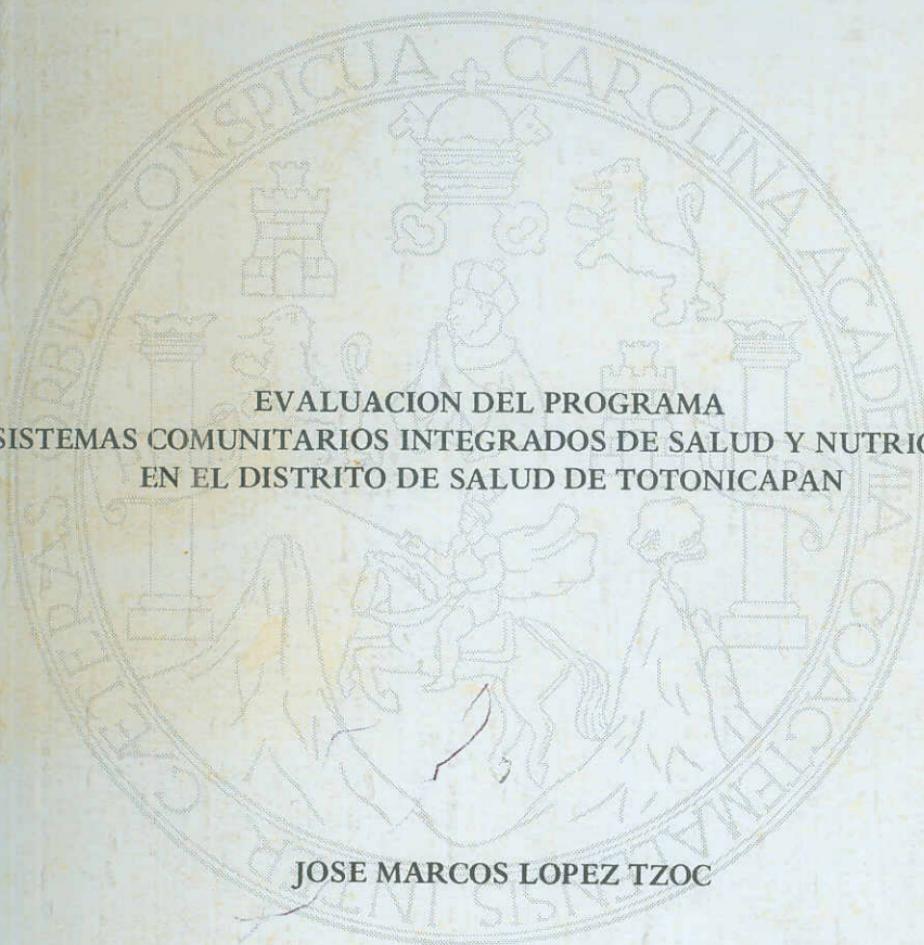


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



INDICE

CONTENIDO

PAGINA

INTRODUCCION	1
DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACION	5
OBJETIVOS	7
REVISION BIBLIOGRAFICA.....	9
Evaluación del impacto de los programas de salud y nutrición	9
Información del Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición	12.
MATERIALES Y METODOS	33
Determinación de la población y manera de estu- diarla	33
Determinación de variables	33
Instrumentos de medición	42
RESULTADOS	45
Datos monográficos del Municipio de Totonicapán	45

	<u>PAGINA</u>
Criterios e información de las coberturas determinadas por los Indicadores de la Prestación de Atención de Salud	61
Información determinada por los Indicadores del Estado de Salud	69
ANÁLISIS, discusión e interpretación de resultados	81
 CONCLUSIONES	 93
 RECOMENDACIONES	 97
 RESUMEN	 101
 REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	 105

INTRODUCCION

El Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición, surgió por iniciativa del Señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social que fungió para el período presidencial 1,978 - 1,982. Comprende actividades destinadas a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en diversas comunidades rurales de las Áreas de Salud de San Marcos, Sololá y Totonicapán.

En el presente trabajo, se efectuó una evaluación de dicho programa, tomando como muestra el Distrito de Salud de la Cabeza Departamental de Totonicapán, donde se determinaron aspectos generales sobre la organización, planificación, implementación, ejecución y/o desarrollo y efectos y/o impacto del mismo programa.

La evaluación se efectuó en base a la consulta de registros y archivos, donde se determinaron dos categorías de indicadores - Indicadores de la Política Sanitaria e Indicadores de la Prestación de Atención de Salud -, los cuales tuvieron como fuente de información los Registros de Sucesos Demográficos, Censo de Población y Vivienda y los Registros Ordinarios de Salud, utilizando datos correspondientes al Municipio de Totonicapán.

Se determinó también el impacto logrado por el programa en mención en las comunidades rurales donde se ha implementado por medio del estudio de diferentes Indicadores del Estado de Salud a través del seguimiento por diez años (1,974 - 1,983), en el cual se tomaron en cuenta únicamente los datos correspondientes a las comunidades donde se ha implementado el programa en el Distrito de Salud de Totonicapán.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

En el Continente de América, son pocos los países que han formulado políticas y planes nacionales de salud y nutrición amplios y adecuados; y sorprende aún más lo poco que se sabe de los diversos impactos de estos servicios sobre los beneficiarios del programa, debido a un deficiente sistema de información y evaluación. (2)

En 1,981 se inició en Guatemala el Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición, el cual incluye actividades relacionadas a Atención Primaria de Salud (prestación de consultas), Saneamiento Ambiental, Vigilancia y Control de Enfermedades, Educación en Salud, Capacitación de Personal (institucional y comunitario) y sus respectivos Sistemas de Apoyo (Información; Suministros; Mantenimiento y Recuperación de la Capacidad Instalada; Supervisión y Evaluación), para beneficiar a los habitantes de diversas comunidades de las Areas de Salud de San Marcos, Sololá y Totonicapán. (3), (4), (5)

El presente estudio se realizó para determinar diferentes aspectos del mismo programa en el Municipio de Totonicapán, por medio del análisis de tres categorías de indicadores:

INDICADORES DE LA POLITICA SANITARIA: Se utilizaron para determinar aspectos relacionados a la organización, planificación e implementación del mismo programa.

INDICADORES DE LA PRESTACION DE ATENCION DE SALUD:

Donde se determinaron aspectos relacionados a la ejecución y/o desarrollo del programa por medio del cálculo de diferentes coberturas alcanzadas en la prestación de servicios en relación al número programado y a la población total de cada grupo etáreo

durante el año 1,983 en el Distrito de Salud de Totonicapán.

INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD: Se utilizaron para determinar aspectos relacionados a los efectos y/o impacto del programa en las comunidades implementadas por medio del seguimiento y análisis de diferentes tasas por 10 años continuos (1,974-1,983) y por medio del análisis de las estructuras de la morbilidad y mortalidad en el Municipio de Totonicapán según los registros correspondientes al año 1,983.

JUSTIFICACION

La evaluación del Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición se justifica por los siguientes aspectos:

- A- Todo programa debe ser evaluado .
- B- Es necesario determinar el impacto que ha tenido el programa en la comunidad, ya que para poner en marcha el mismo, fue necesario que el Gobierno de Guatemala efectuara un préstamo a la Agencia para el Desarrollo Internacional (A.I.D.), por lo tanto:
 1. Es necesario evaluar si el programa ha sido implementado de acuerdo a su planificación .
 2. Para contribuir en parte con las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a determinar los resultados que se obtienen con la introducción de programas de este tipo, así como el desarrollo de sus actividades y tomarlas como experiencia para futuros programas .

OBJETIVOS

A- GENERAL:

1. Realizar una evaluación del Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición, a través de sus actividades que se desarrollan en distintas comunidades del Municipio de Totonicapán, que permita hacer una propuesta para mejorar las actividades que se llevan a cabo.

B- ESPECÍFICOS:

1. Evaluar el proceso de implementación y desarrollo - del Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición en las distintas comunidades implementadas en el Municipio de Totonicapán.
2. Evaluar el impacto logrado por el Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición a nivel de la comunidad rural.
3. En base a los resultados de la evaluación, recomendar los ajustes necesarios para las actividades futuras que comprende el Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición u otros que se desarrolleen en el futuro.

REVISION BIBLIOGRAFICA

EVALUACION DEL IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD Y NUTRICION

DEFINICION:

Evaluación significa ATRIBUIR VALOR A ALGO, y forma parte del proceso de generar información sobre las operaciones y el impacto de la aplicación de programas o políticas, sirve pues para determinar la medida en que los programas están satisfaciendo las necesidades para las que fueron creados. Supone un espíritu capaz de ejercer una crítica constructiva para sacar conclusiones bien fundadas y hacer útiles propuestas de acción futura. (2), (6).

OBJETO DE LA EVALUACION:

El objeto de la evaluación es mejorar los programas de salud y los servicios que han de ejecutarlos y orientar la distribución de los recursos entre los programas y los servicios actuales y futuros. Es esencial que se le conciba como instrumento para la adopción de decisiones. (6)

LUGAR QUE OCUPA LA EVALUACION EN EL DESARROLLO DE LA SALUD:

La evaluación de los programas de salud es parte integrante de un proceso amplio de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Debe ser un proceso permanente, válido y sensible encaminado a orientar la pertinencia, la eficiencia y eficacia de las actividades de salud. (2), (6).

TIPOS DE EVALUACION:

Se conocen varios tipos, pero todos convergen en dos grupos:

- A - **FORMATIVAS:** Se conocen como evaluaciones de proceso y tienen como objeto retroalimentar al personal de un programa acerca de las funciones que le competen a manera de mejorar el contenido, ejecución o gestión del programa.
- B - **ACUMULATIVAS:** Se conocen como evaluaciones de impacto y proporcionan información acerca de la influencia que ha ejercido un programa en una población dada. Es importante porque se utiliza para tomar decisiones acerca de la marcha futura del programa. (2)

COMPONENTES DEL PROCESO DE EVALUACION:

El proceso de evaluación debe aplicarse de manera flexible y conviene adaptarlo a las circunstancias en las que debe emplearse, consta de los siguientes componentes:

- A - Especificación del tema de evaluación.
 - B - Obtención de la información necesaria.
 - C - Verificación de la pertinencia.
 - D - Evaluación de la suficiencia.
 - E - Examen de progresos.
 - F - Evaluación de la eficiencia.
 - G - Evaluación de la eficacia.
 - H - Evaluación de los efectos.
 - I - Conclusiones y formulación de propuestas de acción futura.
- Los dos primeros componentes forman parte de los demás, la frecuencia con que pueden aplicarse los distintos componen-

tes es variable. (6).

MEDIOS AUXILIARES DE LA EVALUACION:

Durante todo el proceso de evaluación se emplean como medios auxiliares cierto número de variables conocidas como INDICADORES, los cuales pueden aportar datos cuantitativos o cualitativos, en el último caso reciben el nombre de CRITERIOS. (6), (9).

Los indicadores son un índice o reflejo de una situación de terminada y en las normas de la OMS, los definen como "VARIABLES QUE SIRVEN PARA MEDIR CAMBIOS". Los indicadores ideales deberían reunir ciertas características esenciales como validez, objetividad, sensibilidad y especificidad. (6), (7), (8).

Los indicadores para la evaluación de programas de salud, están agrupados en cuatro grandes categorías:

1. Indicadores de Política Sanitaria.
2. Indicadores Sociales y Económicos Relacionados con la Salud.
3. Indicadores de la Prestación de Atención de Salud.
4. Indicadores del Estado de Salud. (6), (7).

Las principales fuentes de información para los distintos indicadores pueden clasificarse de la siguiente manera:

- A - Registro de Sucesos Demográficos.
- B - Censos de Población y Vivienda.
- C - Registros Ordinarios de Salud.
- D - Datos de Vigilancia Epidemiológica.
- E - Encuestas por Muestreo.
- F - Registros de Enfermedades.

G- Otras fuentes de datos (incluidos los datos procedentes de sectores distintos al de la salud). (6), (7), (8).

PROGRAMA SISTEMAS COMUNITARIOS INTEGRADOS DE SALUD Y NUTRICIÓN

ANTECEDENTES DEL PROYECTO:

Este proyecto surgió por iniciativa del Señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, siendo su preocupación realizar los objetivos del Plan Nacional de Salud para el período presidencial 1,978 - 1,982.

Para este propósito solicitó la cooperación de AID, tanto en el aspecto financiero como en la asesoría técnica necesaria. Las conclusiones de esta organización determinaron que de acuerdo con las circunstancias y los recursos disponibles, debería desarrollarse un proyecto para la extensión de la cobertura de los servicios de salud en un área rural que podría incluir a los Departamentos de Totonicapán, Sololá y San Marcos.

Se asignó a la Dirección General de Servicios de Salud como unidad técnica para el desarrollo del anteproyecto con las distintas divisiones de salud para enmarcarlo dentro del Plan Nacional de Salud en sus políticas, áreas programáticas y programas. (5).

OBJETIVO GENERAL DE TODO EL PROYECTO:

Extender la cobertura de los servicios de salud en forma integral en tres de los Departamentos del Altiplano de Guatemala, reforzando las acciones enmarcadas en el Plan Nacional de Sa-

lud que se están desarrollando en todo el país, en el 30% de las comunidades del tramo de 100 a 1,500 habitantes durante los cinco años del proyecto. (3), (5).

AREA OBJETIVO:

El Ministerio ha seleccionado los Departamentos de Totonicapán, San Marcos y Sololá como el área para el proyecto. Estos Departamentos son predominantemente rurales, la mayoría de su población vive en aldeas menores de 2,000 habitantes y prevalecen los grupos de raza indígena. Su población total es alrededor de 700,000 habitantes.

Estimada al año 1,980, la prestación de los servicios está basada en el concepto de grupo. Como tal se entiende a las comunidades que comparten un mismo Puesto de Salud, con culturas y lenguas análogas y con vínculos económicos similares. Serán identificadas 50 agrupaciones de aproximadamente 8 comunidades cada una. Un estudio sobre el área, propondrá criterios específicos para seleccionar a los grupos de comunidades con una población de 100 a 1,500 habitantes, también proporcionará datos sobre el número, ubicación, tamaños de la población e integración funcional de las pequeñas comunidades, así como características culturales y disponibilidad de recursos como instalaciones de salud, personal y programas actuales. (1), (3), (5).

CRITERIOS PARA LA SELECCION DE COMUNIDADES:

Estos criterios se estructuraron tomando en cuenta el alto riesgo de las comunidades en base a sus recursos geográficos y condición de salud, se mencionan a continuación:

- A- Situación de salud con mayor deterioro.
- B- Que el personal de salud del Distrito esté completo.

- C - Poblaciones menores de 2,000 habitantes.
- D - Comunidades accesibles.
- E - Comunidades cuyas autoridades manifiesten interés y no presenten conflicto para la ejecución de las actividades del programa.
- F - Poblaciones de fincas donde se establezca coordinación.
- G - Comunidades con bajo índice de migración.
- H - Comunidades donde no brinden servicios otras instituciones de salud.
- I - Comunidades que tengan fuentes de agua accesibles y adecuadas (distancia y calidad) y que hayan manifestado su interés en la introducción del programa. (4)

Las comunidades seleccionadas en el Municipio de Totonicapán para ser implementadas por el Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición son las siguientes: 1- Cojxac; 2- Poxlajuj; 3- Chiyax; 4- Xolsacmaljá; 5- Chuixchimal; 6- Nimasac; 7- Chipuac; 8- Vásquez; 9- Chuicruz; 10- Chuisuc; 11- Patzarájmac; 12- Chuanoj; 13- Chuixtocá; 14- Paxtocá; 15- Chuatroc; 16- Barraneché; 17- La Esperanza; 18- Concordia (ver localizaciones en el mapa).

