UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# SALUD COMUNITARIA
# EVALUACION DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA DURANTE EL PERIODO DE 1985 A 1992 Y 1995

Estudio descriptivo-observacional, realizado en el Departamento de Salud Comunitaria del Hospital Nacional de Antigua Guatemala

SANDOR RENE MENDEZ VELASQUEZ

MEDICO Y CIRUJANO

## INDICE


| | Contenido | Página |
|---|---|---|
| I. | INTRODUCCION | 01 |
| II. | DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA | 02 |
| III. | JUSTIFICACION | 04 |
| IV. | OBJETIVOS | 05 |
| V. | REVISION BIBLIOGRAFICA | 06 |
| VI. | METODOLOGIA | 18 |
| VII. | EJECUCION DE LA INVESTIGACION | 24 |
| VIII. | PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS | 25 |
| IX. | CONCLUSIONES | 40 |
| X. | RECOMENDACIONES | 41 |
| XI. | RESUMEN | 42 |
| XII. | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 43 |
| XIII. | ANEXOS | 46 |

# I. INTRODUCCION

La investigación evaluativa de un programa de Salud Comunitaria nos permite analizar los cambios que el mismo pudo haber tenido, a la vez de darnos información para realizar algunas sugerencias y recomendaciones para su mejor desenvolvimiento.

El presente estudio recopila datos estadísticos de los indicadores de salud considerados por el Programa de Medicina Comunitaria del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, con el fin de hacer una comparación de tres momentos determinados.

Se trató de obtener dicha información de 1985 con el objetivo de establecer el nivel de salud al inicio del Programa, así como de 1992 y 1995, para determinar los logros obtenidos en el transcurso de los años. En éste sentido, se inició la recopilación de dicha información, investigándose en todas las fuentes posibles; sin embargo, desde un inicio se notó cierta resistencia a la evaluación y a sus resultados, no siempre se encontró la disposición ideal para proporcionarnos los datos requeridos, a la vez que tampoco fue posible en la mayoría de los casos obtener los datos estadísticos de los archivos existentes, siendo necesario en más de una ocasión emitir juicios cuantitativos basados en información verbal.

En resumen, se determinó que los indicadores de salud considerados por el Programa han mejorado considerablemente sin embargo, se considera válida la crítica constructiva con el objetivo de mejorar en los aspectos donde se detectaron deficiencias

## II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

En la actualidad, Guatemala como uno más de los países subdesarrollados, figura a nivel mundial ocupando los mayores índices de desnutrición y mortalidad infantil y materna, debido en gran parte a las malas políticas de salud implantadas por las distintas autoridades encargadas de orientar, planificar y ejecutar los programas de salud. Se menciona lo anterior, ya que como todos sabemos, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP y AS) destina el más alto porcentaje del presupuesto asignado al aspecto curativo y no al preventivo.

Según la declaración de Alma Ata, en 1978, delegados de distintos países se comprometieron a adoptar a la Atención Primaria en Salud (APS), como estrategia para alcanzar la Salud Para Todos en el año 2,000; tal parece que dicha estrategia no ha sido tomada en cuenta a plenitud por nuestras autoridades sanitarias, en contraposición a ésto, en varias ocasiones se ha malinterpretado, ya que en años anteriores se llegó al extremo de reprimir a pobladores rurales por el hecho de organizarse en Comités Sanitarios y otros de diversa índole; aparentemente ésta práctica inhumana e incoherente ha mermado, lo que en cierta forma ha permitido que las comunidades rurales que son las más necesitadas de mejorar su situación en salud puedan organizarse e incluso definir propiamente sus problemas, las causas de éstos y sus posibles soluciones, así como en la operativización de los mismos; es así como poco a poco se han implementado Programas de Salud orientados con la estrategia de la A.P.S. y financiados por las propias comunidades, cooperativas. Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) e incluso en algunos casos por el mismo M.S.P. y A.S.

Es la propia población la que ha de decidir su colaboración y participación activa en la promoción y el mantenimiento de su propia salud y la de sus comunidades. Esto exige un compromiso, y un compromiso significa una instrucción adecuada.

La Atención Primaria en Salud ha puesto en relieve la necesidad de una educación sanitaria más dinámica en donde sea puesta como base la metodología participativa, para que de ésta forma sea la misma población quien decida y participe en las acciones a seguir, con el afán de mejorar sus condiciones de salud, no importando el nivel de instrucción, sexo, lugar de origen, religión, etc.; siempre y cuando residan en la comunidad,



como condición sine qua non, para conocer realmente la situación, los problemas y sus causas reales. De ésta manera serán capaces de encontrar soluciones viables y reales en lo que respecta a su propia salud.

