

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INDICADORES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD



En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, mayo de 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

ACTO QUE DEDICO

IS Fuente de luz e inagotable sabiduría, quien siempre me ayuda y no me desampara.

! PADRES: Cecilia López
Julio Monzón

Eterna gratitud por los esfuerzos realizados y que mi triunfo sea una pequeña recompensa por sus múltiples sacrificios.

HERMANOS: Miriam, Brenda, Alex, Julio
Con cariño.

FAMILIAS: Poca Pamírez, Monroy López
Personas que de una u otra forma me brindaron su ayuda desinteresada.

AMIGOS DE

ACION: Regina Sosa, Vinicio León, Elka Lainfiesta,
Eddie Estrada, Ingrid Cotto.

AMIGAS: Estela Pérez Hernández, Iris Pérez Figueroa
Recordándoles por siempre.

IALMENTE A: Dr. Jaime Cáceres, médico que me ha brindado su amistad, gracias por sus sabias enseñanzas.

I N D I C E

tulo	Página
Introducción.....	1
Definición del problema.....	2
- Justificación.....	3
Objetivos.....	4
Revisión bibliográfica.....	5
Métodos y Procedimientos.....	18
- Alcances y Limitaciones.....	26
- Presentación de resultados.....	27
Análisis y discusión de resultados.....	42
Conclusiones.....	44
Recomendaciones.....	45
- Resumen.....	46
- Bibliografía.....	47
- Anexos.....	49

I. INTRODUCCION

"Salud para todos en el año 2,000", es una meta de salud única y aceptada por todos los países del mundo en La Asamblea de Organización Mundial de la Salud realizada en Alma-Ata, en 1977. Un año después, se llegó al acuerdo que para llevar dicha política era necesario establecer una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces, esta estrategia se definió como "Atención Primaria en Salud", que no es más que asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. (1)

Nuestro país, al igual que otras naciones en vías de desarrollo, su problemática económica y social que repercute en la salud de su población, se ve en la necesidad de buscar solución a sus problemas planteando 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 un Plan de Desarrollo Social en el cual se detallan las metas mínimas de salud a alcanzar en el año 2,000 a través de indicadores de salud.

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

La mayor parte de esta información se encontraba descentralizada y no actualizada; además se encontró un alto porcentaje de subregistro. Debido a no haber comparado los indicadores propuestos por el Plan Nacional con los indicadores oficiales de San Marcos se determinó el grado de ellos que alcanza, sobrepasa o en su defecto no lo alcanza.

Aún no se puede concluir si existen o no indicadores adecuados de Atención Primaria en Salud, ya que se deben de tomar en cuenta factores tales como: el subregistro y el tiempo que falta para llegar al año 2000.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

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

El sector salud no escapa de ésa realidad, lo cual se refleja ejemplo en una tasa de mortalidad infantil de 47.02 por mil nacidos vivos y mortalidad materna de 1.06 por mil nacidos vivos. (15)

Por lo tanto al estar a escasos siete años del año 2000 necesario evaluar la ATENCION PRIMARIA EN SALUD en el departamento San Marcos, a través de los indicadores de salud con el fin analizar los logros alcanzados hasta el año de 1991, en relación a metas mínimas propuestas por el Gobierno de la República de Guatemala en el Plan 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 los países tercermundistas en el cual el sistema de salud no ha experimentado cambios estructurales en los últimos años.

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

Desde 1977 en que se implantó la estrategia de ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS), se propusieron metas las cuales a la fecha quince años después y faltando siete años para el año 2000, se considera difícil de alcanzar, ya que los servicios de salud del país han sufrido crisis que hacen que la población no reciba la atención necesaria. Esto se traduce en la morbi-mortalidad y cobertura de los servicios.

En la actualidad los servicios de salud presentan limitaciones en la ejecución de acciones necesarias para dar solución a los problemas de salud, que en su mayoría son prevenibles tales como: Sarampión, Tuberculosis, Poliomielitis, etc.

Los daños ocasionados por las enfermedades causan deterioro de la salud y muerte, por consiguiente aumento de los gastos en los servicios de salud y en los grupos de Población Económicamente Activa (PEA) y en niños potencialmente miembros de la Población Económicamente Activa.

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.

El Estado de Guatemala es signatario de La Declaración de Alma-Ata y como tal debe cumplir con las metas para el año 2000. Es por lo anterior que se justifica el presente trabajo. (18)

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

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

B. ESPECIFICOS:

- 1.- Analizar la situación de salud en el departamento de San Marcos basándose en los indicadores de salud propuestos por Organización Mundial de la Salud (OMS).
- 2.- Identificar los indicadores de salud prioritarios del Departamento de San Marcos.
- 3.- Comparar los logros alcanzados durante el año 1991 a través de los indicadores de salud y relacionarlos con las metas mínimas propuestas por el Plan de Acción de Desarrollo Social para el año 2,000.

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 2,000. (1)

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

La organización Panamericana 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 ésta 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 y su situación económica y social. Las desigualdades entre unos países y otros es este aspecto y aun dentro de los mismos países ha sido uno de los estimulantes para que en los foros mundiales mencionados se busque afanosamente un camino para llegar a una situación más justa. (1)

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

- Esperanza de vida al nacer: ningún país de la región tendrá una esperanza de vida al nacer inferior a los 70 años.
- Mortalidad infantil: ningún país de la región tendrá una mortalidad mayor de 30 defunciones por cada 1000 nacidos vivos.
- Inmunizaciones: proporcionar inmunizaciones al cien por ciento de los niños menores de un año contra: Difteria, Tos ferina, Tétanos, Tuberculosis, Sarampión y 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 servicios de alcantarillado y disposición de excretas a unos 300 millones de habitantes.
- Cobertura de los servicios de salud: asegurar el acceso a los servicios de salud al 100 % de la población.

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 por mil nacidos vivos.
- 3.- Reducir la mortalidad neonatal a 13 por mil nacidos vivos.
- 4.- Disminuir a un 15 % la mortalidad por enfermedad diarreica en niños menores de 5 años.
- 5.- Disminuir en un 50% la morbilidad por infección respiratoria en niños menores de 5 años.
- 6.- Erradicación del tétanos neonatal.
- 7.- Erradicación de la poliomielitis.
- 8.- Alcanzar coberturas de inmunización al 100 % para: BCG, POLIOMIELITIS, DPT, y SAPAMPION en menores de 5 años.
- 9.- Alcanzar el 100 % en control de crecimiento y desarrollo en niños de 0-5 años.
- 10.- Reducir la mortalidad materna a 6 por 10000 nacidos vivos.
- 11.- Alcanzar el 75 % de control prenatal.
- 12.- Alcanzar 80 % de cobertura con toxoide tetánico en embarazadas.
- 13.- Dar alimentación complementaria al 50 % de las mujeres embarazadas.
- 14.- Erradicación de los casos de Cólera Morbus.
- 15.- Destinar del presupuesto de salud el 55 % a 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 definirlas surgen interrogantes de más diverso tipo; es común que las respuestas no siempre satisfagan todos.