PERSONAL QUE TIENE A SU CARGO EL PROGRAMA:

A- PERSONAL DEL DISTRITO DE SALUD DE TOTONICAPÁN:

La presente lista no incluye al personal del Hospital Nacional de la localidad, ya que es considerado como el centro de referencia para toda el Área de Salud del Departamento de Totonicapán, por lo que se considera que no es específico para el Distrito de Salud escogido para el estudio. El personal que se mencionará está bajo la supervisión del Médico Jefe de Área de Salud de Totonicapán:

INSTRUMENTO	NUMERO	HORAS CONTRATADAS POR AÑO
Licenciada en Nutrición (+)	1	2,000
Auxiliar en Nutrición (+)	1	2,000
Enfermera Graduada (+)	1	2,000
Técnico en Adiestramiento (+)	1	2,000
Médico Jefe de Distrito	1	2,000
Médico E.P.S.	1	2,000
Odontólogo	1	500
Trabajadora Social	1	2,000
Auxiliares de Enfermería	10	20,000
Inspectores de Saneamiento Ambiental	2	4,000
Técnicos en Salud Rural	5	10,000
Piloto	1	2,000
Oficinista	1	2,000
Niñera	1	2,000
Cocinera	1	2,000
Conserje	1	2,000
Enfermera Graduada	1	2,000

(+) Es personal que labora para toda el Área de Salud de Totonicapán y cumplen con funciones de asesoría, programación y/o planificación, evaluación y control.

B- PERSONAL DEL COMPLEJO REGIONAL:

Jefe administrativo	1	Ayudantes de supervisión	10
Asistente administrativo	1	Oficinista	11
Ayudante de administración	1	Ingeniero Regional del complejo	1
Aux. del Ing. del complejo	1	Dibujantes de Ingeniería	2
Topógrafo	1	Técnico en Electricidad	1
Mecánico de Mantenimiento	1	Técnicos en Mantenimiento	3
Pilotos de vehículos	3	Cadeneros	2
Albañiles de primera	5	Albañiles de segunda	51
Carpinteros	2	Enc. del Taller de Letrinas	1
Encargado de bodega	3	Ayudantes de bodega	8
Peones de bodega	7	Ayudantes de vehículos	1
Conserjes	2	Guardianes	6

COMPONENTES DEL PROGRAMA SISTEMAS COMUNITARIOS INTEGRADOS DE SALUD Y NUTRICIÓN: (+)

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE CADA COMPONENTE:

1. ATENCION PRIMARIA DE SALUD. +

1.1. ATENCION MATERNO-INFANTIL.

1.1.1. OBJETIVO:

- Reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad pediátrica y materna.

1.1.2. ACTIVIDADES:

- Consulta a: Menores de 1 año.
Niños de 1 año a menores de 2 años.
Niños de 2 años a menores de 7 años.
Niños de 7 años a menores de 14 años.

- Atención a: Embarazadas (control prenatal).
Partos.
Puerperio.

- Orientación familiar.

(+) Consultar referencias: (3), (4), (5).

- + Por razones de presentación se ha designado como ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD a una serie de actividades relacionadas con la atención de consultas en todos los grupos etáreos, inmunizaciones, nutrición y rehidratación oral.

- Atención domiciliar.
- Referencia de puesto.
- Bienestar familiar y paternidad responsable.

1.2. ATENCION GENERAL.

1.2.1. OBJETIVO:

- Proporcionar atención general a las enfermedades más comunes.

1.2.2. ACTIVIDADES:

- Extensión de cobertura a grupos desprotegidos y de difícil acceso, incorporando personal comunitario.

- Atención ambulatoria.

- Consulta a: Hombres de 14 años y más.

Mujeres de 50 años y más.

Morbilidad general de mujeres de 14 años a menores de 50 años.

- Tratamiento ambulatorio supervisado de casos de tuberculosis.

- Visitas domiciliares de alto riesgo.

- Atención domiciliar.

- Referencia de puesto.

1.3. INMUNIZACIONES

1.3.1. OBJETIVOS:

- Reducir las muertes y casos de enfermedad prevenible por inmunización como sarampión, tos ferina, poliomielitis, tétanos, difteria y tuberculosis.
- Elevar los niveles inmunitarios de la población infantil que disminuyan la incidencia y eviten epidemias por enfermedades preventibles por vacunación.

1.3.2. ACTIVIDADES:

- Incorporar el Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I.) como actividad permanente en la inmunización, de acuerdo a las siguientes etapas:

* + PRIMERA ETAPA: 1,981 - 1,982

- + Vacunar al 50% de niños menores de 5 años (67,414 en las 3 Areas) con DPT, Antipolio, BCG, Antisarampión.

- + Vacunar al 100% de niños escolares (194,249 en las 3 Areas) con BCG.

- + Vacunar al 100% de embarazadas (43,899 en las 3 Areas) - con toxina antitetánica.

* + SEGUNDA ETAPA: 1,983 - 1,984.

- + Vacunar al 100% de niños menores de 1 año (42,323 en las 3 Areas) con DPT, Antipolio, BCG, Antisarampión.

- + Vacunar al 50% de niños escolares (103,928 en las 3 Areas) con BCG.
- + Vacunar al 50% de embarazadas (23,513 en las 3 Areas) - con toxina antitetánica.
- Establecimiento y mantenimiento de la cadena de frío.
- Evaluación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I.).

1.4. NUTRICION .

1.4.1. OBJETIVO:

- Dar atención integral con tecnología apropiada al niño desnutrido, mujeres embarazadas, madres lactantes y puérperas y a su grupo familiar, utilizando personal voluntario de la comunidad.

1.4.2. ACTIVIDADES:

- Evaluación del estado nutricional de la comunidad identificando mujeres embarazadas, madres lactantes, puérperas, neonatos, lactantes, pre-escolares y escolares. La captación y detección de los grupos de alto riesgo se realizará a través de dos niveles, cada uno con sus indicadores específicos:

* + NIVEL INSTITUCIONAL:

- + Peso/talla.
- + Peso/edad.
- + Talla/edad.
- + Perímetro braquial de la embarazada.
- + Perímetro braquial del pre-escolar y escolar.

- + Perímetro braquial del recién-nacido.
- + Hématocrito.
- + Hemoglobina.
- + Signos clínicos de hipovitaminosis "A".
- + Signos clínicos de anemia nutricional .
- + Signos clínicos de bocio.
- * + NIVEL COMUNITARIO:
- + Perímetro braquial del recién-nacido.
- + Perímetro braquial del pre-escolar .
- + Perímetro braquial de la embarazada .
- + Signos clínicos de anemia.
- Evaluación de la disponibilidad de alimentos y hábitos alimenticios.
- * + Implementación de sistemas de información sobre producción y mercadeo de alimentos que condicionen la disponibilidad de los mismos .
- * + Anamnesis alimentaria.
- * + Estudios sobre creencias y hábitos alimenticios.
- Educación en nutrición.
- * + Capacitación a personal institucional y comunitario .
- Complementación alimentaria con productos nacionales.
- Atención integral del pre-escolar desnutrido en Puestos y Centros de Salud .

- Suplementación con hematínicos.
- Coordinación extrasectorial.
- Referencia de casos de alto riesgo a los servicios de salud para su atención.

1.5. REHIDRATACION ORAL.

1.5.1. OBJETIVOS:

- Promoción, distribución y uso de sales de rehidratación oral, de acuerdo a la fórmula de la OMS para un litro de agua.
- Evitar muertes por DHE, proporcionando rehidratación oral temprana en el hogar y refiriendo casos graves oportunamente para tratamiento especializado.

1.5.2. ACTIVIDADES:

- Proporcionar sobres de sales de rehidratación oral a Promotores Rurales de Salud, y éstos a su vez a las familias a su cargo.
- Detección, tratamiento y referencia de niños menores de 5 años con diarrea.
- Inicio de rehidratación oral temprana en los hogares.
- Divulgación de contenidos educacionales para la prevención y tratamiento de la diarrea.

2. SANEAMIENTO AMBIENTAL

2.1. OBJETIVOS:

- Proporcionar saneamiento básico rural a las poblaciones involucradas.
- Construir para las 3 Áreas del proyecto:
 - + 114 acueductos por el sistema de llaves públicas.
 - + 7,000 letrinas para beneficiar a 42,000 habitantes.
 - + Efectuar mejoras en 1,000 viviendas para beneficiar a 6,000 habitantes.

2.2. ACTIVIDADES:

2.2.1. AGUA.

- Ejecución de nuevos acueductos.
- Mejoramiento de los sistemas existentes.
- Instalación de llenacántaros y lavaderos públicos.
- Mejoramiento de los pozos existentes.
- Construcción de pozos sanitarios.
- Mejoramiento de las captaciones de aguas superficiales por sistemas de drenajes u otra solución.

2.2.2. EXCRETAS.

- Establecimiento de talleres de letrinas.
- Instalación de letrinas en viviendas, escuelas, Puestos y Centros de Salud y otras instituciones.
- Investigación de otros sistemas de disposición de excretas y su utilización para la producción de energía.

2.2.3. VIVIENDA:

- Mejoramiento de aspectos fundamentales con criterio de demolición en pisos, muros, techos, cocinas, apertura de ventanas, división de dormitorios.
- Limpieza de la vivienda y peridomicilio y disposición de desechos.

3. VIGILANCIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES.

3.1. OBJETIVOS:

- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades.
- Dotar de recursos necesarios para la detección, registro y procesamiento de la información.
- Proporcionar recursos para la investigación y tratamiento de brotes.
- Creación y/o reforzamiento de laboratorios.

3.2. ACTIVIDADES:

- Identificación de grupos de alto riesgo.
- Identificación de fuentes de información.
- Recolección y evaluación de los datos necesarios para la toma de decisiones.
- Distribución de la información a los responsables de acción y control.
- Referencia y diagnóstico de muestras en los distintos niveles de acción.

4. EDUCACION EN SALUD.

4.1. OBJETIVO:

- Apoyar a los demás componentes del proyecto, incorporando elementos educativos y de información.

4.2. ACTIVIDADES:

4.2.1. EVALUACION.

- Obtener un diagnóstico que permita diseñar programas realistas.
- Proveer conocimientos a la comunidad sobre lo que sabe y reafirma y los recursos que posee.

4.2.2. INFORMACION

- Acciones necesarias para mantener una información de doble vía relativa a formas de asistencia a grupos susceptibles utilizando como medios: Volantes, periódico mural, cartas o notas.

4.2.3. CAPACITACION

- Entrega de conocimientos de manera sistemática y directa al alcance de extensionistas, a través de charlas, laboratorios, enfatizando en la dinámica de grupos, talleres, seminarios, etc.

4.2.4. PROMOCION .

- Actividades que mantengan motivada a la población.
- Se considerará la presencia de lenguas vernáculas, mensajes cortos y sencillos para transmitir el contenido de educación en salud.
- Se utilizarán elementos multiplicadores como Promotores Rurales de Salud, Comadronas Tradicionales Adiestradas y agentes extensionistas especialmente preparados.

5. CAPACITACION DE PERSONAL .

5.1. OBJETIVOS:

- Contribuir a la capacitación del personal institucional.
- Promover la formación y capacitación del personal voluntario de la comunidad .

- Incorporar tecnologías apropiadas para lograr una mejor difusión y penetración de los conocimientos básicos de salud.

5.2. ACTIVIDADES:

- Capacitar al 100% del personal de los diferentes niveles en aspectos de evaluación y supervisión de programas de salud.
- Formar en las 3 Areas 1,500 Promotores Rurales de Salud y readiestralos con educación continua.
- Capacitar en las 3 Areas 945 comadronas y readiestralas al igual que a 781 comadronas que ya laboran con educación continua.

6. SISTEMAS DE APOYO .

6.1. INFORMACION .

6.1.1. OBJETIVO:

- Obtener información adecuada para apoyar las actividades de los distintos componentes del proyecto a través del proceso de planificación y programación con énfasis en:

* + Diagnóstico .

* + Programación de actividades .

* + Ejecución de actividades .

* + Control y supervisión .

* + Evaluación .

6.1.2. ACTIVIDADES:

- Identificación de fuentes de información.
- Adiestramiento en recolección de datos.
- Procesamiento de datos.
- Distribución de la información a niveles ejecutivos.
- Reforzamiento del nivel central, especialmente del Departamento de Estadística.

6.2. SISTEMA DE SUMINISTROS.

6.2.1. OBJETIVOS:

- Sistematizar el suministro en forma oportuna, continua y eficiente.
- Mejorar los recursos de distribución y almacenamiento de suministros.
- Definir tipo y cantidad de suministros necesarios para el desarrollo de las actividades de los componentes del proyecto.
- Reforzar el presupuesto.

6.2.2. ACTIVIDADES:

- Definir los medicamentos imprescindibles para Puestos y Centros de Salud, mediante encuestas.
- Determinar las categorías de Puestos y Centros de Salud "B"

de acuerdo a coberturas y metas alcanzadas para la provisión de suministros.

- Desarrollar una red de distribución de suministros en forma eficiente.
- Desarrollar planes y especificaciones de la Bodega Regional.
- Construcción de la Bodega Regional .
- Implementación de vehículos y personal al programa de suministros .

6.3. SISTEMAS DE MANTENIMIENTO Y RECUPERACION DE LA CAPACIDAD INSTALADA .

6.3.1. OBJETIVOS:

- Proveer mantenimiento a todos los equipos e instalaciones de los actuales y futuros Puestos y Centros de Salud .
- Preparar y proveer técnicos y obreros calificados para el mantenimiento de equipos e instalaciones y edificios .
- Establecer un taller regional .

6.3.2. ACTIVIDADES:

- Creación del Departamento Nacional de Mantenimiento (inicio).
- Desarrollo de planes y especificaciones del taller regional .
- Construcción del taller y bodegas .

- Equipamiento del taller, compra de equipo, herramientas y repuestos.
- Desarrollo de materiales de adiestramiento.
- Realizar los presupuestos finales de operación del taller.
- Reclutamiento y adiestramiento de personal.
- Preparación de rutinas de mantenimiento.
- Presentación del taller y sus servicios a los equipos de Área.
- Actividad del taller regional.
- Prestación de servicios a Puestos y Centros de Salud.
- Afinación de los sistemas de información, compra y evaluación.

6.4. SISTEMAS DE SUPERVISION.

6.4.1. OBJETIVOS:

- Dotación de personal que participe en funciones de asesoría, adiestramiento y evaluación.
- Dotación de recursos humanos, económicos y vehículos para la actividad de supervisión.
- Adiestramiento al personal aplicativo sobre aspectos de supervisión.

6.4.2. ACTIVIDADES:

- Asistencia del nivel central a equipos de Área de Salud para dar asesoría sobre aspectos técnico-administrativos.
- Asistencia de equipos de Área de Salud a equipos de Distrito de Salud sobre aspectos técnico-administrativos.
- Elaboración de formularios de supervisión y evaluación.
- Adiestramiento del personal que conforma los grupos de asesoría para que tomen mayor iniciativa y participación en el proceso enseñanza - aprendizaje.

ORGANIZACION FUNCIONAL DEL PROYECTO:

Se considera que el proyecto debe quedar involucrado dentro del marco legal, administrativo y programático del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y su estructura responderá a los mismos niveles de organización y responsabilidad. Se consideran los siguientes niveles para su organización funcional:

- A - Conducción .
- B - Nivel Superior de Decisión .
- C - Unidad Ejecutivo-Contable del Proyecto .
- D - Nivel Intermedio Técnico-Administrativo .
- E - Nivel Local Aplicativo .
- F - Líneas de Conducción y Referencia . (3), (5) .

MATERIALES Y METODOS

1. DETERMINACION DE LA POBLACION Y MANERA DE ESTUDIARLA:

El Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición se ha implementado en varias comunidades rurales de los Departamentos de San Marcos, Sololá y Totonicapán.

En el presente trabajo se realizó una evaluación del mismo programa, donde se tomó como muestra el Distrito de Salud de la Cabecera Departamental de Totonicapán.

El estudio se efectuó en base a la consulta de archivos y registros.

2. DETERMINACION DE VARIABLES:

Para el análisis del Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición, se consideraron tres categorías de indicadores:

- 2.1. Indicadores de Política Sanitaria.
- 2.2. Indicadores de la Prestación de Atención de Salud.
- 2.3. Indicadores del Estado de Salud.

INDICADORES DE POLITICA SANITARIA

1. DECLARACION DEL COMPROMISO DE ALTO NIVEL:

- Se determinó el compromiso de las más altas autoridades para la ejecución del proyecto.

- Se determinó si el proyecto se encuentra comprendido en alguna declaración constitucional que asiste al ciudadano con respecto a su salud.

