencias estatales tales como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud o bien con el asesoramiento de la Universidad de San Carlos de Guatemala a través de la Facultad de Ciencias Médicas.
- 6- Que la Jefatura de Área mejore la recolección de los datos de atención al grupo Materno-Infantil con énfasis en los programas de Control de Crecimiento y Desarrollo en niños menores de cinco años y Alimentación complementaria a mujeres embarazadas, ya que durante el estudio se constató que esta información no se encuentra y las coberturas en estos programas no se conocen, lo cual hace difícil evaluar si a siete años del año 2,000 estas metas se han de alcanzar.
- 7- Que se aumente el presupuesto asignado al nivel preventivo; para logra alcanzar la meta que corresponde a un 55% del total del presupuesto asignado.

XII. RESUMEN

El siguiente estudio, fue realizado con el propósito de hacer un análisis de los alcances obtenidos durante 1992 en el departamento de Baja Verapaz, en relación a las metas mínimas propuestas por el Gobierno de la República de Guatemala en el Plan de Acción de Desarrollo Social basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud; para alcanzar la meta: "Salud para Todos en el Año 2000".

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

Luego se procedió a tabular y a clasificar los datos según las metas planteadas, se realizó cuadros y gráficas de los mismos y se analizó la información. Esta se representó en porcentajes, que expresan las metas que se alcanzaron, sobrepasaron y las que no se han alcanzado.

Entre los indicadores que alcanzaron la meta (12%) se encuentran: Erradicación del Tétanos Neonatal y erradicación de la Poliomielitis.

Entre los indicadores que alcanzaron y sobrepasaron la meta (47%) se encuentran: La mortalidad infantil, mortalidad en menores de 5 años, la mortalidad neonatal, mortalidad por Síndrome Diarreico Agudo en el mismo grupo de edad, la cobertura de vacunación contra Poliomielitis, Control Prenatal, cobertura con Toxide Tetánico en mujeres embarazadas y Alimentación Complementaria a madres.

Entre los indicadores que no se han logrado alcanzar las metas (41%), tenemos las siguientes: La cobertura de vacunación (B.C.G., D.P.T. y Antisarampionosa), control de crecimiento y desarrollo, mortalidad materna y presupuesto de salud destinado al área preventiva y curativa.

XIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- De Canales, Francisca. Metodología de la investigación; Manual para el desarrollo del personal de salud. OPS./OMS. 1989 327p. (pp. 1-7).
- 2.- Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de informática. Datos estadísticos de indicadores de salud, 1990-1992. Guatemala, 1992 (s.p.)
- 3.- Flores Auçada, Carlos. Indicadores y cobertura de los servicios materno infantil del M.S.P.A.S. por región y departamento. Guatemala, 1991. (pp. 8-11)
- 4.- Groll, Francis. Diccionario Geográfico de Guatemala. Guatemala, 1981. Tomo 1 (pp. 34-35)
- 5.- Jefatura de área de salud del departamento. Plan operativo y memoria de labores del departamento de Baja Verapaz 1992. Baja Verapaz, 1992 (pp. 1-60)
- 6.- Kroeger, Axel. Atención primaria en salud. Principios y métodos. México, 1987. capítulo VIII (pp. 2-5)
- 7.- McDonald, Beatriz Eugenia. Salud para todos en el año 2000; Análisis de los indicadores para la evaluación de los alcances de las metas para Guatemala. Tesis (Médico y cirujano) USAC. Facultad de Medicina. Guatemala, 1991. 85p. (pp. 1-8).
- 8.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Salud Materno Infantil 1992-1996. Guatemala, 1991. D.G.S.S. Depto. materno infantil. 37p. (pp. 9-11)
- 9.- Morales, Sully Argentina. Análisis y tendencias de la situación de salud de Guatemala. Tesis (médico-cirujano) USAC. Facultad de medicina. Guatemala, 1984. 115 p.
- 10.- Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria en Salud. Informe de la conferencia Internacional sobre A.P.S. Alma-Ata, 1978. (pp. 3-7, 13-43)
- 11.- Organización Mundial de la Salud, Glosario de términos. Ginebra 1,984 66p. (pp.2-12)