Para lograr una refinición de APS deben tomarse en cuenta los factores: la identificación de las necesidades básicas fundamentales 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; donde no existe un esquema único, una receta o un 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, condiciones, realidad social y económica de cada país, los que determinaran, en última instancia, el modo de prestación de servicios dentro del contexto de APS, y las acciones prioritarias que contribuyen efectivamente a elevar el nivel de bienestar y alcanzar las metas mínimas establecidas para el año 2000. Básicamente, el propósito es poner al alcance de todos los individuos y familias la asistencia de salud indispensable, de acuerdo con los recursos de la comunidad y 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 lo coloca en el centro del continente americano, limita al norte y al oeste con la República de México, al sur con el Océano Pacífico, al este con el mar de las Antillas y con las Repúblicas de Honduras y El Salvador.

La extensión territorial de la República de Guatemala es de 109,900 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 8 regiones de salud que enfatizan la dimensión espacio regional del país.

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

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

I.- ENTORNO SOCIO-POLITICO

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) para 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, con 1,908,085 habitantes 37% vive en el área urbana y 63% en el área rural, lo que revela un alto grado

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DE GUATEMALA
 Oficina Central

de dispersión. La población menor de 5 años constituye el 18 % de total, la menor de 15 años el 46 %, el grupo de mujeres de edad fértil (15-44 años) forman un 49 % del total de sexo femenino, la población mayor de 64 años sólo el 3 %, ésta estructura caracteriza a Guatemala como un país de población joven con una estructura primordial de base amplia. (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 (PIP) per cápita de 1990 fue menor que un 18 % al de diez años atrás, lo cual es un primer indicador de 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 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 \$ 953 millones en 1980 a \$ 2,337 millones en agosto de 1991. (18)

3.- DISTRIBUCION DEL INGRESO

Los grupos de más elevados ingresos anuales aumentan su participación porcentual en la captación del ingreso nacional. Este grupo poblacional de más alto ingreso captó para 1980-81 el 41 % de 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 el bajo nivel calificativo, 36 % de la PEA no es calificada y 42% no tiene escolaridad. (18)

5.- VALOR DEL QUETZAL

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

El comportamiento errático de una unidad de moneda nacional respecto a un dólar, que durante más de cincuenta años estuvo al 1 por 1, llegó al Q.4.50 al finalizar 1985, se logró reanudar a Q.2.50 en 1986 con sucesivas aizas, aunque moderadas hasta 1989, en 1990 tuvo una máxima elevación en septiembre a Q. 5.72 por 1 (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 cubre únicamente al 25% de la población, el IGSS el 15 % y el sector privado el 14 %. En 1990 sólo el 60% de la población tenía acceso al servicio de agua, porcentaje que disminuye a un 45 % en el área rural, 41 % no contaba con servicios básicos de saneamiento, en cuanto a las condiciones sanitarias de vivienda sólo el 38 % disponía de conexión domiciliar de agua potable; el 30 % de servicios sanitarios y 49 % de luz eléctrica.

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

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

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

7.- DATOS GENERALES DE MORBI-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 70505 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 85 % 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 (1.1 por mil), signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (0.71 por mil), sarampión (0.55 por mil), ciertas afecciones del período perinatal (0.53 por mil), deficiencias de nutrición (0.55 por mil), otras formas de enfermedad cardíaca (0.24

por mil), violencia (0.23 por mil), homicidios y lesiones con dol (0.22 por mil), accidente cerebro vascular (0.18 por mil). El gru de niños menores de 5 años y de personas mayores de 68 años fueron l 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 analfabetismo, que alcanzó en 1989 el 49 % del total de la población. En el área rural se alcanza el 72 % con fuerte incidencia de población indígena. Se estima que la población analfabeta mayor 15 años es de 2,686,903 personas, de las cuales alrededor del 60% s mujeres. El analfabetismo entre mujeres indígenas es de 72 % y ladín 25%. En las zonas rurales de cada 100 niñas sólo 49 se inscribieron la escuela. En Guatemala un alumno del nivel primario destina promedio de siete años de estudio para completar cuatro grados de escuela. En las escuelas rurales el estudiante promedio utiliza 15 años para concluir la escuela primario. La inversión en el sect educativo disminuyó de un 22 % para 1980 a un 12.4 % para 1990.

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

9.- DETERIORO EN LA NUTRICION

En 1990 un 4 % de los menores de 5 años padecía de desnutrici severa, el déficit de peso y talla era del 23% y 50% respectivamente con una deficiencia mayor en el área rural respecto al área urban así como en la población indígena versus la ladina. El 25 % de l familias del área urbana central consumen menos calorías que l requeridas y en el área rural alrededor del 26 %. (18)

C. ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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

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

Pero se han encontrado problemas que limitan el desarrollo de APS como lo son: baja creatividad: porque no hay sugerencia

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

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

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

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

D. DEFINICION DE INDICADORES

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

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

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

1. TASA

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

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

2. RAZON

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

3. PROPOCION

La relación entre un subgrupo de población y toda la población por

5.2 INDICADORES SOCIALES Y ECONOMICOS

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

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

5.2.1 TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION

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

5.2.2 PRODUCTO INTERNO BRUTO Y PRODUCTO NACIONAL BRUTO

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

5.2.3 DISTRIBUCION DEL INGRESO

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

5.2.4 INDICE DE ALFABETISMO EN ADULTOS

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

5.2.5 VIVIENDA

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

5.3 INDICADORES DE LA PRESTACION DE ATENCION DE SALUD

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

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

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

5.3.1 DISPONIBILIDAD

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

5.3.2 ACCESIBILIDAD

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

5.3.3 UTILIZACION

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

5.3.4 COBERTURA DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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

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

5.3.5 SANEAMIENTO AMBIENTAL

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

El decenio constituye un primer paso fundamental del programa mundial de salud para todos en el año 2000. Al aumentar la cantidad y

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

5.3.6 INMUNIZACIONES

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

Son seis las enfermedades objeto del programa: Tuberculosis, Sarampión, Tos ferina, 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%; además una cobertura del 80 % con toxoide tetánico para las mujeres embarazadas. (6)

5.4 INDICADORES BASICOS DEL ESTADO DE SALUD

5.4.1 ESTADO DE SALUD

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

5.4.2 TASA DE MORTALIDAD DE LACTANTES

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

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

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

5.4.4 TASA EN 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 de los 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 menor de 5 años. Este indicador refleja además las tasas de natalidad más altas y la mayor proporción de población en este grupo de edad en los países menos adelantados.

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

5.4.5 TASA DE MORTALIDAD MATERNA

Esta tasa refleja el riesgo que corren las madres durante la gestación, el parto y el puerperio inmediato. Influyen en ella las condiciones socioeconómicas generales, la nutrición y el saneamiento, como la asistencia sanitaria a la madre. Se expresa dividiendo el número de defunciones atribuidas a complicaciones de la gestación y el parto ocurridas en un año. Suele representar el número de defunciones maternas por mil nacidos vivos. (12)

VI. METODOS Y PROCEDIMIENTOS

El presente trabajo tiene como propósito el análisis de los alcances obtenidos a través de los indicadores de ATENCIÓN PRIMARIA 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 Área del Departamento de San Marcos.
- Secretaría General de Planificación (SEGEPLAN).
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).
- Ministerio de Finanzas Públicas.
- Bibliotecas de diferentes instituciones.

Se elaboró una boleta (ver anexo) la cual permitió la recopilación de la información por el investigador en las instituciones bibliotecas consultadas, durante un período de 6 semanas.

Luego se procedió a tabular y a clasificar los datos según metas planteadas. Posteriormente se procedió al análisis del contenido y análisis estadísticos, para lo cual se elaboraron cuadros y gráficos en los cuales se presentó el porcentaje de las metas que se alcanzaron, las que faltan por alcanzar y las que sobrepasaron la meta.