2. ASIGNACION DE RECURSOS FINANCIEROS:

- Se determinó la cantidad de recursos financieros que se han asignado para el desarrollo del proyecto.
- Se determinó la proporción del total de recursos asignados que se han destinado para la Atención Primaria de Salud.

3. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD PARA EL LOGRO DEL PROGRAMA:

- Se determinó si existen agrupaciones a nivel de la comunidad encargadas de hacer conocer las necesidades y exigencias de la misma, haciendo énfasis en aspectos de salud.

4. ESTRUCTURA ORGANICA Y PROCESO DE GESTION:

- Se determinaron los distintos escalones orgánicos y los servicios del proyecto.
- Se determinó si participan los grupos profesionales, las Facultades de Medicina, las Escuelas de Enfermería y otras en funciones de investigación y servicio en el desarrollo del proyecto.
- Se determinó si existen indicadores de vigilancia y evaluación del proyecto.

5. COMPROMISO POLITICO INTERNACIONAL:

- Se determinó si existen entidades internacionales para apoyo - del proyecto.

INDICADORES DE LA PRESTACION DE ATENCION DE SALUD

1. ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

1.1. ATENCION MATERNO - INFANTIL

1.1.1. GRUPO INFANTIL, PRE - ESCOLAR Y ESCOLAR:

- Proporción de niños menores de 1 año inscritos en el programa en relación al total de población de la misma edad.
- Proporción de niños de 1 año a menores de 2 años inscritos en el programa en relación a la población de la misma edad.
- Proporción de niños de 2 años a menores de 7 años inscritos en el programa en relación a la población de la misma edad.
- Proporción de niños de 7 años a menores de 14 años inscritos en el programa en relación a la población de la misma edad.
- Concentración de consultas en cada grupo de edad.

1.1.2. GRUPO MATERNO:

- Proporción de embarazadas en control en relación al total de embarazadas esperadas .

- Concentración de consultas en embarazadas .
- Proporción de partos ocurridos en relación al número esperado.
- Proporción de partos atendidos por comadronas adiestradas por el programa en relación al total de partos ocurridos.
- Proporción de puérperas en control en relación al total de partos ocurridos .
- Concentración de consultas en puérperas .

1.1.3. PLANIFICACION FAMILIAR :

- Proporción de parejas inscritas en planificación familiar en relación al número de mujeres en edad fértil .

1.1.4. PERSONAL DE SALUD:

- Proporción de población cubierta (atendida) por Médico en relación a la población total .
- Proporción de población cubierta (atendida) por Enfermera en relación a la población total .
- Proporción de población cubierta (atendida) por Auxiliar de Enfermería en relación a la población total .
- Proporción de población cubierta por Técnico en Salud Rural en relación a la población total .
- Proporción de población cubierta por Comadrona Tradicional Adiestrada en relación a la población total .

- Proporción de población cubierta por Promotor Rural de Salud en relación a la población total .

1.2. ATENCION GENERAL:

- Proporción de varones de 14 años y más y mujeres de 50 años y más en contacto con los servicios del programa en relación a la población de la misma edad .
- Proporción de casos de tuberculosis en tratamiento en relación al número de casos detectados .
- Concentración de consultas en personas de este grupo de edad .

1.3. INMUNIZACIONES .

- Proporción de niños menores de 5 años vacunados con DPT, Antipolio, BCG y Antisarampión en relación al total de población de la misma edad .
- Proporción de niños menores de 5 años vacunados con DPT, Antipolio, BCG y Antisarampión en relación al número que se deseaba vacunar .
- Proporción de niños de 5 años a menores de 14 años vacunados con BCG en relación a la población de la misma edad .
- Proporción de niños de 5 años a menores de 14 años vacunados con BCG en relación al número que se deseaba vacunar .
- Proporción de embarazadas vacunadas con antitoxina tetánica en relación al total de embarazos esperados .

1.4. NUTRICION.

- Proporción de desnutridos detectados en relación a la población total .
- Proporción de desnutridos en tratamiento en relación al total de desnutridos detectados .
- Proporción de raciones de alimentos entregados en relación al total de raciones recibidas .
- Proporción de desnutridos referidos para tratamiento hospitalario en relación al total de desnutridos detectados .

1.5. REHIDRATACION ORAL.

- Proporción de sobres entregados en relación al número que se deseaba entregar .
- Proporción de casos de DHE tratados con sobres de rehidratación oral en relación al total de casos detectados .
- Proporción de casos de DHE tratados con sobres de rehidratación oral recuperados en relación al total de casos tratados .
- Proporción de casos de DHE tratados con sobres de rehidratación oral referidos para tratamiento hospitalario en relación al total de casos de DHE tratados .
- Proporción de casos de DHE tratados con sobres de rehidratación oral fallecidos en relación al total de casos tratados .

1.6. VISITA DOMICILIARIA.

- Proporción de visitas domiciliares efectuadas en todos los grupos de edad en relación al número planificado y/o programado .

2. SANEAMIENTO AMBIENTAL.

2.1. AGUA.

- Proporción de proyectos realizados en relación al número planeado .

2.2. EXCRETAS.

- Proporción de letrinas instaladas en relación al número planeado .

2.3. VIVIENDA.

- Proporción de viviendas mejoradas en relación al número planeado .

3. VIGILANCIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES.

- Proporción de brotes epidémicos tratados en relación al número detectado .

4. EDUCACION EN SALUD.

- Se analizarán los medios utilizados para difundir educación en salud .

- Proporción de actividades de capacitación en educación en salud para personal institucional efectuadas en relación al número planeado.
- Proporción de actividades de promoción de salud para la comunidad efectuadas en relación al número planeado.

5. CAPACITACION DE PERSONAL

- Proporción de personal institucional capacitado para adiestrar personal comunitario en relación al total de personal institucional existente.
- Proporción de Promotores Rurales de Salud adiestrados en relación al número planeado.
- Proporción de Promotores Rurales de Salud activos en relación al número de promotores adiestrados.
- Proporción de actividades de adiestramiento para Promotores Rurales de Salud efectuadas en relación al número planeado.
- Proporción de actividades de readiestamiento para Promotores Rurales de Salud efectuadas en relación al número planeado.
- Proporción de Comadronas Tradicionales capacitadas en relación al número planeado.
- Proporción de Comadronas Tradicionales activas en relación al número de comadronas adiestradas.
- Proporción de actividades de adiestramiento para Comadronas Tradicionales efectuadas en relación al número planeado.

- Proporción de actividades de readiestamiento para Comadronas Tradicionales efectuadas en relación al número planeado.

6. SISTEMAS DE APOYO

6.1. SISTEMAS DE INFORMACION

- Se analizarán las fuentes de información existentes.
- Proporción de actividades de adiestramiento en información/ manejo de datos realizados en relación al número planeado.

6.2. SISTEMAS DE SUMINISTROS.

- Se analizarán tipo, cantidad y frecuencia de suministros enviados.

6.3. SISTEMAS DE MANTENIMIENTO Y RECUPERACION DE LA CAPACIDAD INSTALADA.

- Proporción de actividades de mantenimiento y recuperación realizadas en relación al número planeado.

6.4. SISTEMAS DE SUPERVISION

- Se analizará la realización de la supervisión por el personal encargado de la misma.

INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD

1. TASA DE MORTALIDAD GENERAL.
2. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL.
3. TASA DE MORTALIDAD POST-NEONATAL.
4. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (menores de 1 año).

5. TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS DE 1 AÑO A 4 AÑOS-
DE EDAD.
6. TASA DE MORTALIDAD MATERNA.
7. TASA DE MORTINATALIDAD.
8. TASA DE NATALIDAD.
9. TASA DE CRECIMIENTO VEGETATIVO.

El estudio de estos indicadores se efectuó por medio del seguimiento de los datos a través de 10 años (1,974 - 1,983), en los cuales se analizó la tendencia de los mismos.

10. PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN EL CENTRO DE SALUD DE TOTONICAPAN EN EL AÑO 1,983.
11. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL MUNICIPIO DE TOTONICAPAN EN EL AÑO 1,983.

Estos últimos indicadores se determinaron por medio de los registros existentes en el Centro de Salud de Totonicapán y el Registro Civil de la Municipalidad de la misma ciudad.

3. INSTRUMENTOS DE MEDICION:

Para la medición y/o estimación de los indicadores se recurrió a las siguientes fuentes de información:

3.1. REGISTRO DE SUCESOS DEMOGRÁFICOS.

3.1.1. Registro Civil de la Municipalidad de Totonicapán.

3.1.2. Dirección General de Estadística.

El Registro de Sucesos Demográficos, combinado en ocasio-

nes con el Censo de Población y Vivienda se utilizó para calcular los distintos indicadores demográficos que comprenden datos sobre nacimientos, defunciones y grupos de edad de la población.

3.2. CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA.

Aportó datos básicos necesarios para calcular indicadores demográficos, así como diversos aspectos de cobertura relacionados con la salud.

3.3. REGISTROS ORDINARIOS DE SALUD.

3.3.1. Archivo del Distrito de Salud del Municipio de Totonicapán.

3.3.2. Archivo de la Jefatura de Área de Salud del Depto. de Totonicapán.

3.3.3. Archivo del Programa Sistemas Comunitarios Integrados - de Salud y Nutrición.

Se utilizaron para recabar información para calcular indicadores que requirieron un carácter diagnóstico e indicadores relativos a aspectos de cobertura en relación a las actividades efectuadas por el personal involucrado en el desarrollo del programa.

RESULTADOS

Para los fines que interesan al desarrollo del presente trabajo, se ha considerado conveniente incluir los siguientes aspectos:

1. Datos monográficos del Municipio de Totonicapán.
2. Criterios e información correspondiente a los Indicadores de Política Sanitaria.
3. Información de las coberturas determinadas por los Indicadores de la Prestación de Atención de Salud.
4. Información de los Indicadores del Estado de Salud.

DATOS MONOGRAFICOS DEL MUNICIPIO DE TOTONICAPAN (+)

MARCO HISTORICO:

El nombre de Totonicapán, se forma de las voces mexicanas TOTL = pájaro, NICÁ = cerro, y el sufijo locativo PAN; significa entonces LUGAR O CERRO DE LOS PAJAROS, pero los nativos la llamaban, y aún en la actualidad CHUIMEKENA, que quiere decir SCBRE EL AGUA CALIENTE, dado que la ciudad se encuentra en la parte alta de los baños sulfurosos de agua caliente y termales.

La ciudad de Totonicapán, es la cabecera del Departamen

- (+) Centro de Salud de Totonicapán. Diagnóstico de Salud de Totonicapán. Documento inédito. 1,983. s.p.n.

to del mismo nombre. Antes de la venida de los españoles formó parte del gran reino Quiché, y durante la conquista en 1,524 fue el asiento del cuartel general del valeroso Tecún Umán.

En el mes de julio de 1,815, el indígena Atanasio Tzul se proclamó rey, para restaurar el reino Quiché, desconociendo el dominio de los españoles y negándose a pagar los tributos juntamente con su ministro Lucas Akiral. El nuevo rey tardó únicamente 20 días en su reinado pues fue procesado hasta morir en las prisiones de la ciudad. Por tan noble acontecimiento, la ciudad de Totonicapán célebremente es llamada CIUDAD PROCER, ya que fue el lugar donde tuvo origen el primer grito de independencia en Guatemala.

En 1,838 se le proclamó sede de la Asamblea Constituyente, siendo el Sexto Estado de la Federación Centro Americana, es decir el Estado de los Altos.

SITUACION, EXTENSION TERRITORIAL Y LIMITES GEOGRAFICOS:

El Municipio de Totonicapán, está situado en el altiplano del occidente de Guatemala, a 200 Kms. de la Capital de la República, contando con Municipalidad de Primera Categoría. Según el banco de marca establecido por la Dirección General de Caminos en el parque "Unión", está situado a 2,495.30 Mts. - s.n.m. con una latitud de 14°54'34" y longitud de 91°21'38". Su extensión territorial es de 328 Kms². Colinda al norte con Santa María Chiquimula, Momostenango (Dept. Totonicapán) y Patzité (Dept. Quiché); al este con Chichicastenango, Santa Cruz del Quiché y Patzité (Dept. Quiché); al sur con Nahualá (Dept. Sololá); al oeste con San Francisco el Alto, San Cristóbal Totonicapán (Dept. Totonicapán) y Cantel (Dept. Quetzaltenango).

La actual ciudad de Totonicapán, se encuentra en una pequeña extensión de terreno plano, rodeada de accidentes geográficos, especialmente barrancos, montañas y ríos que no le permiten extenderse.

ESTACIONES, CLIMA Y TOPOGRAFIA:

Se marcan claramente 2 estaciones que son el verano que comprende los meses de noviembre a abril y el invierno que comprende los meses de mayo a octubre. El clima del Municipio de Totonicapán es frío. Algunos cerros son muy inclinados y no constituyen terrenos propios para el cultivo, sin embargo existen entre ellos partes fecundas.

OROGRAFIA:

El Municipio posee un sistema de montañas que se desprenden de la Sierra Madre, se pueden mencionar las montañas de Campanabaj, Cerro de Oro, Tunabaj, Caxtún, Cuxlique y Chuitamango.

DIVISION POLITICA:

El Municipio de Totonicapán, está dividido en 4 zonas urbanas y 33 aldeas rurales conocidas como CANTONES.

A- ZONAS URBANAS: 1 o Palin, 2 o Independencia, 3 o Agua Caliente y 4 o Tenerías.

B- ALDEAS RURALES O CANTONES: 1- Cojxac; 2- Chotacaj; 3- Juchanep; 4- Paquí; 5- Poxlajuj; 6- Nimapá; 7- Chiyax Ia; 7-a Chiyax 2o; 8- Xantún; 9- Xolsacmalijá; 10- Xesacmalijá;

11- Chuixchimal; 12- Nimasac;
 13- Pasajoc; 14- Chipuac; 15-
 Quiacquix; 16- Vásquez; 17-
 Chuculijuyup; 18- Chucruz; -
 19- Chuisuc; 20- Patzarajmac;
 21- Chuanoj; 22- Chuixtocá; -
 23- Paxtocá; 24- Chuatrol; 25-
 Panquix; 26- Rancho de Teja; -
 27- Pachoc; 28- Chimente; 29-
 Mactzul; 30- Tzamixnam; 31-
 Barraneché; 32- La Esperanza;
 33- Concordia. (Ver localiza-
 ciones en el mapa).