- 12.- Organización Mundial de la Salud. Preparación de Indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de salud para todos en año 2000. Ginebra, 1988. 99p. (3-10, 13-18, 39, 58-60)
- 13.- Organización Panamericana para la Salud. Aqua potable y saneamiento ambiental. Un camino hacia la salud. 1982. 80p. (pp. 1)
- 14.- Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación del niño y la mujer. Guatemala, 1992. 12p. (pp. 1-4) (Publicación científica y técnica No.3)
- 15.- Organización Panamericana de la Salud. Análisis de Salud por Regiones. Guatemala, 1992. 145 p. (pp. 17-21) (Publicación científica y técnica vol.3)
- 16.- Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de la salud de las Américas. México, 1990. (pp. 67-70) (publicación científica No. 524)
- 17.- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el año 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, 1,992, 27 p. (pp. 1-11)
- 19.- Segeplan. Plan de Salud: Lineamientos de política y estrategias áreas programáticas. Guatemala, noviembre de 1986. 51 p. (pp. 43-44)
- 20.- Seminario Alma-Ata diez años después. Avances. Guatemala, 1,990, OPS. OMS, APROFAM, MSPAS. 58 p. (pp. 38-48).

XIV A N E X O S

BOLETA PARA RECOLECCION DE DATOS
DEL DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ
1992

1) CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS:

a. -Monografía del área.

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

a.2. Densidad de población.: _____

a.3. Crecimiento vegetativo.: _____

a.4. Poblacion por grupo de edad.

2) ESTADISTICAS VITALES INDICES Y/O TASAS:

a. -Nacimientos: _____.

a.1 Tasa de natalidad: _____.

b. -Morbilidad.

b.1. Inmunización (PAI): _____.

b.1.1. BCG: _____

b.1.2. DPT: _____

b.1.3. ANTIPOLIO: _____

b.1.4. ANTISARAMPIONOSA: _____

b.2. Cinco primeras causas de morbilidad de notificación obligatoria.

b.2.1 _____

b.2.2 _____

b.2.3 _____

b.2.4 _____

b.2.5 _____

c. -Defunciones.

c.1- Tasa de mortalidad materna. _____

c.2- Tasa de mortalidad infantil _____

c.3- Tasa de mortalidad general. _____

c.4- Tasa de mortalidad en menores de 5 años. _____

c.5- Tasa de mortalidad en niños de 1-4 años. _____

c.6- Cinco primeras causas de mortalidad general.

c.6.1. _____

c.6.2. _____

c.6.3. _____

c.6.4. _____

c.6.5. _____

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

3.- SANEAMIENTO AMBIENTAL:

a.- Porcentaje de población con agua potable

a.1. urbana _____

a.2. rural _____

b.- Porcentaje de población con disposición de excretas

b.1. urbana _____

b.2. rural _____

5.-RECURSOS, ACTIVIDADES Y RENDIMIENTO DE SALUD PUBLICA:

a.-Políticas de salud.

- b. -Establecimientos de salud.
 - b.1- Centros de Salud: _____.
 - b.2-Puestos de Salud: _____.
- c. -utilización de los servicios de salud.
 - c.1 Número de consultas brindadas por programa.
 - c.1.1 Consulta general: _____.
 - c.1.2 Consulta pediátrica: _____.
 - c.1.3 Consulta materna: _____.
 - c.1.4 Total de consultas: _____.
- d. -Medicamentos esenciales. (hacer lista).
- e. -Asignación de recursos.
 - e.1. Presupuesto para el área preventiva.
 - e.1.1. Jefatura de área: _____.
 - e.1.2. Centros de Salud: _____.
 - e.1.3. Puestos de Salud: _____.
 - e.2. Presupuesto para el área curativa.
 - e.2.1 Hospital Departamental: _____.

6.-INDICADORES SOCIO-ECONOMICOS:

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

DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ

INDICADORES	AÑO 1992	AÑO META 2000
1 Mortalidad infatil:	_____	34 por mil
2 Mortalidad <5años:	_____	66 por mil
3 Mortalidad neonatal:	_____	13 por mil
4 Mortalidad SDA <5años:	_____	Disminuir al 15%
5 Incidencia IRA <5años:	_____	Disminuir en 33%
6 Tétanos neonatal:	_____	Erradicación
7 Poliomiелitis:	_____	Erradicación
8 Vacunación <5años BCG:	_____	Cobertura del 100%
9 Vacunación <5años DPT:	_____	Cobertura del 100%
10 Vacunación <5años Polio:	_____	Cobertura del 100%
11 Vacunación <5años Sarampión:	_____	Cobertura del 100%
12 Control de Crecimiento y Desarrollo 0-5años:	_____	alcanzar el 100%
13 mortalidad materna:	_____	6 por 10000 nacidos
14 Control prenatal:	_____	alcanzar el 75%
15 Toxoide tetánico en embarazadas:	_____	alcanzar el 80%
16 Alimentación Complementaria a mujeres embarazadas:	_____	dar al 50%
17 Presupuesto preventivo:	_____	55%
18 Presupuesto curativo:	_____	45%