El cuadro 5 que analiza las metas mínimas se diseñó en 6 columnas clasificándose en:

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

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

- Alcance
- Déficit
- Excedente

Se elaboró una tasa del indicador, mortalidad por enfermedad diarreica, el cual no estaba formulado, correspondiendo a la meta número cuatro.

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

INDICADORES DE POLITICA SANITARIA

1. Asignación de recursos.
2. Compromiso político.

INDICADORES SOCIALES Y ECONOMICOS

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

INDICADORES DE LA PRESTACION DE ATENCION DE SALUD

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

INDICADORES BASICOS DEL ESTADO DE SALUD

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

OTROS INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD

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

A. PLAN PARA RECOLECCION DE DATOS

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

1. CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS DEL DEPARTAMENTO

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 Inmunizaciones (PAT).
- 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 enfermedad inmunoprevenible en menores 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.

B. VARIABLES A ESTUDIAR

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

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

C. INSTRUMENTO DE MEDICION DE LAS VARIABLES

Se utilizó una boleta de recolección de datos (ver anexo 1) que contempló los indicadores de salud necesarios para el análisis de este presente estudio.

D. PRECURSOS

1. Humanos:

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

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

2. Físicos:

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

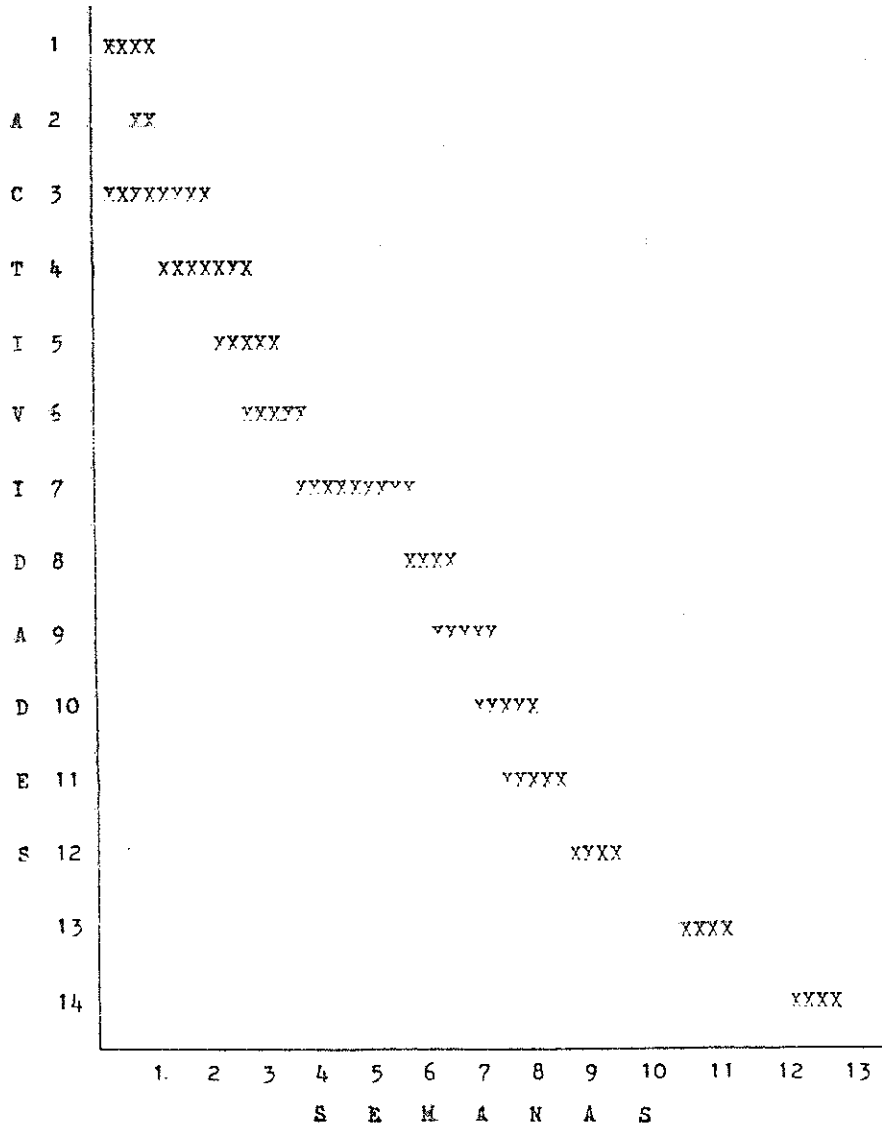
3. Económicos:

- a. Detalle del costo.
- b. Material de escritorio.
- c. Gasolina y transporte.
- d. Accesorios de computación.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

E. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

GRAFICA DE GANTT



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZA EN INGENIERÍA
CARRERA DE INGENIERÍA EN SISTEMAS DE COMPUTACIÓN

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 el revisor.
- 5.- Aprobación del proyecto por el comité de tesis.
- 6.- Diseño del instrumento que se utilizará para la recopilación de la información.
- 7.- Ejecución del trabajo de campo ó 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 de informe final para correcciones.
- 12.- Aprobación de informe final.
- 13.- Impresión del informe final y trámites administrativos.
- 14.- Examen público y defensa de la tesis.

VII. ALCANCES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

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

Durante el proceso de recolección se encontraron las siguientes limitaciones:

1. Autoridades y personal de algunas instituciones no colabora de la mejor manera para proporcionar la información necesaria.
2. De las instituciones nacionales que se encuentran al servicio del sector salud y que se dedican a la canalización y registro de información, la misma no se encuentra ordenada completamente actualizada como se pudo observar en los indicadores crecimiento y desarrollo.
3. En cuanto a la meta de disminuir la morbilidad por enfermedad respiratorias no fué posible analizarla a causa de que necesario recabar información desde el año 1978 a 1991, los cuales únicamente, el año 1991 se encontró. De los otros años si bien existe, no era accesible, por lo tanto analizarla con datos de un solo año presentaba resultados válidos ni confiables.
4. Subregistro de información sobre morbilidad y mortalidad repercutió en los resultados finales del estudio.

Debemos hacer mención, que los indicadores de salud propuestos por la OMS, y que algunos son utilizados como metas mínimas para el año 2000 han sido modificados, por el Gobierno de la República de Guatemala en el Plan de Acción de Desarrollo Social ya que se adapta a las necesidades de salud para su población por lo que las 18 metas mínimas presentadas difieren de las planteadas por la OMS, ya que éstas son 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 SAN MARCOS

1) GEOGRAFIA

Se encuentra a 280 km por la costa y a 253 km por vía panamericana de la ciudad capital, colinda al norte con el departamento Huehuetenango, al este con el departamento de Quetzaltenango, al sur con el departamento de Peten y el Océano Pacífico, al oeste con México.

Está clasificada en la región suroccidental (VI), con una extensión territorial de área aproximada 3791 kilómetros cuadrados, una altitud de 2371 metros sobre el nivel, cuenta con 12 municipios.

La cordillera de los andes recorre la parte norte, conociéndose como Sierra Madre, por lo que sus terrenos son quebrados y temperatura fría; en ella se encuentran los volcanes de Tajumulco, San Antonio y Tacaná, encontrándose que dos de ellos son los de mayor elevación a nivel de la República; por el contrario el sur de la cordillera cuenta con tierras casi planas y el clima es templado excepto por la tierra que abarca la zona costera riquísima que encuentra destinada al cultivo del café.