ORGANIZACION POLITICA Y ADMINISTRATIVA:

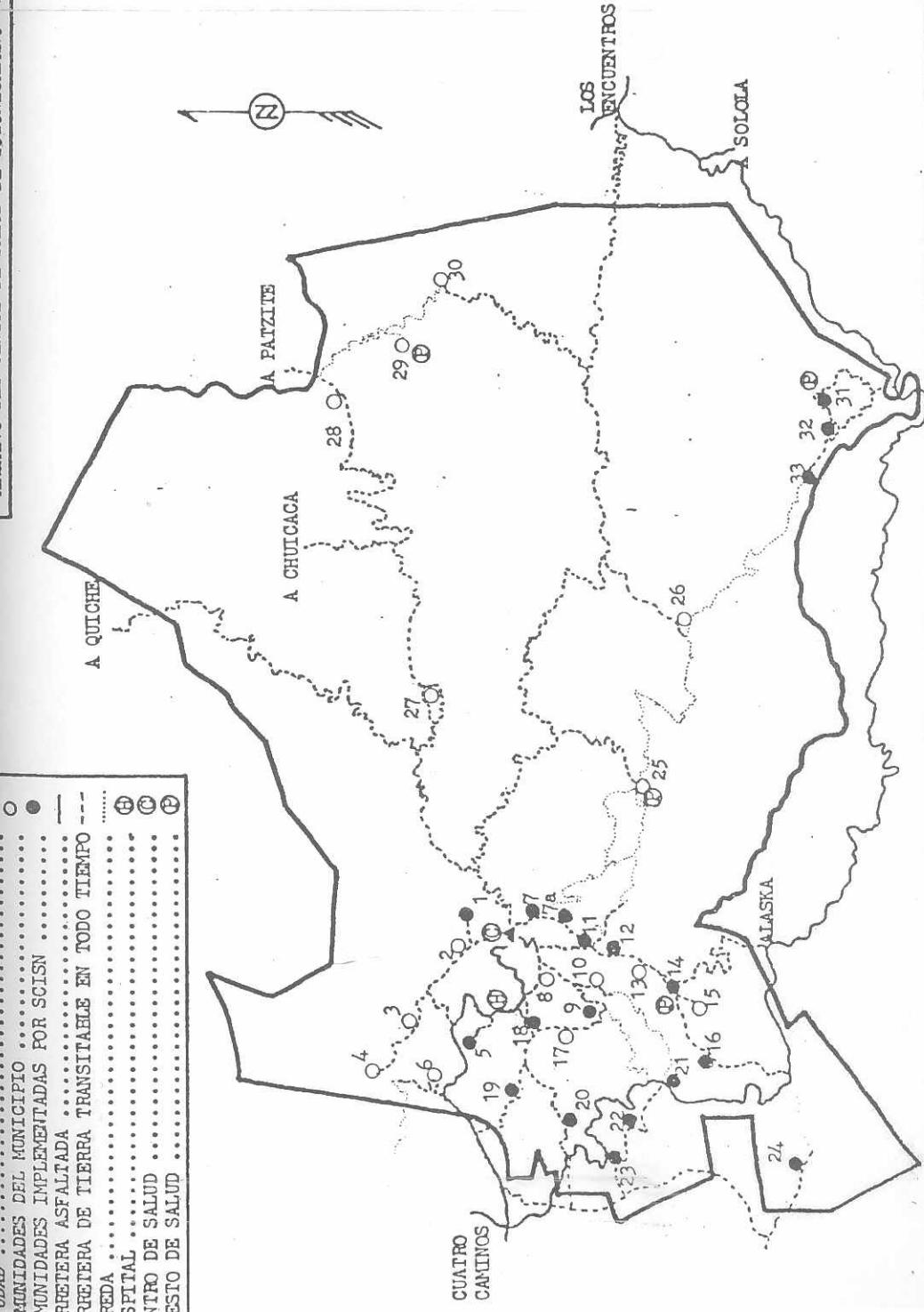
La familia es la unidad más pequeña de la comunidad, la que opera generalmente con un sistema patrilocal y mando patriarcal.

El Municipio de Totonicapán, está representado por sus autoridades en la forma siguiente: Gobernador Departamental, Alcalde Municipal, Vice-alcalde Municipal, 4 Asesores o Consejeros del Alcalde Municipal, Regidor Cuarto, Comandante de Reservas Militares, Juez de Primera Instancia, Juez de Paz, Jefatura de Policía Nacional, Jefatura de Guardia de Hacienda, Supervisor de Educación, Agente del Ministerio Público.

Los gobernantes de los cantones generalmente se limitan a servir de enlace entre los vecinos y las autoridades del Municipio, y el orden jerárquico es de la forma siguiente: Cuerpo de Principales, Alcaldes Auxiliares, Comisionado Militar y sus respectivos ayudantes, Secretario Empírico Municipal, Escolares y Guar-

MAPA DEL MUNICIPIO DE TOTONICAPÁN.
 ARCHIVO DEL CENTRO DE SALUD DE TOTONICAPÁN.

REFRENCIAS	CIUDAD	COMUNIDADES DEL MUNICIPIO	COMUNIDADES IMPLEMENTADAS POR SCISN	CARRETERA ASFALTADA	CARRETERA DE TIERRA TRANSITABLE EN TODO TIEMPO	VEREDA	HOSPITAL	CENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD
------------	--------	---------------------------	-------------------------------------	---------------------	--	--------	----------	-----------------	-----------------



dabosques. En algunos cantones existen uno o más comités, éstos pueden ser de introducción de agua y energía eléctrica, pro-construcción y/o mejoramiento de puentes, escuelas, oratorios, capillas evangélicas, tanques públicos de lavaderos y carreteras y caminos vecinales, comités pro-salud y letrinización. Entre las organizaciones tradicionales internas sobresalen las de instituciones religiosas y otras que se denominan parcialidades.

POBLACION Y ETNOGRAFIA:

Según la Unidad Sectorial de Planificación de la Salud, la población estimada para 1,983 para el Municipio de Totonicapán fue de 64,859 habitantes.

La raza que predomina es la indígena de descendencia Quiché, que habita tanto en regiones rurales como urbanas.

Las distintas distribuciones de la población del Municipio de Totonicapán, se presentan a continuación, de acuerdo a sus respectivos porcentajes y número de habitantes:

Hombres	32066	49.44%
Mujeres	32793	50.56%
Menores de 14 años	32429	50.00%
Población urbana	19458	30.00%
Población rural	45401,	70.00%

EDUCACION:

A- ALFABETIZACION: En el Municipio de Totonicapán, tanto en el área urbana, como en el área rural se encuentran organizados 96 centros de alfabetización, habiendo concluido satisfactoriamente sus clases 93 hombres y 434 muje

res, que hacen un total de 527 personas alfabetizadas.

B- POBLACION ESCOLAR INSCRITA: En el ciclo lectivo 1,983, se inscribieron un total de 12,143 alumnos, tanto en el área urbana como rural, de lo cual tenemos los siguientes datos:

Alumnos inscritos en pre-primaria.....	441
Alumnos inscritos en escuela primaria	10,615
Alumnos inscritos en escuela secundaria	1,087
Total	12,143

Se cuenta con 9 escuelas en el área urbana y 39 escuelas en el área rural.

CREENCIAS:

Entre otras, destacan las siguientes:

ECLIPSES DE LUNA: Se dice que es la muerte de la luna y presagia la muerte de los niños recién-nacidos o de las personas de mediana edad (50 - 60 años).

CANTO DEL TECOLOTE: Presagia la muerte de algún vecino.

PRACTICAS MAGICO-RELIGIOSAS: TRIBUTO AL DIOS MUNDO: Se le ofrecen candelas, pom, incienso y sacrificio de animales para ahuyentar malos espíritus enviados por otro brujo para causar daño, evitar tragedias, para solicitar favores, dádivas y otros beneficios.

ECONOMIA:

La economía del Municipio de Totonicapán, se manifiesta principalmente por el comercio como fuente de subsistencia,

que se nutre de la industria doméstica considerablemente.

Las principales industrias de la ciudad son: tintorería, alfarería y cerámica, talabartería y zapatería, carpintería y ebanistería, tejeduría y sastrería, juguetería en madera y barro, las que generalmente trabajan al día, es decir que el producto del día sirve para adquirir materia prima que servirá para la producción del día siguiente. La industria más fuerte es la harinera que está en capacidad de absorber la totalidad de la producción triguera del Departamento.

La agricultura forma parte de la economía, tanto indígenas como ladinos tienen sus terrenos en el área rural, observándose la tenencia minifundista. Los cultivos esenciales son el maíz y el trigo. Los cultivos secundarios son avena, haba, frijol y verduras. Los cultivos que merecen incrementarse son los frutales de tierra fría.

FLORA Y FAUNA:

En el Municipio hay grandes extensiones de bosques, en los cuales han abundado el pinabete y el pino. La deforestación se ha venido acelerando últimamente con la tala inmoderada de árboles y la plaga del gorgojo.

La floricultura se encuentra sumamente descuidada a pesar de contarse con las condiciones climáticas favorables.

La fauna silvestre está constituida especialmente por venados, mapaches, conejos, taltuzas, tepescuintles, armados, armadillos, ardillas, palomas torcaces y trigueras, gallinas de monte, gato de monte, coyotes y zorros. La fauna doméstica está constituida por cerdos, gallinas, gatos, palomas, patos, perros y chompipes. Pueden así mencionarse los cabros, ovejas, toros y vacas, asnos, mulas y caballos que constituye parte del patrimonio.

nio de los habitantes.

VIAS DE COMUNICACION:

La principal vía de comunicación es la carretera asfaltada que nos comunica con la Carretera Interamericana en Cuatro Caminos en el Municipio de San Cristóbal Totonicapán, y a su vez de este punto con Huehuetenango, Quetzaltenango y la Ciudad Capital. Existe una carretera de terracería transitable en todo tiempo que entraña con la Carretera Interamericana en la cumbre de Alaska. Se cuenta con un sistema de carreteras de terracería, caminos y veredas que comunican las aldeas entre sí y la Ciudad, siendo transitables en todo tiempo la mayoría de ellos, interrumpiéndose por el invierno los que comunican con las aldeas lejanas. (ver mapa).

MEDIOS DE COMUNICACION:

El idioma oficial es el castellano que es el que habla la población ladina y un alto porcentaje de la indígena, distinguiéndose el bilingüismo.

La prensa escrita llega diariamente de la Ciudad Capital.

Se cuenta con una emisora nacional que funciona de domingo a sábado de 7 a 22 Hrs., que se identifica con las siglas T.G.T.U.

Los canales de televisión se ven en la localidad a través de sus repetidoras.

Se cuenta con una planta de Guatel con línea automática y oficinas de correos y telecomunicaciones. Las únicas aldeas con servicio telefónico son Barraneché, La Esperanza y Concordia.

Los bandos son un medio de comunicación, más utilizado por las autoridades para dar a conocer algún mensaje importante para el vecindario. En el área rural el equivalente es el tamborito, utilizado por una persona que recorre los caminos dando a conocer el mensaje.

Se utilizan otros medios como las señas, gestos y ademanes.

MEDIOS DE TRANSPORTE:

Hay varios transportes de servicio público con línea diaria a diferentes partes de la República, sobresaliendo los que conducen a la Ciudad Capital, Quetzaltenango, otros Municipios cercanos y aldeas, que laboran en forma regular y de acuerdo a la demanda de la población. Se cuenta con servicio de vehículos de alquiler para viajes de emergencia. En las aldeas donde no existe servicio de vehículos motorizados, son utilizadas las bestias de carga.

INSTITUCIONES QUE FUNCIONAN EN EL MUNICIPIO:

Gobernación Departamental, Municipalidad, Policía Nacional, Guardia de Hacienda, Comandancia de Reservas Militares, Casa de la Cultura Totonicapense, Radio Nacional, Ministerio Público, Juzgado de Paz, Juzgado de Primera Instancia, Administración de Rentas Internas Departamental, Registro de Ciudadanos, Bufete Popular, DIGESA, DIGESEPE, INAFOR, INDECA, BANDES, Banco de Guatemala, INACOP, FEDECÓN, Cooperativa de Ahorro y Crédito "San Miguel", Oficina de Estadística, Guatel, Correos y Comunicaciones, Supervisión Técnica de Educación Departamental, INDE, Reconstrucción Nacional, Bomberos Voluntarios, Centro Artesanal.

2. ASIGNACION DE RECURSOS FINANCIEROS:

Se estimó que el costo total del proyecto alcanzaría la suma de Q 12.179,773.00, siendo cubierto por un préstamo internacional (A.I.D.), consistente en 5 millones de quetzales, más una contrapartida del Gobierno y el aporte de la comunidad.

El costo de cada componente se detalla a continuación:

RUBRO	QUETZALES	PORCENTAJE
Atención Primaria de Salud	2.698,194.00	22
Saneamiento Ambiental	5.739,772.00	48
Capacitación	1.483,175.00	12
Vigilancia Epidemiológica	282,925.00	2
Educación en Salud	119,054.00	1
Sistemas de Apoyo	1.856,653.00	15
TOTAL	<u>12.179,773.00</u>	100

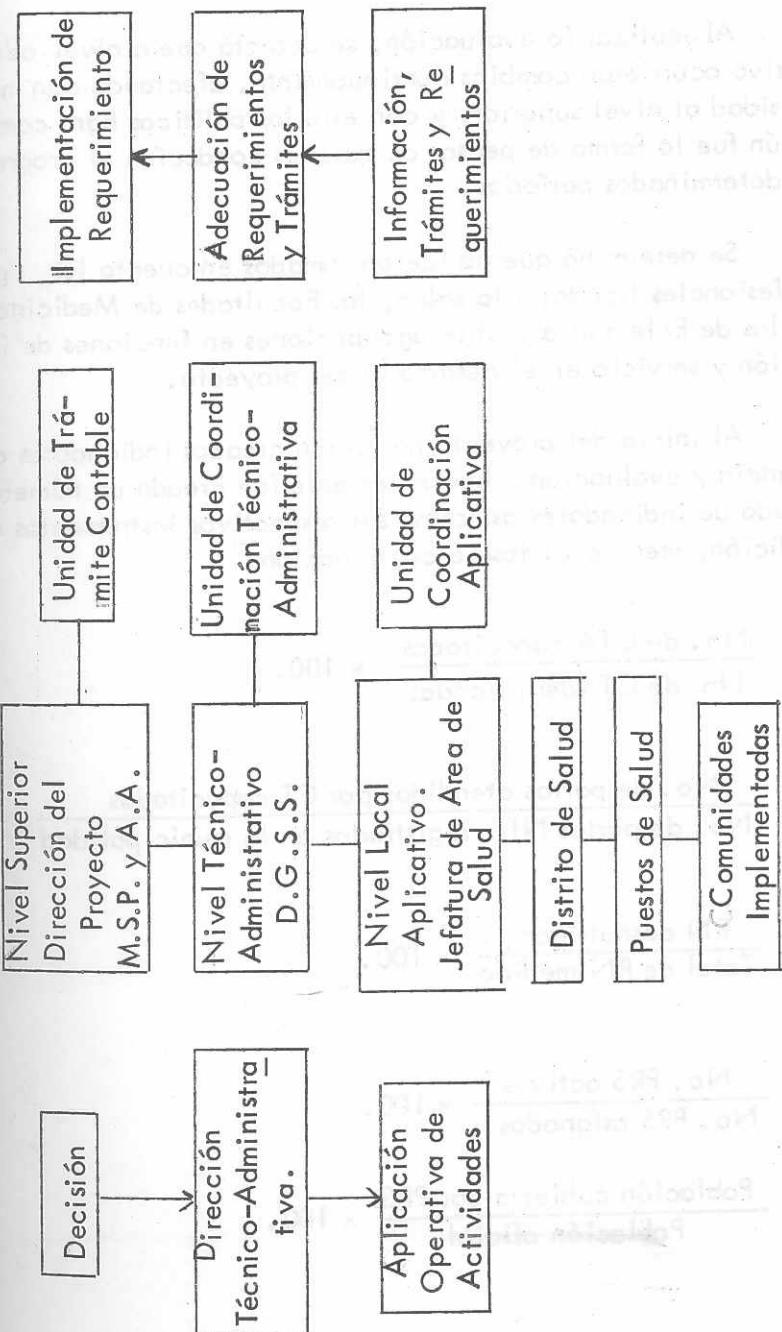
3. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD PARA EL LOGRO DEL PROGRAMA:

Se determinó que el proyecto fue impuesto a las diferentes comunidades implementadas, a las cuales no se tomó en cuenta para aspectos de planificación. En la actualidad existen agrupaciones a nivel de la comunidad que tienen relación directa con el proyecto, por lo que se nota que sólo se les ha tomado en cuenta para la ejecución/aplicación del mismo.

4. ESTRUCTURA ORGANICA Y PROCESO DE GESTION:

Se determinó que el proyecto depende directamente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y el mismo se ini-

ción como mecanismo de apoyo para reforzar las actividades de salud en el área rural de 3 de los Departamentos del altiplano del País. A continuación se presenta el organigrama propuesto:



Al realizar la evaluación, se detectó que a nivel administrativo ocurrieron cambios continuamente, afectando con más intensidad al nivel superior, y con ello las políticas han cambiado según fue la forma de pensar de quienes conducían el programa - en determinados períodos.

Se determinó que no fueron tomados en cuenta los grupos profesionales ligados a la salud, las Facultades de Medicina, Escuelas de Enfermería y otras agrupaciones en funciones de investigación y servicio en el desarrollo del proyecto.

Al inicio del proyecto no fueron creados indicadores de vigilancia y evaluación. Recientemente fue creado un número limitado de indicadores así como sus respectivos instrumentos de medición, mencionándose a continuación:

$$A - \frac{\text{No. de CTA capacitadas}}{\text{No. de CT identificadas}} \times 100.$$

$$B - \frac{\text{No. de partos atendidos por CT capacitadas}}{\text{No. de partos Nls. registrados en la municipalidad}} \times 100.$$

$$C - \frac{\text{RN desnutridos}}{\text{Total de RN medidas}} \times 100.$$

$$D - \frac{\text{No. PRS activos}}{\text{No. PRS asignados}} \times 100.$$

$$E - \frac{\text{Población cubierta por PRS}}{\text{Población oficial}} \times 100.$$

$$F - \frac{\text{No. de vacunados de cada vacuna}}{\text{Población susceptible}} \times 100.$$

$$G - \frac{\text{No. de menores de 5 años y embarazadas medidas}}{\text{Población susceptible}} \times 100.$$

$$H - \frac{\text{No. de desnutridos captados}}{\text{Población susceptible}} \times 100.$$

$$I - \frac{\text{Desnutridos en tratamiento}}{\text{Desnutridos captados}} \times 100.$$

$$J - \frac{\text{No. de tuberculosis en tratamiento}}{\text{Tuberculosis captados}} \times 100.$$

$$K - \frac{\text{No. de mujeres a quienes en PRS dio pastillas}}{\text{No. de mujeres de 15 a 49 años}} \times 100.$$

5. COMPROMISO POLITICO INTERNACIONAL:

Se determinó que la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), concedió al Gobierno de Guatemala un préstamo consistente en 5 millones de quetzales para la realización de este proyecto, proporcionando así también apoyo técnico.

CRITERIOS RELACIONADOS CON LOS INDICADORES DE LA PRESTACION DE ATENCION DE SALUD

1. FLUJO DE DATOS EN EL SISTEMA DE INFORMACION:

El sistema de Información del Programa Sistemas Comunita-

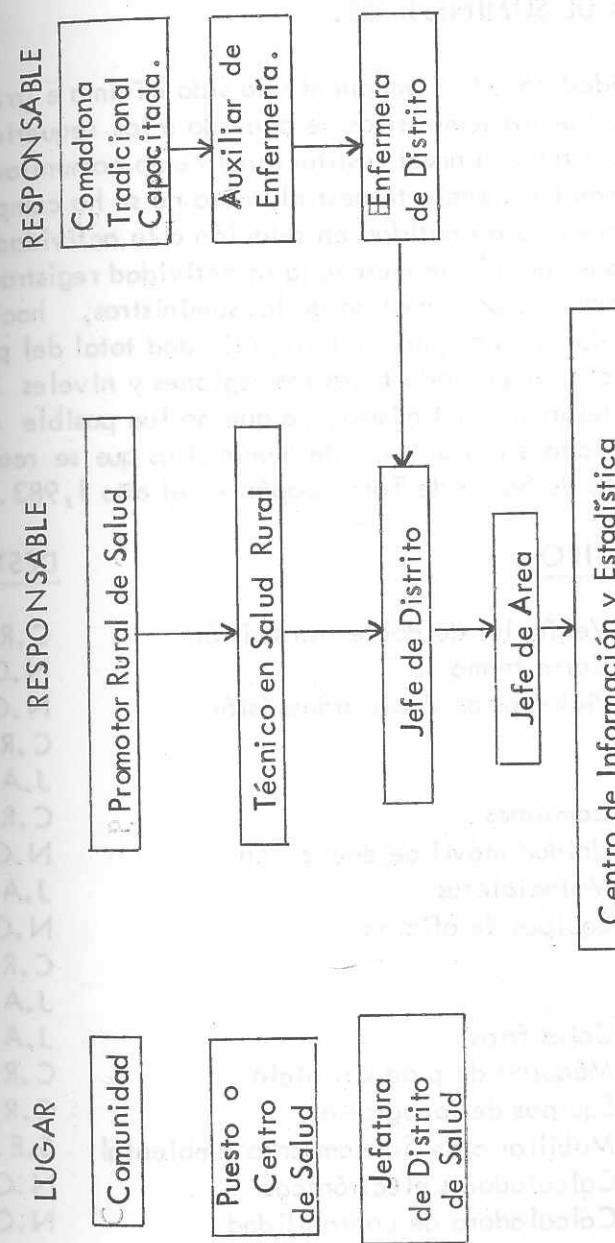
rios Integrados de Salud y Nutrición se presenta de la siguiente manera:

El Promotor Rural de Salud, informa de sus actividades al Técnico en Salud Rural en las reuniones de grupo que se efectúan trimestralmente y en una visita domiciliaria que realiza el último de los mencionados también en cada trimestre. La información recabada por el Técnico en Salud Rural (T.S.R.), es enviada al Médico Jefe de Distrito mensualmente, quien en su vez la remite al Médico Jefe de Área, de donde es enviada al Centro de Información y Estadística, también con frecuencia mensual.

La Comadrona Tradicional capacitada informa de sus actividades a la Auxiliar de Enfermería en sus reuniones mensuales y a través de una actividad permanente dirigida por la última desde sus respectivos Centros o Puestos de Salud, de acuerdo a la demanda de las Comadronas. Esta información es fluida continuamente a la Enfermera de Distrito, quien informa al Médico Jefe de Distrito de estas actividades mensualmente. Este informe mensual es remitido al Médico Jefe de Área posteriormente, quien a su vez envía éste al Centro de Información y Estadística.

De acuerdo a lo anterior se establece el siguiente esquema:

FLUJO DE DATOS DEL SISTEMA DE INFORMACION



2. SISTEMA DE SUMINISTROS:

La actividad en este componente ha sido mínima e irregular. Se pretendía enviar los suministros de acuerdo a los requerimientos y necesidades tanto a nivel institucional como comunitario o cuando menos con frecuencia trimestral, pero no se ha cumplido ni en tipo, frecuencia o cantidad en relación a la actividad planificada. A continuación se menciona la actividad registrada en relación a cantidad, tipo y destino de los suministros, haciendo notar que estos datos corresponden a la actividad total del programa desde su inicio, abarcando todas las regiones y niveles involucrados en el desarrollo del mismo, ya que no fue posible especificar las actividades del Sistema de Suministros que se realizaron en el Distrito de Salud de Totonicapán en el año 1,983.

CANTIDAD	TIPO	DESTINO
2	Vehículos de doble transmisión	C.R.
1	Carro termo	N.C.
6	Pick-ups de doble transmisión	N.C.
		C.R.
		J.A.
2	Camiones	C.R.
1	Unidad móvil de educación	N.C.
8	Motocicletas	J.A.
21	Equipos de oficina	N.C.
		C.R.
		J.A.
18	Cajas frías	J.A.
1	Máquina de producir hielo	C.R.
2 ??	Equipos de topografía	C.R.
S.E.	Mobiliario de Saneamiento Ambiental	S.E.
7	Calculadoras electrónicas	N.C.
1	Calculadora de contabilidad	N.C.

CANTIDAD	TIPO	DESTINO
S.E.	Equipos de oficina para Saneamiento Ambiental	N.C.
1	Equipo de control de agua	J.A.T.
3	Proyectores de cine	J.A.
3	Proyectores de slides	J.A.
3	Retroproyectores	J.A.
1	Taller de mantenimiento a nivel regional, equipado parcialmente con equipo fijo y herramientas	C.R.
S.E.	Latas frías	J.D.
116	Termómetros	J.D.
S.E.	Material para acueductos	N.COM.
196	Letrinas	N.COM.T.
S.E.	Equipo y medicamentos para promotores +*	N.COM.
S.E.	Equipo y medicamentos para comedronas +**	N.COM.
S.E.	Incremento del 20% del presupuesto para medicamentos en Centros y Puestos de Salud. +***	J.A.
S.E.	Repuestos para vehículos y red fría	J.D.
		P.S.
		C.R.

REFERENCIAS:

N.C.	Nivel central del programa.
C.R.	Complejo regional.
J.A.	Jefaturas de Área de Salud.
J.A.T.	Jefatura de Área de Totonicapán.
J.D.	Jefaturas de Distrito de Salud.
N.COM.	Nivel comunitario o aplicativo.
N.COM.T.	Nivel comunitario de Totonicapán.
P.S.	Puestos de Salud.
S.E.	Sin especificar.

***** INCREMENTO DEL 20% DEL PRESUPUESTO PARA MEDICAMENTOS EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD:

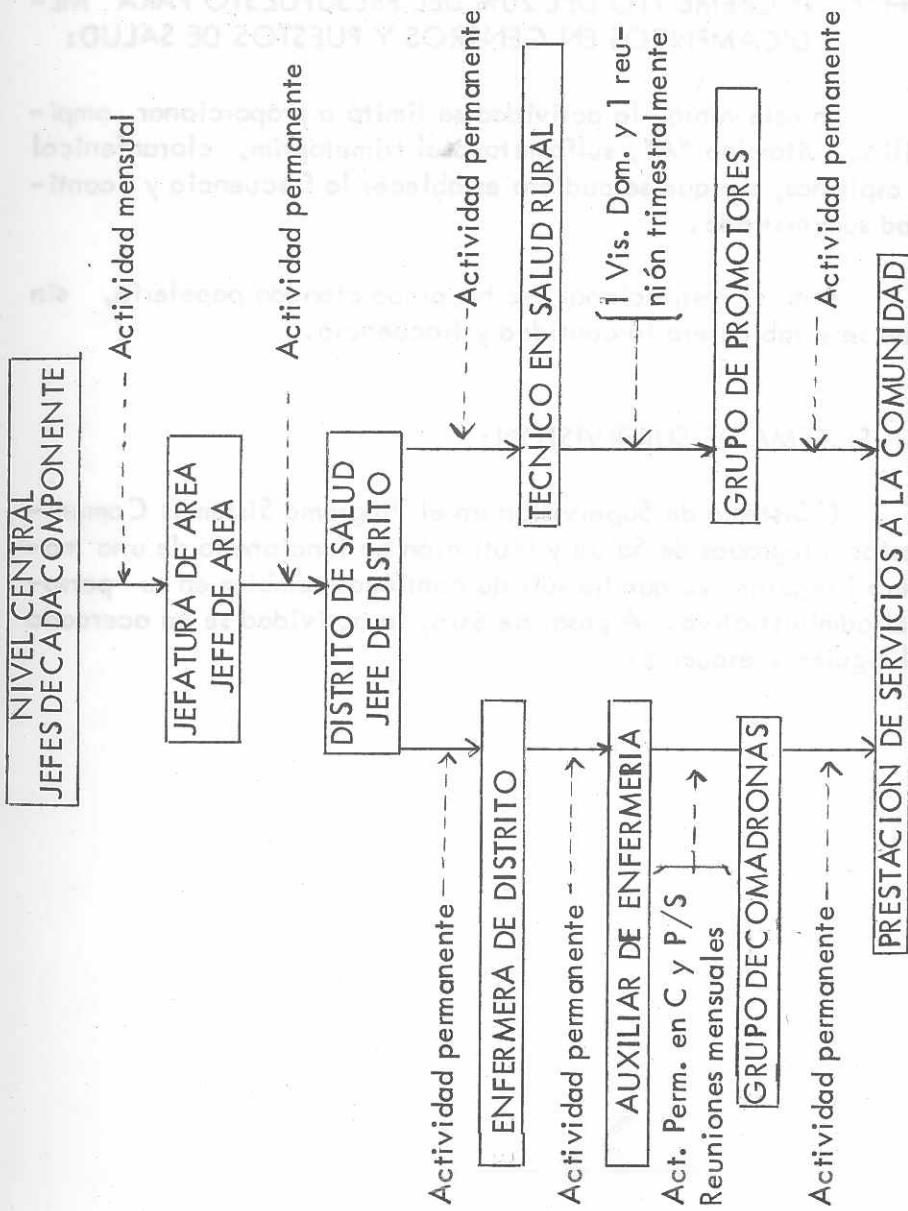
En este rubro, la actividad se limitó a proporcionar ampicilina, vitamina "A", sulfametoxasol trimetoprim, cloranfenicol y aspirinas, sin que se pudiera establecer la frecuencia y cantidad suministrada.

A nivel institucional, se ha proporcionado papelería, sin que se estableciera la cantidad y frecuencia.

3. SISTEMA DE SUPERVISION:

El Sistema de Supervisión en el Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición ha funcionado de una manera irregular, ya que ha sufrido continuos cambios en su personal administrativo. A pesar de ésto, la actividad se ha acercado al siguiente esquema:

SISTEMA DE SUPERVISIÓN



INFORMACION DE LAS COBERTURAS DETERMINADAS POR LOS INDICADORES DE LA PRESTACION DE ATENCION DE SALUD.

Se presentan a continuación las coberturas alcanzadas en las diferentes actividades planificadas por el Programa Sistemas - Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición.

TABLA No. 1-A

COBERTURAS LOGRADAS EN EL COMPONENTE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN BASE AL NUMERO PROGRAMADO Y A LAS DISTINTAS POBLACIONES.

DISTRITO DE SALUD DE TOTONICAPAN, 1,983.

R U B R O S	Universo	Número Programado	Número Realizado	COBERTURAS	
				En Rel. al Nro. Preg. (En %)	En Rel. a la Pob. del rubro (En %)
1. ATENCION MATERNO-INFANTIL. *					
1.1. Niños menores de 1 año Concentración de consultas	1459	337	704	208.90	48.25
1.2. De 1 año a menores de 2 a. Concentración de consultas	1164	212	292	137.74	25.09
1.3. De 2 años a menores de 7 a. Concentración de consultas	5182	863	584	67.67	11.27
1.4. De 7 años a menores de 14 a Concentración de consultas	7147	320	311	97.19	4.35
1.5. Embarazadas Concentración de consultas	1621	335	407	121.49	25.11
1.6. Puérperas Concentración de consultas	1459	158	85	53.80	5.83
1.7. Planificación familiar	7507	251	34	13.55	0.45
2. ATENCION GENERAL. *					
2.1. Hombres de 14 años y más y mujeres de 50 años y más Concentración de consultas	9969	2818	1856	65.86	18.62
2.2. Casos de tuberculosis en t tratamiento	12	12	12	100.00	100.00

* La presente tabla sólo incluye los datos correspondientes a las consultas proporcionadas en el primer semestre (enero a junio) de 1,983, ya que en el segundo semestre se formó el Centro Integrado de Área, que tuvo su sede en el Hospital Nacional de la localidad, por lo que considerando que las actividades desarrolladas no son específicas para el Distrito de Salud de Totonicapán, no se tomaron en cuenta para el estudio.

FUENTE: Archivo de la Jefatura de Área de Salud del Departamento de Totonicapán. Datos correspondientes a los servicios de salud proporcionados durante el año 1,983.

TABLA No. 1-B

COBERTURAS LOGRADAS EN EL COMPONENTE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN BASE AL NUMERO PROGRAMADO Y A LAS DISTINTAS POBLACIONES
DISTRITO DE SALUD DE TOTONICAPAN, 1,983.

R U B R O S	Universo	Número Programado	Número Realizado	COBERTURAS	
				En Rel. al N.º Prog. (En %)	En Rel. l.º Pob./rubro (En %)
3. INMUNIZACIONES. ***					
3.1. DPT, Antipolio (Men. 5 a.)	12453	4464	875	19.60	7.03
3.2. Sarampión (menores 5 años)	12453	2643	1195	45.21	9.60
3.3. BCG - menores de 5 años	12453	2496	1092	43.75	8.77
- de 5 a 14 años	17025	2460	1717	69.80	10.09
3.4. Toxido tetánico (Emb.)	3242	479	206	43.01	6.35
4. NUTRICION. ****					
5. REHIDRATACION ORAL.					
5.1. Sobres de RO entregados		65360	8200	12.55	
6. VISITAS COMICILIARES EN TODOS LOS GRUPOS.		380	266	70.00	
7. SERVICIOS PRESTADOS POR PERSONAL COMUNITARIO.					
7.1. Partos ocurridos en relación a partos esperados		2918	3284		112.54
7.2. Partos atendidos por Comadronas Tradicionales	3284		3088		93.04
8. PERSONAL DE SALUD. *****					
Población atendida por:					
8.1. Médico	32429		2099		6.47
8.2. Enfermera	32429		285		0.88
8.3. Auxiliar de Enfermería	32429		1989		6.13
8.4. Técnico en Salud Rural (+)	64859	34045	20500	60.21	31.61
8.5. Comadrona Tra. Cap. (++)	1642		1544		93.04
8.6. Promotor Rural de Salud	64859	34045	20500	60.21	31.61

** Al finalizar 1,983 no se habían iniciado actividades del PAI.

*** Al finalizar 1,983 no se habían iniciado las actividades.

**** Atención por personal institucional en demanda voluntaria.

(+) No tiene población específica.