Las principales rutas Nacionales que cruzan la región son CA-2, y las rutas Nacionales No. 1 y la No. 6-w, 12-S, así como la carretera Internacional del Pacífico CA-2 que llega a la frontera con México, contando a la vez con buenas rutas departamentales que unen la cabecera departamental con todas las cabeceras municipales dentro del departamento. (4)

2) HISTORIA

El nombre fué tomado de su templo, el cual está consagrado a San Marcos Evangelista.

Originalmente recibió el título de Distrito y el 8 de mayo de 1839 atendiendo a la solicitud hecha por la municipalidad, fué elevado al rango de Departamento apoyándose tal decisión en el Decreto del 9 de septiembre de 1839 ya que para dicha fecha las condiciones por las cuales se le había declarado como distrito ya no existían y en cambio el régimen político, militar, judicial y económico era uniforme en todo el país. (4)

3) DEMOGRAFIA

La población total para 1991 era de 702,228 habitantes, con una tasa de crecimiento de población de 3.0% y una densidad de 18 habitantes por km².

La población es predominantemente rural 533693 (76%) y la urbana 168536 (24%). Las mujeres representan el 49% y el sexo masculino el 51%, con una población indígena de 62%.

La población menor de 5 años constituye el 18.23% (128386), la de 5 a 14 años representa el 29.4% (208597), la población de 15-44 años representa el 39.8% (276573), que es el mayor grupo etáreo. (4)

gráfica 1)

La gráfica representa una población de base ancha, similar a la pirámide poblacional de la República y que es característica de los países subdesarrollados. (2)

4) ECONOMIA Y SUBSISTENCIA

La actividad agrícola, comercial e industrial de sus habitantes es asombrosa. Sus principales productos son Trigo de muy buena calidad, maíz, frijol, papas, avena, café, cebada, caña de azúcar, etc. Entre las principales industrias figuran fabricación de tejidos de lana, de muebles y alfarería y la confección de artículos de vestir constituye otra de las ocupaciones importantes.

Para 1991 se estimó una población activa de 619.4 miles de habitantes, con una población ocupada de 47 miles de habitantes con una población desocupada o parcialmente ocupada de 54 miles de habitantes. El ingreso promedio per cápita anual de los trabajadores es de Q.1744.2 quetzales.

Por departamento, San Marcos presenta una crítica situación de pobreza con un porcentaje de 90 % de familias pobres, y en extrema pobreza un 82 %, los ingresos son tan bajos que se traducen en imposibilidad de acceso a la canasta básica, (vivienda, vestuario, recreación, educación, salud y otros).

La densidad de la población, la baja productividad de tierras sin empleo racional de abonos, especialmente químicos ni el adecuado uso de suelos así como el minifundio en gran escala, hacen el mantenimiento familiar un problema de difícil solución. Los factores citados han obligado a los habitantes a dedicarse a otras ocupaciones adicionales o a emigrar temporalmente a las plantaciones de la costa, para cubrir su presupuesto familiar. El departamento para 1991 tenía 46 % de la población alfabeta y 54 % de población analfabeta, según reporta la Comisión Nacional de Alfabetización.

5) ORGANIZACION POLITICA

Desde el punto de vista de la administración pública, al igual que en los demás departamentos del país, la principal institución es la Gobernación Departamental a cargo de un gobernador nombrado por el Ejecutivo por conducto del Ministerio de Gobernación.

Las municipalidades, de acuerdo con la ley, son técnicamente autónomas y sus integrantes nombrados por medio del sufragio popular.

Otra institución importante lo es el Juzgado de Primera Instancia que depende del Organismo Judicial, todas las municipalidades se integran por un alcalde, síndico, varios regidores, auxiliares alguaciles, secretario, tesorero, escribientes y policías.

Además hay verdaderos gremios de agricultores, sastres, carpinteros, ceramistas, etcétera.

5) SALUD

6.1) ORGANIZACION DEL AREA DE SALUD

El área de salud de San Marcos está organizada por una red de servicios que están constituidos por categorías de establecimientos con adecuados canales de intercomunicación y referencia entre ellos de forma tal, que operan con líneas sucesivas de atención desde la asistencia mínima a la asistencia compleja. Las funciones de los distintos establecimientos del área correspondiente a la protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud. Estas funciones debidamente programadas y articuladas entre sí son cumplidas en forma proporcional a los recursos de los establecimientos, difundiendo tres niveles de atención:

a) PRIMER NIVEL

Atención mínima proporcionada y simplificada. Puesto de Salud atendido por auxiliar de enfermería y técnico en salud rural, para lo el departamento cuenta con 74 Puestos de Salud. Otro rol importante dentro de sus funciones es la capacitación y relación directa con los agentes voluntarios con que cuenta, el promotor de salud rural, comadrona tradicional y el voluntario de salud. Para ese mismo año contaba con 1158 promotores de salud y 1112 comadronas incluyen tradicionales y asiestradas.

b) SEGUNDO NIVEL

Asistencia inmediata. Centro de Salud tipo B están ubicadas en cabeceras municipales del departamento el cual es atendido por un equipo mínimo interdisciplinario como: médico, profesional de enfermería, inspector de saneamiento ambiental, trabajador social. Las acciones que brindan son de promoción y recuperación de la salud en forma integrada, pero siempre con alto componente preventivo, cuentan actualmente con 18 Centros de Salud.

c) TERCER NIVEL

Asistencia completa, el hospital del área, es el establecimiento más completo en el área, ubicado en la cabecera departamental, su función es brindar acciones integradas de promoción, prevención y recuperación de la salud.

7) ASIGNACION DE PRESUPUESTO

Antes que puedan establecerse indicadores de asignación de recursos financieros, será necesario que el país resuelva, en términos que estén en consonancia con su situación, dos problemas de definición: ¿Qué componentes están comprendidos dentro de la rúbrica de "salud" y ¿Qué componentes están incluidos en la "Atención Primaria de Salud"? De otro modo no será posible medir sistemáticamente los cambios en la proporción de los recursos nacionales destinados a salud y dentro de esta partida, a Atención Primaria en Salud.

El presupuesto para 1991 fue de 5,247,738 millones de quetzales los cuales fueron distribuidos para el hospital, puestos y centros de salud, jefatura de área, en realidad no existe una partida específica para lo que es Atención Primaria en Salud, por lo que se designará un área preventiva a los centros y puestos de salud y como el área

curativa al hospital departamental. (ver cuadro 1)

B) MEDICAMENTOS ESENCIALES

Una medida importante de lucha contra las enfermedades es el suministro de medicamentos esenciales, es decir, las sustancias terapéuticas que son indispensables para el tratamiento racional de la gran mayoría de las enfermedades de una población.

Este indicador es muy importante para la población de escasos recursos que asiste a los puestos y centros de salud, buscando, satisfacer la necesidad de eliminar una enfermedad, pero actualmente sucede que de los medicamentos básicos aproximadamente, que deberían estar llegando trimestralmente, no se están suministrando todos los medicamentos, esto se puede evidenciar con el envío para el primer trimestre de 1991 a los puestos de salud. (ver cuadro 2)

C) POLITICAS DE SALUD

Las acciones del Gobierno se proponen alcanzar un mayor grado de eficiencia en este sector, por medio de una utilización racional del presupuesto, de la capacidad y del equipo instalado, recursos humanos, así como mediante una administración adecuada y la distribución más equitativa de los servicios de salud.