(++) No tiene población específica, proporciona asistencia por demanda voluntaria.

FUENTE: Archivo de la Jefatura de Área de Salud del Departamento de Totonicapán. Datos correspondientes a los servicios de salud proporcionados durante el año 1,983.

TABLA NO. 2

COBERTURAS ALCANZADAS EN LOS OTROS COMPONENTES DEL PROGRAMA SISTEMAS COMUNITARIOS INTEGRADOS DE SALUD Y NUTRICION EN RELACION AL NUMERO PROGRAMADO
DISTRITO DE SALUD DE TOTONICAPAN, 1,983.

R U B R O S	Número Programado	Número Realizado	Porcentaje de Cobertura
1. SANEAMIENTO AMBIENTAL.			
1.1. Proyectos de agua realizados	2	2	100
1.2. Letrinas instaladas	200	196	98
2. VIGILANCIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES.			
2.1. Brotes epidémicos tratados	1	1	100
3. CAPACITACION DE PERSONAL.			
3.1. PERSONAL INSTITUCIONAL:			
3.1.1. Enfermeras	4	4	100
3.1.2. Auxiliares de Enfermería	10	8	80
3.1.3. Técnicos en Salud Rural	5	4	80
3.2. PERSONAL COMUNITARIO:			
3.2.1. Promotores capacitados	82	82	100
3.2.2. Promotores activos	82	82	100
3.2.3. Actividades de capacitación para Promotores realizadas	4	4	100
3.2.4. Comadronas tradicionales capacitadas	66	66	100
3.2.5. Comadronas tradicionales capacitadas activas	66	66	100
3.2.6. Actividades de capacitación para comadronas tradicionales realizadas	3	3	100
4. EDUCACION EN SALUD.			
5. SISTEMAS DE APOYO.			
5.1. Actividades de adiestramiento en información y manejo de datos realizadas.	---	---	---
5.2. Actividades de mantenimiento y recuperación de la capacidad instalada.	---	---	---

FUENTE: Archivo de la Jefatura de Área de Salud del Departamento de Totonicapán. Datos correspondientes a los servicios de salud proporcionados durante el año 1,983.

TABLA N°. 3

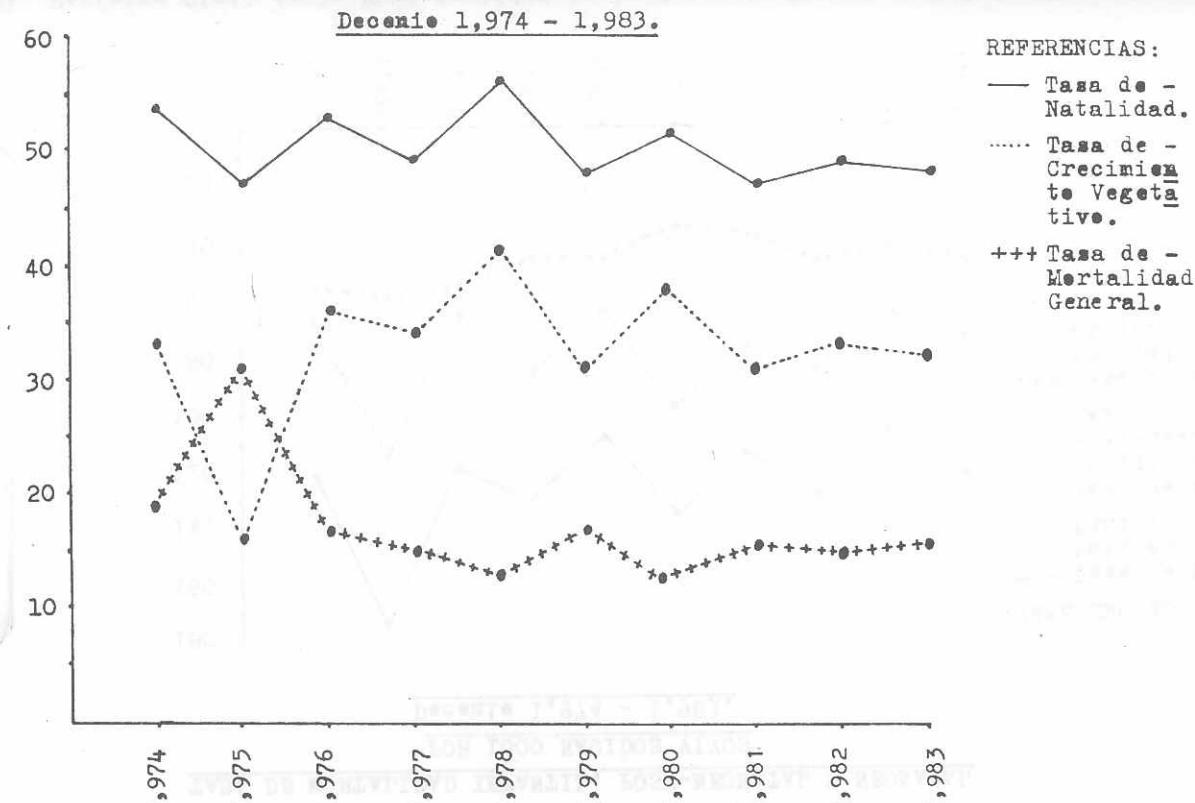
INDICADORES QUE REFLEJAN EL IMPACTO DEL PROGRAMA
SISTEMAS COMUNITARIOS INTEGRADOS DE SALUD Y NUTRICIÓN A NIVEL DE LA COMUNIDAD
DISTRITO DE SALUD DE TOTONICAPAN, 1,974 - 1,983.

TASAS AÑO	MORTALIDAD								Natalidad por 1000 habitantes.	Crecimiento vegetativo por 1000 habitantes.
	General por 1000 habitantes.	Neonatal por 1000 nacidos vivos.	Post-neonatal por 1000 nacidos vivos.	Infantil por 1000 nacidos vivos.	De niños de 1 a 4 años por 1000 niños de esta edad.	Materna por 1000 nacidos vivos.	Mortalidad por 1000 nacidos vivos.			
1,974	18.61	54.83	67.95	122.78	36.84	0.77	74.90	51.84	33.23	
1,975	30.94	58.87	114.47	173.34	115.59	1.64	76.04	47.30	16.36	
1,976	17.15	54.85	66.10	120.96	33.08	3.52	63.99	53.14	35.99	
1,977	15.42	46.09	84.86	130.94	27.53	1.46	78.27	49.36	33.94	
1,978	14.48	44.67	64.52	109.15	27.82	1.24	43.42	56.23	41.75	
1,979	17.05	35.84	98.38	134.22	38.99	2.81	82.92	47.96	30.91	
1,980	14.04	38.03	76.06	114.09	25.11	1.25	66.08	52.24	38.20	
1,981	15.57	46.70	84.06	130.75	23.72	2.67	64.04	47.16	31.59	
1,982	15.41	41.33	66.37	107.70	27.71	0.63	53.22	48.55	33.14	
1,983	15.51	48.15	72.84	120.99	36.04	3.70	54.32	47.58	32.07	

FUENTE: Registro Civil de la Municipalidad de la Cabecera Departamental de Tetenicapán. Estos datos corresponden exclusivamente a las comunidades implementadas por el Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición. 1,983.

GRAFICA N°. 1

TASA DE NATALIDAD, MORTALIDAD GENERAL Y CRECIMIENTO VEGETATIVO
POR 1,000 HABITANTES



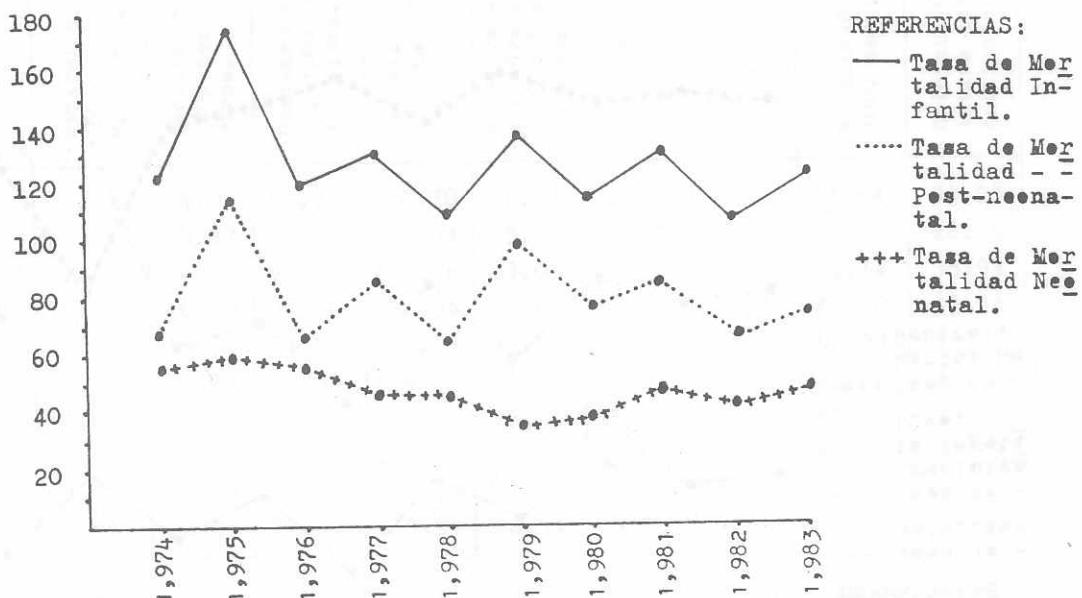
REFERENCIAS:

- Tasa de — Natalidad.
- Tasa de — Crecimien — to Vegeta — tivo.
- +++ Tasa de — Mortalidad General.

FUENTE: Registro Civil de la Municipalidad de la Cabecera Departamental de Tetenicapán. Estos datos corresponden exclusivamente a las comunidades implementadas por el Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición en el Distrito de Salud de Tetenicapán.

GRAFICA N°. 2

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, POST-NEONATAL Y NEONATAL
POR 1000 NACIDOS VIVOS
Decenio 1,974 - 1,983.



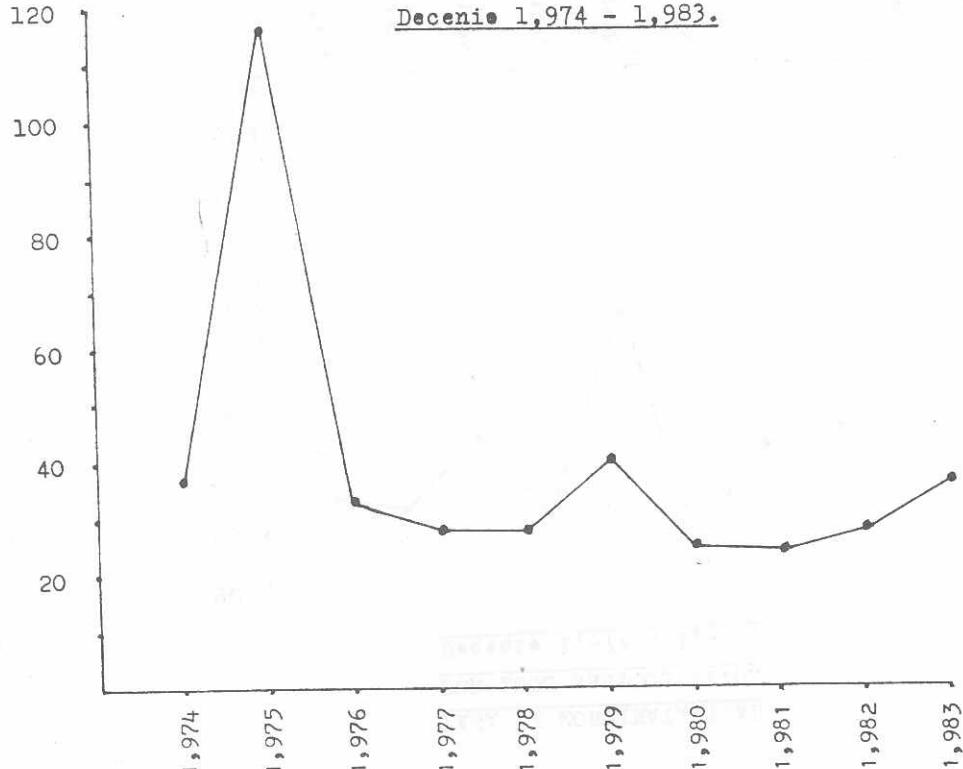
REFERENCIAS:

- Tasa de Mortalidad Infantil.
- Tasa de Mortalidad Post-neonatal.
- +++ Tasa de Mortalidad Neonatal.

FUENTE: Registro Civil de la Municipalidad de la Cabecera Departamental de Totonacapán. Estos datos corresponden exclusivamente a las comunidades implementadas por el Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición en el Distrito de Salud de Totonacapán.

GRAFICA N°. 3

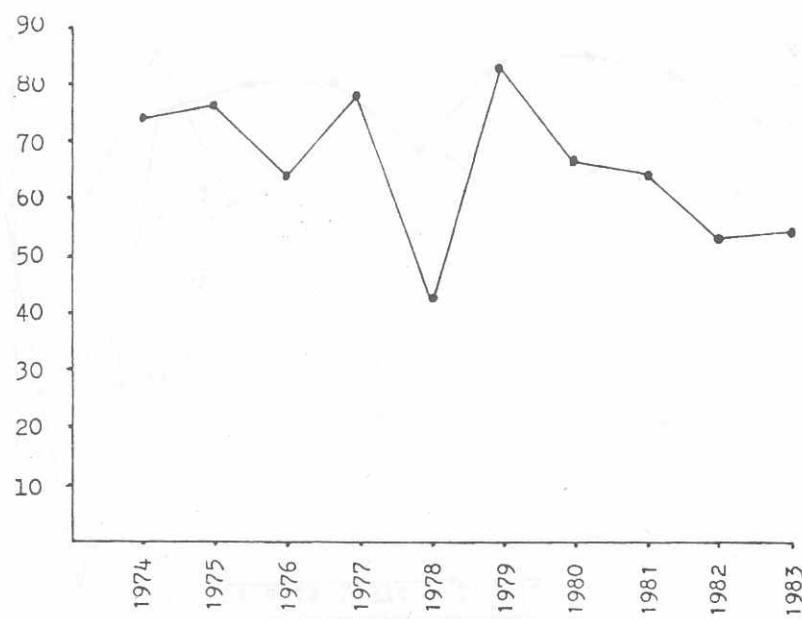
TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS DE 1 AÑO A 4 AÑOS DE EDAD
POR 1,000 NIÑOS DE ESTA EDAD
Decenio 1,974 - 1,983.



FUENTE: Registro Civil de la Municipalidad de la Cabecera Departamento de Totonacapán. Estos datos corresponden exclusivamente a las comunidades implementadas por el Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición en el Distrito

GRAFICA N°. 4

TASA DE MORTINATALIDAD
POR 1000 NACIDOS VIVOS
Decenio 1,974 - 1,983.



FUENTE: Registro Civil de la Municipalidad de la Cabecera Departamental de Totonicapán.
Estos datos corresponden exclusivamente a las comunidades implementadas por el Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición, en el Distrito de Salud de Totonicapán.