Se dará prioridad a los programas y proyectos que beneficien a los más pobres y a los grupos vulnerables, como mujeres lactantes, embarazadas y niños desnutridos.

Frente a la dimensión de las deficiencias existentes en los servicios de salud, el departamento de San Marcos tiene las siguientes políticas de salud:

1. Extensión de la cobertura.
2. Desarrollo estratégico del recurso humano.
3. Desarrollo institucional.
4. Promoción de prácticas alimentarias adecuadas a la población.
5. Desarrollo de la planificación financiera.
6. Potación de agua potable y saneamiento ambiental.
7. Desarrollo de la administración y ejecución presupuestaria.
8. Desarrollo funcional de la infraestructura instalada.
9. Abordaje multisectorial y epidemiológico de salud.

D) SITUACION DE SALUD

D.1) DATOS GENERALES DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD

La tasa de mortalidad general de 1991 fué de 9.7 x 1,000 habitantes, predominando las 5 primeras causas de defunción siendo: 1) Neumonía 1096 casos, 2) Enfermedad infecciosa intestinal 841 casos, 3) Signos y síntomas de estados morbosos mal definidos 588, 4) Ciertas infecciones del período perinatal 290 casos, 5) Deficiencias de la nutrición 88 casos.

Entre las principales 5 enfermedades de notificación obligatoria están: 1) Infección respiratoria aguda, 2) Síndrome diarreico agudo, 3) Desnutrición, 4) Paludismo, 5) Tuberculosis.

Entre los casos de enfermedades endémicas se reportan 1724 casos de malaria con una tasa de 238 x 100,000 habitantes.

Para 1991 se dieron 137,768 consultas médicas con un 19.1 % cobertura, lo que significa que el 80.9% de la población no asiste a atención médica lo que repercute en la morbilidad y mortalidad del departamento.

10.2) SALUD MATERNO-INFANTIL

En 1991 hubo una tasa de mortalidad neonatal de 25.60 x 1,0 nacidos vivos, tasa de mortalidad infantil de 34.00 x 1,000 habitantes y una tasa de mortalidad en menores de 5 años de 18.00 x 1,0 habitantes y una tasa de 6.8 x 1,000 niños de 0-5 años por mortalidad por diarrea. (ver cuadro 5)

Lo que respecta a cobertura a la consulta pediátrica hubo 107,2 (31 %) consultas observándose que el grupo de 1-4 años es quién más consultó.

En el programa de Crecimiento y Desarrollo, para 1990 (no es registrada la información del año 1991) había 51,354 (40%) niños de 1 a 5 años que asistieron a un control o chequeo médico el cual ayudo a detectar desnutridos, patologías crónicas y agudas. (ver cuadro 4)

En relación a la vacunación se determinó que la población vacuna contra la poliomielitis fué un 36 %, contra la Difteria, Tétanos Pertusis, se obtuvo una cobertura de 27%, la vacuna contra el sarampión un 18% y la antituberculosa fué del 19%. (ver cuadro 3).

Existen aún enfermedades inmunoprevenibles, las reportadas para este año fueron 2 casos de Sarampión, 4 casos de Tos ferina, 14 casos de Tuberculosis, no existiendo ningún caso de Poliomielitis, Difteria Tétanos neonatal.

Lo anterior refleja las bajas coberturas de vacunación repercutiendo en la niñez ya que todavía se reporta la siguiente mortalidad: 18 defunciones por tosferina, 9 defunciones por sarampión, 7 defunciones por tuberculosis, aunque estos datos no se correlacionan con los datos de la morbilidad y a la vez reflejan el subregistro de datos que existe entre las oficinas gubernamentales.

A las limitaciones tradicionales de una adecuada educación para la salud, se han venido a sumar los efectos de la disminución del ingreso real, que produce una ingesta alimentaria deficitaria. Este gran panorama se ve agudizado por la creciente desnutrición ya que éste departamento se reportaron el 65% de casos en niños menores de 5 años por lo que se deben hacer esfuerzos para dar orientación a las madres para que elaboren una dieta adecuada y que se ajuste a sus ingresos monetarios para darle solución a este inminente problema.

Lo que se refiere a la salud de la madre tenemos que para 1991 hubo 27,727 nacimientos con una tasa de natalidad de 44 x 100 habitantes, una tasa de mortalidad materna de 11.00 x 1000 nacidos vivos.

Se reporta que hay 14,391 mujeres embarazadas y que el 60% tu

control prenatal (ver cuadro 4), y que 6.6% de embarazadas asistieron su consulta postnatal, lo que hace necesario concientizar a la madre para que regrese después del parto a su respectivo control.

Además se observó que el 84.7% de las embarazadas fueron atendidas por personal no adiestrado y que el 95.5% de los partos fueron atendidos en su residencia, aumentando el riesgo de las muertes maternas y de los neonatos.

Por las bajas coberturas de control prenatal que se efectúan, percute en la administración del toxoide tetánico el cual cubrió un 100% de ellas aplicándose dos dosis durante el embarazo (ver cuadro 3).

En el Programa de Alimentación Complementaria para la mujer embarazada cubrió un 85 % de la población observada (ver cuadro 4).

3) SANEAMIENTO AMBIENTAL

La preservación y bienestar de la población demanda la existencia un medio favorable, libre de impurezas y exento de enfermedades.

En el departamento de San Marcos se hacen esfuerzos para dotar de servicios esenciales a la población y mejorar el medio ambiente, en 1971 existían 16,527 viviendas urbanas y 102,059 viviendas rurales, a un total de 121,133 familias.

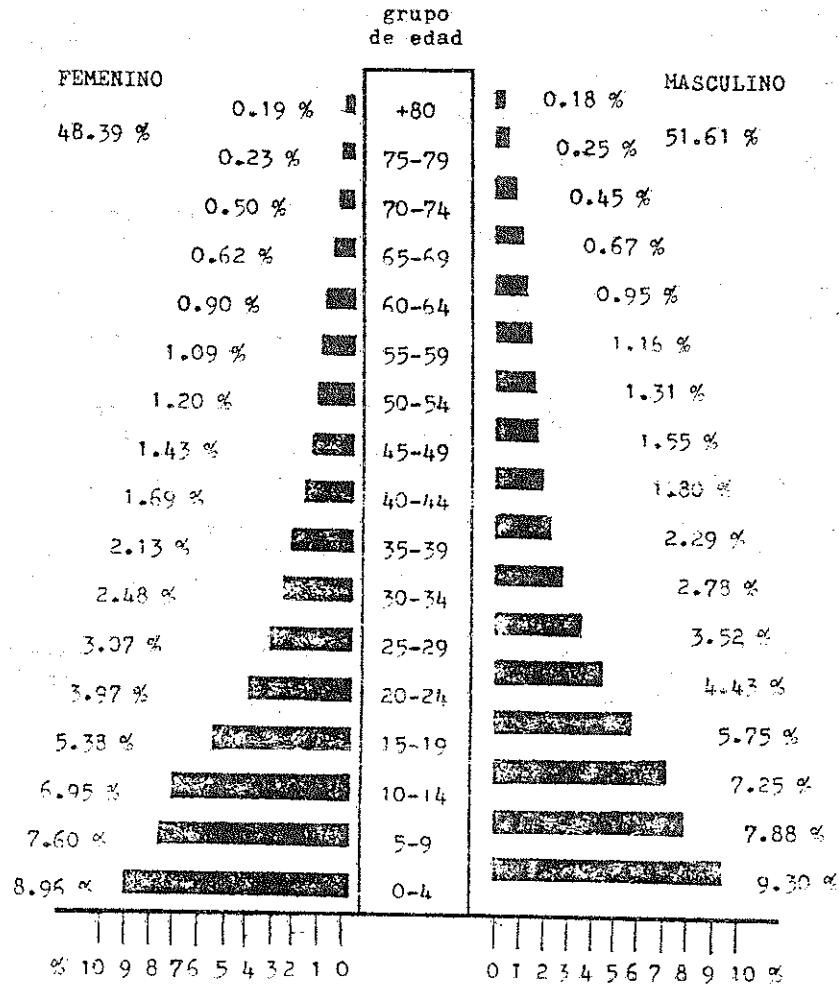
La cobertura del servicio de agua potable para ese mismo año era 38 % con un déficit del 62% acentuándose más en el área rural donde la población se abastece principalmente de pozos particulares, ríos y arroyos, en las áreas urbanas se abastecen con agua intradomiciliar.

En el caso de disposición de excretas, el mayor problema es el riesgo de fecalismo al aire libre teniendo un déficit de disposición de excretas predominando este problema en las áreas rurales con un déficit del 62.5 %

Además la inexistencia de lugares adecuados para la disposición de basura incrementa las fuentes de contaminación y formación de un hábitat natural para los vectores perjudiciales a la salud.

GRAFICA N. 1
PIRAMIDE POBLACIONAL

SAN MARCOS 1991.



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística 1991.

CUADRO 2
LISTA OFICIAL DE MEDICAMENTOS
BASICOS PARA PUESTOS DE SALUD
SAN MARCOS

M E D I C A M E N T O S	1er trimestre	
	ENVIADOS	NO ENVIADOS
1. ANALGESICOS: a. Acetaminofen b. Acido acetil salicilico	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX	
2. ANESTESICOS: a. Lidocaina al 2 %		XXXXXXXXXX
3. ANTIPROTOZOARIOS a. Metronidazol		XXXXXXXXXX
4. ANTIHELMINTICOS: a. Mebendazol	XXXXXXXXXX	
5. VITAMINAS: a. Vitamina "A" b. Complejo "B" c. Acido fólico	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
6. MINERALIS: a. Sulfato ferroso	XXXXXXXXXX	
7. ANTIPARASITARIOS: a. Benzoato de bencilo	XXXXXXXXXX	
8. ANTIACIDOS: a. Hidróxido de Al ³⁺		XXXXXXXXXX
9. DERMATOPROTECTORES: a. Oxido de zinc		XXXXXXXXXX
10. SALES DE REHIDRATACION: a. Cloruro de sodio	XXXXXXXXXX	
11. ANTIBIOTICOS: a. Penicilinas b. Trimetropin-Sulfa c. Cloranfenicol	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
12. ANTISEPTICOS: a. Alcohol isopropilico	XXXXXXXXXX	

FUENTE: Droguería Nacional.

CUÁDRO 3
 PROGRAMA NACIONAL DE VACUNACION
 COBERTURA EN EL APFA DE SALUD DE
 SAN MARCOS 1991

VACUNACION	NIÑOS POBLACION TOTAL	0-5 A. 3era. DOSIS	VACUNADOS %	META PARA EL 2000
ANTIPOLIO	128,386	46,335	36.00	100 %
DPT		34,413	27.00	100 %
ANTISARAMPIONOSA *		23,104	18.00	100 %
BCG *		11,309	19.00	100 %
TOXOIDE TETANICO EMBARAZADAS **	EMBARAZADAS	EMBARAZADAS VACUNADAS	VACUNADAS %	META PARA EL 2000
	14,391	4,317	51.00	80 %

*) NOTA: Posis única.

**) NOTA: Segunda dosis.

MFVCF: Departamento de Estadística D.G.S.S.

CUADRO 5

DISTRIBUCION DE LAS METAS MINIMAS PARA ALCANZAR
EN EL AÑO 2000 Y SU RELACION PORCENTUAL CON
1991 EN EL AREA DE SALUD DE SAN MARCOS

INDICADOR	META PARA EL 2000	DATO 1991	DIFERENCIA	%(-)	%(+)
Reducir la mortalidad Infantil a un índice no mayor de:	34 x 1000	34 x 1000	00.00	-	-
Reducir la Mortalidad en Menores de 5a. a:	66 x 1000	18 x 1000	48.00	-	72
Reducir la Mortalidad neonatal a:	13 x 1000	25 x 1000	12.00	92	-
Disminuir la Mortalidad por enfermedad diarreica en (5a. a un:	15 %	0.68 %	14.32	-	95
Erradicación del Héptanos Neonatal	0 casos	0 casos	0.00	-	-
Erradicación de la poliomielitis:	0 casos	0 casos	0.00	-	-
Alcanzar una cobertura de vacunación contra Tuberculosis en:	100 %	19.00 %	19.00 %	81	-
Alcanzar una cobertura de vacunación contra difteria, Héptanos y Tos Ferina en:	100 %	27.00 %	27.00 %	73	-
Alcanzar una cobertura de vacunación contra la poliomielitis en:	100 %	36.00 %	36.00 %	64	-
Alcanzar una cobertura de vacunación contra Sarampión:	100 %	18.00 %	82.00 %	82	-

continua...

... continuación

INDICADOR	META PARA EL 2000	DATO 1991	DIFFERENCIA	%(-)
11. Alcanzar en el control de crecimiento y desarrollo en niños 0-5 años:	100 %	40.00 %	60.00 %	51
12. Reducir la Mortalidad Materna a:	6 x 10,000	11 x 10000	5.00	83
13. Alcanzar en control prenatal el	75 %	60.00 %	15.00 %	20
14. Alcanzar una cobertura con toxoide Tetánico en mujeres embarazadas del:	80 %	30.00 %	50.00 %	62
15. Dar alimentación complementaria a mujeres embarazadas al:	50 %	85.00 %	35.00 %	-
16. Destinar del Presupuesto de salud a la atención preventiva el:	55 %	59.00 %	4.00 %	-
17. Destinar del Presupuesto de salud a la atención curativa el	45 %	38.00 %	7.00 %	84

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

% (+) Porcentaje que sobrepasa la meta.

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

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En la gráfica 2 se observa que tres indicadores de salud alcanzaron la meta al 100 %, ellos corresponden a la salud del niño 1) erradicación de la poliomielitis, 2) erradicación del tétano neonatal, éstas enfermedades para 1991 no se reportó ningún caso situación que satisface y se deduce que la niñez está completamente inmunizada contra éstas patologías y que las campañas de vacunación están cumpliendo su objetivo en éstas dos enfermedades inmunoprevenibles, 3) reducción de la mortalidad infantil, sobre la cual se deduce que los programas relacionados con la disminución de la morbilidad en niños menores de 5 años, están cumpliendo con su objetivo