TABLA N°. 4

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN EL CENTRO DE SALUD DE TOTONICAPAN
ANO 1,983

CAUSAS	DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS										Porcentajes.
	De 0 a 7 días.	De 8 a 29 días.	De 30 días a menores 1 a.	De 1 a 4 años.	De 5 a 9 años.	De 10 a 14 años.	De 15 a 49 años.	De 50 años y más.	Total.		
1. Control Pte. sane	--	68	1337	908	216	7	403	13	2952	36.90	
2. Control materno	--	--	--	--	--	--	2235	--	2235	24.15	
3. I.R.S.	2	6	272	225	251	220	49	10	1035	11.19	
4. D.P.C.	--	8	350	260	83	12	24	12	749	8.10	
5. G.E.C.A.	--	20	385	248	40	10	30	10	743	8.03	
6. Dermatitis	--	2	215	96	43	5	11	--	372	4.02	
7. B.N.M.	--	2	94	46	24	--	--	--	166	1.79	
8. Conjuntivitis	--	2	80	60	12	2	2	--	158	1.71	
9. Bronquitis	--	--	62	57	26	--	2	--	147	1.59	
10. Amigdalitis	--	2	26	50	20	17	6	2	123	1.33	
11. Otras causas	--	--	90	95	60	20	307	1	573	6.19	
TOTALES	2	110	2911	2045	775	293	3069	48	9253	100.00	

FUENTE: Archivo del Centro de Salud de la Cabecera Departamental de Totonicapán.
1,983.

TABLA N°. 5

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE TOTONICAPAN
AÑO 1.983

CAUSAS	DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS	Porcentajes.									
		De 0 a 7 días.	De 8 a 29 días.	De 30 días a menores 1 a. años.	De 1 a 4 años.	De 5 a 9 años.	De 10 a 14 años.	De 15 a 49 años.	De 50 años y más.	Total.	TOTAL.
1. G.E.C.A.	5	8	93	56	13	6	30	61	272	23.35	
2. B.N.M.	11	32	92	59	9	9	17	16	245	21.03	
3. Saracíon	--	12	69	64	16	2	--	--	163	13.99	
4. D.P.C.	3	3	8	12	1	--	10	59	96	8.24	
5. Senectud	--	--	--	--	--	--	--	68	68	5.84	
6. Tos ferina	--	7	17	10	4	--	--	--	38	3.26	
7. Parasitismo	--	--	2	20	5	1	1	1	30	2.58	
8. Intoxicación alcohólica	--	--	--	--	--	--	18	9	27	2.32	
9. Inanición	19	--	--	--	--	--	--	--	19	1.63	
10. Sufrimiento fetal	18	--	--	--	--	--	--	--	18	1.54	
11. Otras causas	20	3	9	13	2	5	61	76	189	16.22	
TOTALES	76	65	290	234	50	23	137	290	1165	100.00	

FUENTE: Registro Civil de la Municipalidad de la Cabecera Departamental de Totonicapan

ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACION DE RESULTADOS RELATIVOS A LA EVALUACION DEL PROGRAMA SISTEMAS COMUNITARIOS INTEGRADOS DE SALUD Y NUTRICION.

DISTRITO DE SALUD DE TOTONICAPAN

De acuerdo a los datos reunidos, se determinaron los siguientes aspectos:

ORGANIZACION:

1. El programa ha contado con el apoyo de las más altas autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quienes contando con la ayuda de AID y de acuerdo a las actividades planificadas, se estima que han asignado los recursos financieros suficientes para el proyecto.
2. El programa se planificó a nivel regional y en forma autocrática, ya que no se tomó en cuenta la participación de la comunidad y otros grupos y/o entidades ligadas a la salud para la organización, planificación, implementación, desarrollo y vigilancia y evaluación del mismo.
3. En lo relacionado a la organización se determinó que a nivel central se han efectuado cambios de personal, lo que ha afectado significativamente el proceso de gestión/desarrollo y/o ejecución del programa.

PLANIFICACION:

1. El programa no fue planificado adecuadamente, ya que de acuerdo a la información que se presenta en la revisión biográfica referente al mismo, se determinó que:

- 1.1. No se delimitaron adecuadamente los objetivos, pues no se establecieron claramente las metas en relación al espacio, tiempo y cantidad ya que, para la ejecución de las actividades no se especificaron los universos a cubrir y no fueron definidas las actividades a realizar en cada Distrito de Salud involucrado en el desarrollo del programa, así también, no se contó con una programación de actividades para ser desarrolladas en el transcurso de cada año que comprende el proyecto (cronograma).
- 1.2. En la planificación del programa, no fueron creados indicadores de vigilancia y/o evaluación.

IMPLEMENTACION :

1. A pesar de no contar con una planificación adecuada, el programa no ha sido implementado de acuerdo a la misma planificación, criterio que afecta a todos los componentes del programa, ya que:
 - 1.1. No se respetaron los criterios establecidos para la selección de comunidades.
 - 1.2. No se ha brindado el apoyo y suministros necesarios y adecuados para la ejecución del programa, como se observará adelante.

EJECUCION Y/O DESARROLLO

A manera general, es necesario mencionar que en el anteproyecto y en la planificación del Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición, no se delimitaron adecuadamente los objetivos, las actividades y las poblaciones a servir. - No se encontró ninguna programación anual de actividades. An-

te estas limitaciones se tomó como base para la evaluación, la programación tradicional del Distrito de Salud de Totonicapán para 1,983.

Como se puede observar en las tablas N°s. 1-A y 1-B, donde se muestran las coberturas alcanzadas en las actividades comprendidas en el componente que el programa ha denominado como Atención Primaria de Salud. El cálculo de las coberturas se realizó en relación al total de población de cada rubro y en relación al número programado. Los comentarios se emitirán llevando el orden de cada subcomponente.

ATENCION MATERNO-INFANTIL Y ATENCION GENERAL:
Se presentan los datos relativos a las consultas atendidas por personal institucional en relación a la demanda voluntaria de la población durante el primer semestre de 1,983 (enero a junio), ya que en el segundo semestre se formó el Centro Integrado de Área, teniendo como sede el Hospital Nacional de la localidad, que funciona como centro de referencia para toda el Área de Salud del Departamento, por lo que considerando que estas actividades no fueron específicas para el Distrito de Salud de Totonicapán, no fueron tomadas en cuenta para el estudio.

Llama la atención las coberturas alcanzadas en algunos rubros donde sobrepasan el doble de las actividades planeadas, observándose que pareciera existir una relación inversamente proporcional en las coberturas en relación a la edad de los pacientes. - El rubro donde la cobertura se considera muy baja es en Planificación Familiar. En atención General, las coberturas en relación al número programado son bajas. Pero, si observamos las coberturas en relación al total de población de cada rubro, se nota que todas por lo general son bajas. Las concentraciones de consultas, son satisfactorias en relación al número programado generalmente. Se considera que la actividad relacionada a la de-

tección de casos de tuberculosis es muy baja.

El hecho de observar coberturas bastante satisfactorias en relación al número programado, cuando las coberturas en relación al total de población de los diferentes rubros es baja, hace resaltar los siguientes aspectos:

A- Las proporciones de población que se programó atender son muy bajas, aunque es necesario comprender que las programaciones en nuestro medio se realizan en relación a los recursos disponibles.

B- La población ha respondido adecuadamente en demanda de la prestación de servicios de salud.

C- El personal involucrado en la atención de consultas, ha tenido que producir más de lo que potencialmente está capacitado - producir.

D- Es necesario incrementar el número de personal existente para poder aumentar las coberturas en relación a los universos totales.

INMUNIZACIONES: Al finalizar el año 1,983, no se habían iniciado las actividades correspondientes al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). En unas ocasiones se trató de poner en marcha el mismo, y se hicieron actividades de promoción, pero al llegar la fecha de la ejecución hizo falta parcial y/o total del suministro, o no llegó en la fecha planeada, con lo que los habitantes de las comunidades se sentían engañadas y posteriormente rechazaron estas actividades.

Las coberturas que se reportan en el presente trabajo, son el resultado de las vacunaciones realizadas por el sistema tradi-

cional de dos campañas al año. Las coberturas son bajas en relación al número programado y en relación al total de población de cada rubro lo son más. Esto demuestra que el programa no ha introducido cambios en las comunidades donde se ha implementado en el Distrito de Salud de Totonicapán y por lo tanto, la población está expuesta a seguir presentando casos de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas prevenibles por vacunación invariabilmente a los años anteriores.

NUTRICION: Es sorprendente que siendo las deficiencias nutricionales una de las más importantes causas de morbi-mortalidad en el país, pues es conocido que en nuestro medio hasta el 80% de la población sufre algún grado de desnutrición, en el desarrollo del programa y al finalizar el año 1,983 no se habían iniciado las actividades correspondientes a este sub-componente.

REHIDRATACION ORAL: Sorprende también que en este sub-componente, la actividad se limitó a proporcionar 100 sobres de rehidratación oral a cada promotor, con lo que la cobertura en relación al número planeado fue muy baja y a pesar de ello no se llevó un control adecuado del destino de estos sobres. Es bastante conocido que la enfermedad diarreica es una de las principales causas de morbi-mortalidad en nuestro medio y sin un adecuado manejo de recursos tendientes a mejorar la salud de la población, estas causas seguirán su tendencia sin sufrir modificación alguna.

VISITAS DOMICILIARIAS: En este rubro se alcanzó una cobertura baja en relación al número programado, estas actividades no se especificaron para cada grupo de edad. Es necesario incrementar el número de visitas domiciliarias para propiciar la detección precoz o temprana de acasos de alto riesgo y el adecuado manejo ambulatorio de pacientes.

SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR PERSONAL COMUNITARIO: El personal comunitario aún se encontraba en adiestramiento en 1,983, por lo que sólo fue posible determinar el número de partos asistidos por comadronas que fueron captadas por el Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición para ser adiestradas en el desarrollo del mismo. La cobertura alcanzada por las comadronas es bastante satisfactoria. Este hecho pone de manifiesto una mayor demanda de la población al personal comunitario en relación al personal institucional, lo que en determinado momento puede ser un apoyo bastante eficaz a nivel de la comunidad, por lo que tiene que tomarse en cuenta una capacitación adecuada a este tipo de personal.

PERSONAL DE SALUD: Se presentan los datos de las coberturas alcanzadas por los diferentes instrumentos con que cuenta el Distrito de Salud de Totonicapán, en relación a la población total:

Médico, Enfermera y Auxiliar de Enfermería: La cobertura alcanzada por estos instrumentos es muy baja en la atención de consultas por demanda voluntaria de la población, a pesar de que las coberturas logradas en relación al número programado en los diferentes grupos etáreos puede considerarse satisfactoria, lo cual sugiere que es necesario incrementar el número de personal institucional existente ya que también parte del tiempo contratado lo dedican a labores de carácter administrativo.

Técnico en Salud Rural (T.S.R.): No tiene cobertura específica, ya que su función es la de mantener una comunicación adecuada entre los servicios de salud y la comunidad. Considerando que el T.S.R. es el encargado de los promotores Rurales de Salud y que cada uno de ellos está en la capacidad de cubrir a 50 familias con un promedio de 5 miembros cada una, asumimos que los T.S.R. potencialmente alcanzan una cobertura de 60.21% en las comunidades donde se ha implementado el Programa Sistemas Comuni-

tarios Integrados de Salud y Nutrición y a un 31.61% en relación a la población total, que a pesar de todo son coberturas muy bajas.

Con respecto al personal de salud a nivel comunitario, ya se dijó que aun se encontraba en adiestramiento en 1,983.

SANEAMIENTO AMBIENTAL: En este componente se presentan las actividades realizadas en relación a proyectos de agua y letrinización, observándose que alcanzaron coberturas satisfactorias. En el sub-componente Mejoramiento de la Vivienda, al finalizar el año 1,983 aún no se habían iniciado las actividades, lo cual pone en duda la efectividad del programa, ya que se recomienda que al iniciar proyectos de introducción de agua es necesario iniciar simultáneamente proyectos de mejoramiento del ambiente y específicamente en el sistema de drenajes, pues de lo contrario en vez de causar un beneficio, se dará lugar a problemas relativos a las aguas servidas.

VIGILANCIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES: En el presente trabajo sólo se evaluaron las actividades relacionadas al control de brotes epidémicos, donde puede notarse que la actividad es mínima, logrando una cobertura total.

CAPACITACION DE PERSONAL: En la planificación general del programa, se había contemplado poner en marcha estas actividades en 1,981, pero no fue sino hasta 1,982 cuando se iniciaron los adiestramientos para personal institucional y en 1,983 se iniciaron los adiestramientos para personal comunitario. Al finalizar el año 1,983 no se habían iniciado las actividades de re-adiestramiento.

En este componente se presentan las coberturas alcanzadas en la capacitación de personal, donde se observa que tanto a ní-

vel institucional como comunitario son satisfactorias. Esto puede tomarse como una promesa para que en el futuro aumente la cobertura de los servicios de salud, contando con el apoyo de personal comunitario, siempre y cuando se lleve un adecuado registro de actividades en todos los niveles.

EDUCACION EN SALUD: Al finalizar el año 1,983 no se habían iniciado las actividades en este componente, tanto a nivel institucional como comunitario.

SISTEMAS DE APOYO: En el presente estudio se buscaba determinar los datos referentes a actividades de información y/o manejo de datos y actividades de mantenimiento y recuperación de la capacidad instalada, pero al finalizar el año 1,983, aun no se habían iniciado las actividades en las mismas, lo cual es lamentable ya que cualquier proyecto para beneficio de la población - es necesario que se inicie con sus correspondientes sistemas de apoyo, tanto a nivel institucional como comunitario.

Llama la atención que las coberturas alcanzadas son por lo general satisfactorias en los otros componentes del Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición, excluyendo - al denominado como Atención Primaria de Salud. Los resultados obtenidos deben ser manejados con mucho cuidado, ya que la cantidad de actividades programadas y ejecutadas es reducida, lo que en última instancia podría justificar muchas de las coberturas alcanzadas.

En la tabla No. 3 y las gráficas N.os 1 al 4, se presentan diferentes Indicadores del Estado de Salud, estudiados en las comunidades donde se ha implementado el Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición en el Distrito de Salud de Totonicapán. El estudio se efectuó por el seguimiento de las diferentes tasas a través de 10 años, comprendidos entre 1,974 a

1,983. Los datos se obtuvieron del Registro Civil de la Municipalidad de Totonicapán.

Como puede observarse en los datos aportados, los movimientos de población reflejados en los diferentes Indicadores del Estado de Salud estudiados son irregulares, pero a pesar de ello puede notarse que no se han registrado cambios de mayor importancia en ninguna de las tasas en los últimos años, y sobre todo - cambios positivos como se perseguía con la introducción del programa, lo que debe ser considerado con especial atención. Esto hace pensar que a nivel de la comunidad y al finalizar el año 1,983 no se habían logrado causar impacto alguno.

De acuerdo a los datos reportados, tenemos que los valores de todas las tasas se encuentran demasiado elevadas, ya que en relación a los diferentes indicadores y tomando como base también diferentes criterios, observamos que:

TASA DE MORTALIDAD GENERAL: Los valores de esta tasa oscilan entre 14.04 y 30.94 con promedio de 17.42 por 1,000 habitantes, lo que pone de manifiesto la influencia de factores genéticos, hereditarios, constitución física, psíquica y socio-cultural del individuo, medio ambiente con sus factores físico, socio-económico y cultural en las comunidades donde se ha implementado el programa en el Distrito de Salud de Totonicapán, ya que en los países desarrollados los valores son menores de 10 por 1,000 habitantes.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POST-NEONATAL: Estas tasas presentan valores muy variables. Puede observarse sin embargo que los valores de la tasa de mortalidad infantil oscilan entre 107.70 y 173.34 con promedio de 126.50 por 1,000 nacidos vivos, notándose claramente que está elevada a expensas de la tasa de mortalidad post-neonatal que presenta valo

res que oscilan entre 64.52 y 114.47 con promedio de 79.56 por 1,000 nacidos vivos. A nivel mundial la tasa de mortalidad infantil oscila entre valores de menos de 15 en países desarrollados a 200 por 1,000 nacidos vivos en países en desarrollo. De acuerdo a las metas que se persiguen en la Estrategia Salud Para Todos en el Año 2,000, los valores deben ser menores de 30 por 1,000 nacidos vivos.

La tasa de mortalidad infantil depende esencialmente de las modificaciones que suceden en el medio ambiente y refleja - la magnitud de los problemas de salud que son los responsables de la defunción de lactantes como enfermedades diarreicas y respiratorias, la malnutrición y otras enfermedades infecciosas específicas y perinatales. Indica también el grado de asistencia prenatal y post-natal de la madre y el lactante, el nivel higiénico del medio y en términos generales el desarrollo socio-económico de una sociedad. Se ha observado que la tasa de mortalidad infantil tiene relación inversamente proporcional con el nivel socio-económico de los progenitores.

TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD: Los valores de esta tasa oscilan entre 23.72 y 115.59 con promedio de 39.24 por 1,000 niños de esta edad. Los valores de esta tasa a nivel mundial oscilan entre 0.4 en países desarrollados a 100 en países menos desarrollados. De acuerdo a las metas que se persiguen en la Estrategia Salud para Todos en el año 2,000 los valores deben ser menores a 2.4 por 1,000 niños de esta edad. Esta tasa refleja los riesgos para la salud en condiciones ambientales adversas como malnutrición, escasa higiene, enfermedades infecciosas, etc.

TASA DE MORTALIDAD MATERNA: Los valores de esta tasa se encuentran relativamente bajos, oscilando entre 0.63 y 3.70 con promedio de 2 por 1,000 nacidos vivos, considerándose que está

influenciada por el subregistro. A nivel mundial, la tasa de mortalidad materna oscila entre valores de 0.1 en países desarrollados a más de 10 por 1,000 nacidos vivos en los países en desarrollo. Esta tasa refleja los riesgos a los que están expuestas las madres - en el curso del embarazo y el parto y que está directamente influenciada por las condiciones socio-económicas generales, condición de salud insatisfactoria antes del embarazo, la incidencia de distintas complicaciones del embarazo y parto; la disponibilidad y utilización de los servicios de atención de salud y en particular la atención prenatal y obstétrica.

TASA DE MORTINATALIDAD: En esta tasa se observaron valores que oscilan entre 43.42 y 82.92 con promedio de 65.72 por 1,000 nacidos vivos. A nivel mundial esta tasa tiene valores - muy variados y pone de manifiesto la incidencia de problemas relativos a la herencia y genéticos, la atención prenatal y factores ambientales y socio-económicos que influyen en la mujer embarazada.

TASA DE NATALIDAD: Los valores de esta tasa oscilaron entre 47.16 y 56.23 con promedio de 50.14 por 1,000 habitantes. A nivel mundial los valores de esta tasa oscilan entre 10 en países - con baja fecundidad y 50 por 1,000 habitantes en países con elevadas fecundidad y pone de manifiesto que son frecuentes los nacimientos de madres adolescentes y de edad madura y que son breves los intervalos entre los nacimientos.

TASA DE CRECIMIENTO VEGETATIVO: Esta tasa presentó valores que oscilan entre 16.36 y 41.75 con promedio de 32.72 por 1,000 habitantes. A nivel mundial esta tasa se encuentra en valores menores de 10 por 1,000 habitantes en los países desarrollados.

ESTRUCTURA DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD: En las ta-

blas Nos. 4 y 5 se presentan las 10 primeras causas de consulta y de mortalidad respectivamente y su distribución en diferentes grupos etáreos de acuerdo a los datos registrados en el Centro de Salud y el Registro Civil de la Municipalidad de Totonicapán durante el año 1,983.

Puede observarse predominio marcado de enfermedades infecciosas y parasitarias del medio ambiente y prevenibles por vacunación y deficiencias nutricionales que afecta especialmente a niños de corta edad, quienes requirieron el 54.77% del total de consultas proporcionadas y donde ocurrieron el 57.08% del total de defunciones.

A pesar de que generalmente los archivos y registros de los servicios de salud cumplen especialmente con función de control administrativo y los registros de sucesos demográficos a nivel mundial son deficientes, y el medio de nuestro estudio no escapa de ello, se puede notar la influencia del medio ambiente en la estructura de la morbi-mortalidad, donde se observa que la población más afectada corresponde a los niños comprendidos en las edades de 1 mes a menores de 1 año y de 1 año a 4 años, afectándolos con problemas que se podrían contrarrestar si se aplicaran medidas correctivas en el medio ambiente tendientes a mejorar la salud de la población.

La población adulta no escapa de la influencia del medio ambiente, ya que como se observa, la intoxicación alcohólica aparece como una de las primeras 10 causas de mortalidad.

El hecho de que las estructuras de la morbilidad y mortalidad sean semejantes a las del resto de la República, viene a confirmar una vez más que el Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición no ha logrado causar ningún impacto en las comunidades donde se ha implementado en el Municipio de Totonicapán.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la evaluación del Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición efectuada en el Distrito de Salud de Totonicapán, se determinó que:

ORGANIZACION:

- El programa fue creado por las más altas autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para apoyo de los servicios de salud en las comunidades rurales de los Departamento de San Marcos, Sololá y Totonicapán, contando con la ayuda técnica y financiera de AID, considerando que han adjudicado los suficientes recursos financieros.
- Al programa no se le dio la importancia que merecía, ya que no se identificaron previamente y con claridad los problemas de salud relevantes para determinar la magnitud de cada uno de ellos y de esta manera encaminar adecuadamente las acciones.
- Por la mala organización, da la impresión que el programa fue creada con el fin de realizar actividades sin que se delimitaran claramente los objetivos.
- A nivel central se han efectuado cambios de personal que han afectado significativamente el proceso de gestión/ejecución del programa.

PLANIFICACION:

- El programa se planificó a nivel regional y en forma autocrática.

- El programa no fue planificado adecuadamente, ya que no se delimitaron adecuadamente los objetivos y no se establecieron un plan de acción detallado y un calendario de actividades - (cronograma) para el logro de los objetivos propuestos .
- No se ha prestado la atención que merecen las diferentes acciones del programa, ya que al inicio del mismo no se contempló la creación de indicadores y criterios para la vigilancia y evaluación ulterior del mismo .

IMPLEMENTACION:

- A pesar de que la planificación es deficiente, el programa no ha sido implementado de acuerdo a la misma planificación, criterio que afecta a todos los componentes, ya que:
 - * No se respetaron los criterios establecidos para la selección de comunidades.
 - * No se ha brindado el apoyo y suministros necesarios y adecuados para la ejecución de las actividades del programa .
- No toda la población del Distrito de Salud de Totonicapán dispone de los servicios del programa, ya que de 33 comunidades rurales, sólo se ha implementado en 18, donde reside el 52.49 % de la población total .

EJECUCION Y/O DESARROLLO:

- Al finalizar el año 1,983 no se habían iniciado las actividades en todos los componentes y para ese mismo año, la actividad propia del programa fue reducida .
- En unos componentes se ha tratado de iniciar las actividades ,

pero al llegarse la fecha de la ejecución, se ha fallado parcial o totalmente en el envío de suministros, lo que ha despertado el descontento de los habitantes de las comunidades donde se ha implementado el programa .

EFECTOS Y/O IMPACTO:

- Al finalizar el año 1,983 la eficacia del programa había sido mínima y no se había causado algún impacto y/o efecto en las comunidades donde se ha implementado el mismo .

RECOMENDACIONES

A- GENERALES:

1. Es necesario que se evalúe a fondo la viabilidad del programa, poniendo énfasis en la pertinencia e identificación de problemas de mayor importancia para lograr una adecuada formulación del mismo.
2. Para que pueda causar algún impacto a nivel de las comunidades donde se ha implementado el programa, es necesario que sea replanificado, incluyendo también su respectiva calendarización de actividades (cronograma) y de acuerdo a esto implementarlo oportunamente.
3. Que este trabajo sea tomado como base para futuras evaluaciones del programa u otros proyectos que se pongan en marcha en la región.
4. Los resultados aportados en el presente trabajo deben ser - manejados con precaución, ya que:
 - El programa aún se encuentra en marcha.
 - Generalmente para que se observe el impacto o efecto de un programa, tiene que transcurrir un período aproximado de 5 años.
5. Al crear proyectos de este tipo, es necesario realizar una adecuada planificación, especificando claramente los problemas identificados en la región, cuáles de ellos se van a tratar, porque se van a tratar, qué se va a lograr tratándolos y a qué tiempo y cómo se van a tratar, determinando =

así también los mecanismos de evaluación.

B- ESPECIFICOS:

1. ATENCION PRIMARIA DE SALUD:

- Que se definan clara y detalladamente las poblaciones a cubrir y especificar para cada Distrito de Salud la forma de realizar las actividades.
- Que sea incrementado el número de personal institucional para poder cubrir a mayor proporción de población que asiste en demanda voluntaria de consulta.
- Que sean registradas adecuadamente las actividades realizadas por el personal comunitario a manera de lograr coberturas reales por el personal de salud tanto a nivel institucional como comunitario.
- Que sea implementado adecuadamente el Programa Ampliado de Inmunizaciones a manera de reducir las muertes y casos de enfermedades prevenibles por vacunación y que en la actualidad afectan en mayor proporción a niños entre los primeros 4 años de vida.
- Que sean implementadas las actividades en el sub-componente nutrición para reducir los casos y muertes por enfermedades carenciales o sus complicaciones.
- Crear un adecuado sistema de detección, tratamiento precoz, registro y seguimiento de casos de deshidratación - en busca de reducir las muertes y casos por esta causa.
- Incrementar las actividades en la detección de casos de tuberculosis.

2. SANEAMIENTO AMBIENTAL

- Aumentar el número de proyectos a realizar tanto en lo relacionado a acueductos como a letrinización.

- Implementar el programa de mejoramiento de la vivienda.

3. VIGILANCIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES:

- Crear un adecuado sistema para la detección precoz de enfermedades transmisibles, tanto en forma individual como colectiva.

4. EDUCACION EN SALUD:

- Implementar las actividades a nivel institucional y comunitario.

5. CAPACITACION DE PERSONAL:

- Capacitar al 100% de personal institucional disponible.

- Implementar las actividades de readiestamiento para personal comunitario para retroalimentar los conocimientos adquiridos en el adiestramiento.

6. SISTEMAS DE APOYO:

- Crear un adecuado sistema de suministros en todos los niveles involucrados en el desarrollo del programa para el desarrollo de las actividades.

- Capacitar al personal institucional involucrado en el control de información y/o manejo de datos como se contempla

ba en la planificación del programa

- Implementar las actividades de mantenimiento y recuperación de la capacidad instalada.
 - Reforzar las actividades de asesoría, adiestramiento y evaluación en todos los niveles.

RESUMEN

La evaluación del Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición se efectuó en base a la consulta de archivos, donde se determinó que:

POLITICA SANITARIA:

1. Hubo compromiso de las más altas autoridades del sector sa -
lud y el programa fue enmarcado en el Plan Nacional de -
Salud para el período presidencial 1,978 - 1,983. Se es- -
tableció un organigrama donde pueden observarse claramen- -
te 3 niveles: El Superior o Dirección del Proyecto, el Ni- -
vel Técnico-Administrativo y el Nivel Local Aplicativo -
que involucra la Jefatura de Área de Salud, los Distritos -
con sus Centros y Puestos de Salud y la comunidad.
 2. De acuerdo a las actividades planificadas, se considera -
que el programa ha tenido suficiente apoyo financiero.
 3. El programa fue impuesto a las comunidades donde se im- -
plementó, las que no fueron tomadas en cuenta para la pla- -
nificación.
 4. No se buscó el apoyo de los grupos profesionales, las Fa- -
cultades de Medicina, Escuelas de Enfermería y otras agru- -
paciones relacionadas con la salud para aspectos de plani- -
ficación y/o ejecución del programa.
 5. Al inicio del programa no se crearon indicadores de vigi- -
lancia y evaluación.
 6. Ha existido apoyo internacional, tanto financiero como
técnico.

7. No se delimitaron claramente los problemas relevantes, los objetivos, las actividades y las poblaciones específicas a beneficiar.
8. El Programa no ha sido implementado de acuerdo a su planificación.
9. En lo relativo al aspecto administrativo, se han dado cambios continuos, lo que ha hecho que las políticas se fueran modificando en el transcurso del tiempo y de acuerdo a la forma de pensar de los conductores del proyecto a nivel central, estropeando especialmente el proceso de gestión y desarrollo del mismo.

PRESTACION DE ATENCION DE SALUD:

A manera general, se determinó que en el Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición no fueron delimitados claramente los problemas relevantes, objetivos, actividades y población a atender. Sólo se encontró una programación que involucra a toda la región donde se ha implementado el programa y para toda la duración del proyecto, ante lo cual, las coberturas se calcularon en base a la programación tradicional anual propia del Distrito de Salud de Totonicapán, de donde se formaron los siguientes criterios:

1. En la atención de Consultas por demanda Voluntaria de la población, se han alcanzado coberturas que se podrían considerar satisfactorias, pero en relación a la población de cada rubro las coberturas son muy reducidas, esto nos hace pensar que es necesario incrementar el número de personal institucional existente.

2. En Inmunizaciones no se habían iniciado las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones al finalizar el año 1,983, pero en cambio, por el incumplimiento en el desarrollo de las actividades anunciadas se había despertado rechazo en los habitantes de las comunidades. Las vacunaciones se realizaron por el sistema tradicional de campañas al año, arrojando coberturas muy bajas.
3. En Rehidratación Oral no se había llevado un control adecuado de los recursos y manejo de casos.
4. Al finalizar el año 1,983 no se habían iniciado las actividades en el sub-componente Nutrición.
5. En Saneamiento Ambiental se había logrado una cobertura aceptable en relación a proyectos de acueductos y letrinización programados. En el subcomponente Mejoramiento de la Vivienda no se habían iniciado las actividades.
6. En Vigilancia y Control de Enfermedades la actividad ha sido mínima.
7. Al finalizar el año 1,983, no se habían iniciado las actividades de Educación en Salud.
8. En Capacitación de Personal, se han logrado coberturas satisfactorias tanto a nivel institucional como comunitario.
9. En los Sistemas de Apoyo, la actividad ha sido mínima e irregular.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ESTADO DE SALUD:

Al finalizar el año 1,983, el Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición no habían logrado causar ningún efecto a nivel de las comunidades implementadas pues los indicadores no han modificado su tendencia y las estructuras de la morbi-mortalidad son similares a las del resto de la República.

1. Annis, Sheldon. **Estudio de los servicios de salud en los departamentos de Sololá, Totonicapán y San Marcos para el préstamo propuesto entre AID y el MSPAS.** Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1,980. 173 p.
2. Klein, Robert E. et al. **Evaluación del impacto de los programas de nutrición y de salud.** Washington, OPS, 1,982. 234p.. (Publicación científica OPS No. 432)
3. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Agencia para el Desarrollo Internacional. **Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición.** 1980. 80p.
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Agencia para el Desarrollo Internacional. **Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición. Guía para la implementación del Programa Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición en las áreas de salud de Totonicapán, San Marcos y Sololá.** 1982. 29 p.
5. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Agencia para el Desarrollo Internacional. **Sistema Integrado de servicios de salud a nivel de la comunidad; Anteproyecto, préstamo presupuestado MSPAS-AID.** 1980. 161p.
6. Organización Mundial de la Salud. **Evaluación de los programas de salud; Normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud.** Ginebra, 1982.

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS
DE LA SALUD
(C I C S)

7. Organización Mundial de la Salud. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2,000!. Ginebra, 1981. 100p.
8. Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el año 2,000; Estrategias. Ginebra, 1981. 100p.
9. Organización Mundial de la Salud y Oficinas Panamericana de la Salud. Salud para todos en el año 2,000; Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Washington, 1982. 98p.

Eduquedelles

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA - UNIDAD DE DOCUMENTACION

FORME:

Dr. Jaime Rolando Ríos Herrera.
ASESOR.

Do. Jaime Rolando Ríos Herrera
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 2167

SATISFECHO:

Dr. Humberto Aguilera
REVISOR.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DIRECCION
FASE III
Guatemala, C.A.

PROBADO:

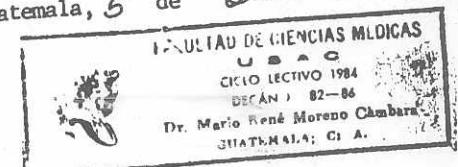


DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:

Dr. Mario René Moreno Cambara
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C .

Guatemala, 5 de Octubre de 1984-



Dr. Mario René Moreno Cambara
GUATEMALA, C.A.

Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Reglamento de Tesis, Artículo 44).