Además otros 4 indicadores alcanzaron la meta al 100% y 1 sobrepasaron, entre ellos se encuentran: 1- La mortalidad por diarrea con un excedente del 9% éste indicador parece no reflejar la verdadera situación del departamento ya que éste ocupa el 3er lugar como causa de mortalidad general (15), y el segundo puesto en las enfermedades de notificación obligatoria del departamento, 2- la mortalidad en niños menores de 5 años fué otro indicador que alcanzó la meta y que obtuvo un excedente del 72% indicador que refleja una situación óptima en la salud de los niños menores de 5 años en éste departamento, pero en la realidad no es posible ya que San Marcos tiene la 3er tasa de mortalidad infantil y la 4ta en mortalidad en menores de 5 años (2) nivel nacional, lo anterior demuestra para los dos indicadores que existe un gran subregistro de datos, la validación del diagnóstico por personal no calificado, elaboración de tasas con una población no oficial o real del departamento, lo cual cambia significativamente los resultados, o que se planteen metas mínimas sin conocer las verdaderas tasas que se están presentando en el departamento lo cual no puede reflejar la verdadera situación de salud del departamento 3- alimentación complementaria fué el 3er indicador que sobrepasó la meta en un 35 %, pero al compararlo con los datos con los niños de bajo peso al nacer, estos no reflejan ninguna mejoría notoria o marcada, por lo que debe tenerse en cuenta el subregistro que existe para dicho programa por parte del personal no calificado quien es el encargado de clasificar la población que debe ser beneficiada con el programa, 4- por último se observa que el indicador que corresponde a de presupuesto para el área preventiva que sobrepasa en un 4%, éste dato pareciera no ser congruente con los datos del resto del país; los cuales reportan el mayor porcentaje para el área curativa por lo que se deduce que los datos de éste departamento fueron obtenidos de una fuente con datos no correctos.

Faltan aún 5 indicadores para que lleguen al 100 % de la meta planteada y entre ellos están dos indicadores que se encuentran muy distantes de la meta, ya que únicamente se ha logrado disminuir un 7 % en la mortalidad neonatal y un 19% en la cobertura de vacunación contra la tuberculosis. Respecto a las demás coberturas de vacunación también se encuentran muy bajas logrando cubrir la vacuna contra el Sarampión un 18%, la DPT un 27%, teniendo un mayor alcance la vacuna contra la Poliomielitis con el 36 %. Las bajas coberturas de éste programa repercuten en la población menor de 5 años, ya que se reportan morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, problemas que podrían solucionarse y eliminarse como está sucediendo con la Poliomielitis, si se aumentarían más las coberturas de vacunación, por lo que se deberían unificar esfuerzos para llevar este programa a la

ión que no tiene acceso a los servicios de salud.

tro indicador que no llegó a la meta fué el programa de lento y desarrollo con una cobertura del 40% (meta 100%), éste es los programas más importantes para que pueda difundirse a uno de los grupos más afectados en este caso al niño menor nos, concientizando a la madre en la importancia de la evaluación ica del niño.

o que respecta a la salud materna, de los 4 indicadores sólo tación Complementaria para embarazadas logró llegar a la meta del y la sobrepasó con un excedente del 35 % condición que favorece a re y al recién nacido reduciendo el porcentaje de niños de bajo l nacer, factor que es importante y fundamental para la salud del

os otros 3 indicadores aún no han llegado a la meta logrando un meta 75 %) de cobertura en control prenatal, el 30% (meta 80%) de ira en toxoide tetánico en embarazadas.

l otro indicador mortalidad materna se encuentra lejano de llegar eta porque le falta un 83 % para alcanzarla, y se explica porque casi duplica la meta propuesta, ésta situación se puede r a que las mujeres de edad fértil poseen en su mayoría bajo le instrucción, deficit nutricional global con predominio o, deficiencia de hierro, yodo y sumando todo esto a que la tención de cobertura hacia la mujer embarazada está dada por el no calificado en este caso las comadronas no adiestradas. Por rior se debe aprovechar la cobertura que se tiene en la ación complementaria a la embarazada para transmitir mensajes de rtancia que tiene el control prenatal y la administración del tetánico, a la vez debe darse apoyo al programa de ación familiar ya que se considera un factor importante para ir la mortalidad materna y la infantil. (15)

o de los factores para que se tenga éxito para alcanzar las ínimas de salud, es el presupuesto para la atención primaria en aunque actualmente no existe una partida específica para este se puede considerar que los puestos y centros de salud están o parte del área preventiva que es base fundamental de ésta gía, la realidad que presenta el indicador de presupuesto para a preventiva es satisfactorio ya que percibe un 59 % del esto sobrepasando en un 4 % la meta (55 %), esto hace posible los objetivos de la estrategia Atención Primaria en Salud.

X. CONCLUSIONES

1. La información sobre los indicadores de salud se encuentra registrada en diferentes instituciones, las que no se encuentran estandarizadas, con la información; por lo cual se obtuvieron diferentes datos de un mismo indicador.
2. Existe subregistro y sesgo en la información obtenida, porque no se ha actualizado el último censo poblacional que se realizó en 1980 por lo que actualmente se elaboran datos estadísticos con poblaciones estimadas, lo cual no puede reflejar la verdadera situación de salud del departamento.
3. El 18 % (3) de todos los indicadores alcanzaron el 100 % de la meta planteada y entre ellos encontramos: 1- reducción de la mortalidad infantil, 2- erradicación de la Poliomielitis, 3- erradicación de Tétanos neonatal, situación que favorece a la salud del niño menor de 5 años, esperando que este resultado sea realidad para el año 2000.
4. Otros indicadores que llegaron a la meta del 100% propuesta y que la sobrepasaron fueron 4 (24 %): 1- Mortalidad por enfermedad diarreica, 2- mortalidad en menores de 5 años, 3- Presupuesto a área preventiva, 4- Alimentación Complementaria para la mujer embarazada, interpretándose de dos formas; realmente se alcanzó la meta ó existe un marcado subregistro y falsificación de datos validación de diagnóstico por personal no calificado y podría reducirse que las metas alcanzadas no reflejan los verdaderos porcentajes de los indicadores de salud actual, lo que dificulta un buen análisis de todas las metas para el año 2000.
5. Entre los indicadores que no han alcanzado la meta se encuentran en el grupo materno-infantil, siendo 9 indicadores (53%); 3 del grupo materno: 1- mortalidad materna, 2- control prenatal, 3- administración de toxoide tétanico en la mujer embarazada; 6 pertenecen al grupo menor de cinco años y entre éstas se puede mencionar, la cobertura del PAI, control de crecimiento y desarrollo y la mortalidad neonatal.

XI. RECOMENDACIONES

- Que se involucre la plena participación de la comunidad en actividades de salud, ya que es el eje principal de la estructura de Atención Primaria en Salud.
- Que se utilicen las metas de salud propuestas por el Plan de Acción de Desarrollo Social, para la evaluación anual de los alcances obtenidos en el Área preventiva del departamento.
- Mejorar la calidad de los archivos donde se registra la información, tanto en la Unidad de Informática (D.G.S.S.) como en la Jefatura de Área del departamento con el fin de que se pueda utilizar correctamente, y obtenerse con facilidad.
- Capacitar e incrementar al personal que registra y archiva la información en salud, crear métodos confiables de canalización de la información, de manera que corresponda fidedignamente con la realidad, evitando la falsificación, se evite el subregistro.
- Concientizar al personal de salud sobre los problemas creados por el subregistro y/o la falsificación de datos supervisando debidamente a los mismos, y sancionar a quien se sorprenda alterando información.
- Que se utilice una boleta específica para la recopilación de los datos de todos los indicadores de salud en cada servicio de salud, para que ésta información sea siempre actualizada y accesible.
- Que se incrementen los esfuerzos para mejorar la atención y cobertura de los programas materno-infantil ya que en estos se observó muy bajas coberturas lo que repercute en la morbilidad y mortalidad de este grupo, lo anterior hará posible que se pueda alcanzar todas las metas para el año 2,000.

XIII. RESUMEN

El siguiente estudio fué realizado con el propósito de hacer análisis de los alcances obtenidos en las metas mínimas propuestas por el Gobierno de la República de Guatemala en el Plan de Acción Desarrollo Social basados en la Atención Primaria en Salud, para la estrategia "Salud para Todos en el Año 2,000".

Para su efecto se utilizó una boleta la cual permitió recopilación de la información por el investigador en las instituciones y bibliotecas consultadas durante el período de seis semanas.

Luego se procedió a tabular y a clasificar los datos según metas planteadas. Posteriormente se analizó y se realizaron cuadros los cuales se representa el porcentaje de las metas que se alcanzado al 100 %, y lo que falta por alcanzarlas, en algunas de el

Entre los indicadores que ya alcanzaron la meta al 100% encuentran: 1- Reducción de la mortalidad infantil, 2- Erradicación la Poliomieltis y 3- Erradicación del tétanos neonatal, constituyen el 18 % del total de todas las metas. Entre los indicadores llegaron a la meta del 100% y la sobrepasaron son 4 (24%) 1- Mortalidad por enfermedad diarreica, 2- Mortalidad en menores de 5 años 3- Presupuesto destinado al área preventiva y 4- Alimentación Complementaria a la mujer embarazada. Los indicadores que no alcanzado la meta se encuentran incluidos en el grupo materno-infant siendo 9 (53%); de los cuales tres corresponden al grupo materno y 6 al grupo de la niñez.

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 Aucedá, Carlos. Indicadores y cobertura de los servicios materno-infantil del M.S.P.A.S. por región y departamento. Guatemala, 1991. (pp. 133-149-164)
4. Groll, Francis. Diccionario Geográfico de Guatemala. Guatemala. 1981. Tomo III (pp. 407)
5. Jefatura de Area de Salud del Departamento. Plan operativo y memoria de labores del departamento, San Marcos 1991. San Marcos, 1991. (sp.)
6. Kroege, Axel. Atención Primaria en Salud. Principios y metodos, 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. 85 p (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. Departamento Materno-Infantil. 37 p (pp. 9-11)
9. Morales, Sully Argentina. Análisis y tendencias de la situación de salud de Guatemala. (Tesis médico y 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. 3-78, 13-43)
11. Organización Mundial de la Salud. Preparación de Indicadores Para vigilar los progresos realizados en el logro de salud para todos en el año 2000. Ginebra, 1988 99 p. (pp 3-10, 13-18, 39, 58-60)
12. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos. Ginebra, 1984. 66 p. (pp. 2-12)
13. Organización Panamericana para la Salud. Agua potable y Saneamiento Ambiental. Un camino hacia la salud. Guatemala, 1982 80 p. (pp. 1) (Publicación científica No. 431)
14. Organización Panamericana para la Salud. Análisis de la Situación del niño y la mujer. Guatemala, 1992. 12 p. (pp 1-4) (publicación científica y técnica No. 3)

15. Organización Panamericana para la Salud. Análisis de Salud por Regiones. Guatemala 1992. 145 p. (pp 17-21) (Publicación científica y técnica vol. 5)
16. Organización Panamericana para la Salud. Las condiciones de la salud de Las Américas. México, 1990. (pp 67-70) (Publicación científica No. 524)
17. Organización Panamericana para la Salud-Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el año 2000; Estrategias. Guatemala 1990. (pp 20-23)
18. SEGEPLAN. Plan de Acción de desarrollo social 1992 - 1996 1997-2000; Desarrollo Humano, Infancia y Juventud. Guatemala marzo, 1992. 27 p. (pp 1-11)
19. SEGEPLAN. Plan de Salud; lineamientos de Política y estrategia áreas programáticas. Guatemala noviembre 1986. 51 p. (pp 43-44)
20. Seminario Alma-Ata diez años después. Avances. Guatemala 1990 OPS/OMS, APOPEAM, MSPAS. 58 p. (pp 38-48)

XIV. A N E X O S

BOLETA PARA RECOLECCION DE DATOS

1. CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS

a. Monografía del departamento

- a.1. Superficie del área por km2: _____
- a.2. densidad de población: _____
- a.3. crecimiento vegetativo: _____
- a.4. población por grupo de edad: _____

2. ESTADISTICAS VITALES INDICES Y/O TASAS

a. Nacimientos: _____

- a.1. Tasa de natalidad: _____

b. Morbilidad:

- b.1. Inmunización (PAI): _____

- b.1.1. BCG: _____

- b.1.2. DPT: _____

- b.1.3. ANTIPOLIO: _____

- b.1.4. ANTISARAMPIONOSA: _____

- b.2. Cinco primeras causas de morbilidad de notificación obligator

- 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 5 años: _____

SANEAMIENTO AMBIENTAL

Porcentaje de población con agua potable:

a.1. Urbana: _____

a.2. Rural: _____

RECURSOS, ACTIVIDADES Y RENDIMIENTO DE SALUD PUBLICA

Políticas de salud.

Establecimientos de salud:

b.1. Centros de Salud: _____

b.2. Puestos de Salud: _____

Utilización de los servicios de salud:

c.1. Número de consultas brindadas por programa:

c.1.1. Consulta general: _____

c.1.2. Consulta pediátrica: _____

c.1.3. Consulta materna: _____

c.1.4. Crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años: _____

Medicamentos esenciales:

Asignación de recursos.

e.1. Presupuesto para el área preventiva:

e.1.1. Centros de Salud: _____

e.1.2. Puestos de Salud: _____

e.2. Presupuesto para el área curativa:

e.2.1. Hospital Departamental: _____

INDICADORES SOCIO-ECONOMICOS

Educación:

a.1. Analfabetismo: _____

Nutrición:

b.1. Alimentación complementaria en mujeres embarazadas: _____

Producto nacional bruto: _____



DESCRIPCION DE LOS 18 INDICADORES DE SALUD

INDICADORES	AÑO 2000 META	AÑO 1991
1 Mortalidad infantil: _____	34 por mil _____	_____
2 Mortalidad 5 años: _____	66 por mil _____	_____
3 Mortalidad neonatal: _____	13 por mil _____	_____
4 Mortalidad SPA 5 años: _____	disminuir al 15 % _____	_____
5 Incidencia IPA 5 años: _____	disminuir al 33 % _____	_____
6 Tétanos neonatal: _____	Eradicación _____	_____
7 Poliomielítis: _____	Eradicación _____	_____
8 Vacunación 5 años PCG: _____	Cobertura del 100 % _____	_____
9 Vacunación 5 años DPT: _____	Cobertura del 100 % _____	_____
10 Vacunación 5 años Polio: _____	Cobertura del 100 % _____	_____
11 Vacunación 5 años Sarampión: _____	Cobertura del 100 % _____	_____
12 Control de crecimiento y desarrollo 0-5 años: _____	Alcanzar el 100 % _____	_____
13 Mortalidad materna: _____	6 por mil nacidos _____	_____
14 Control prenatal: _____	alcanzar el 75 % _____	_____
15 Toxide tetánico en mujeres embarazadas: _____	Al el 80 % _____	_____
16 Alimentación complementaria a mujeres embarazadas: _____	Cobertura al 50 % _____	_____
17 Presupuesto preventivo: _____	55 % _____	_____
18 Presupuesto curativo: _____	45 % _____	_____