Este tipo de metodología está siendo utilizada por distintos programas de Salud Comunitaria y en el caso que nos interesa, por el Programa de Medicina Comunitaria del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, en donde se han introducido algunos cambios en la forma de prestar los servicios después de que hicieron un análisis y tomaron conciencia de que muchos de los problemas de salud podrían resolverse a nivel primario o sea directamente en la comunidad por medio de la A.P.S., haciendo uso de la promoción y la prevención, apoyándose en la participación activa de la comunidad. Tenemos que tomar en consideración que ésta participación comunitaria debe ser real y funcional para que así sean valederos los resultados y en esa medida el impacto que tenga el programa será representativo de una realidad concreta; de esa manera nos planteamos la importancia que conlleva la evaluación del impacto que ha tenido el programa, por lo que se realizó la presente investigación tomando como base la fecha que inició el programa (1985), hasta los años de 1992 y 1995; ésta evaluación permite razonar y evaluar obstáculos o problemas, así como la efectividad o el éxito que el programa pudo alcanzar.

## III. JUSTIFICACION

Los trabajadores en salud sabemos que la Medicina Preventiva es la estrategia fundamental para el logro de la salud de una población, por lo tanto la creación de Programas de Medicina Comunitaria es de suma importancia para el logro de tal meta.

Idealmente todo programa o proyecto de cualquier índole, debe ser objeto de evaluaciones periódicas con el fin de determinar si se han alcanzado las metas deseadas o si por el contrario, las mismas no se han cumplido del todo y tratar de establecer las posibles causas.

El Programa de Medicina Comunitaria del Hospital Nacional de Antigua Guatemala tiene cerca de 10 años de estar funcionando, y según testimonio de algunas personas que laboran en él, así como de algunas autoridades hospitalarias, se ha logrado disminuír significativamente la morbilidad en el área geográfica que abarca el Programa, llámese área de influencia del programa, que actualmente corresponde a lo que es el casco urbano de la ciudad de Antigua Guatemala. Por lo tanto se considera necesario establecer qué impacto ha tenido el programa, ya sea éste Positivo o Negativo, para poder contribuir de manera constructiva en su consecuente desenvolvimiento.



## IV. OBJETIVOS

**OBJETIVO GENERAL:**

1. Evaluar el impacto del Programa de Salud Comunitaria del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, desde su inicio hasta 1,995.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Determinar si se modificaron los indicadores de salud considerados por el Programa en el período comprendido 1,985 a 1,992 y 1,995.

2. Establecer el grado de participación de la población del casco urbano de la ciudad en el Programa de Salud Comunitaria.

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

### A.) COMUNIDAD:

Bajo éste concepto entendemos a una diversidad de agrupaciones sociales que viven en un determinado territorio y que comparten intereses comunes. (1,5).

### B.) ATENCION PRIMARIA EN SALUD:

Desde 1,975 los trabajadores de salud de todo el mundo han estado hablando de la Atención Primaria en Salud (A.P.S.) como "todas las medidas fáciles y efectivas que están al alcance de la gente que sufre y siente dolor... para mejorar la vida de cada persona, de cada familia y de cada comunidad". Su meta es **SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2,000** (11).

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), señala un Programa de A.P.S. como un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades, la existencia de salud indispensable, en forma que responda aceptable y proporcionalmente a sus recursos y con plena participación (13).

La O.M.S. establece que un Programa de Salud en una comunidad debe preocuparse en:

-Servicios básicos de salud curativa y control de enfermedades infecciosas.
-Producción agrícola (técnicas y/o terrenos).
-Atención Materno-Infantil.
-El agua potable.
-Mejoramiento de la vivienda.
-Caminos rurales.
-Educación funcional para la comunidad.
-Salud mental de los pobladores.
-Planificación coordinada.
-Participación total de la comunidad en salud: proceso, planificación, operativización y evaluación, lo que permitirá una retroalimentación.



-Vacunación.
-Higiene personal.
-Mejoramiento de las técnicas de crianza de animales domésticos.
-Producción y proyectos comunales.

Las acciones para alcanzar las metas en Atención Primaria son integrales, es decir, que afectan no sólo a lo curativo sino que, fundamentalmente, a lo preventivo. Por esto se acostumbra denominarlas: **"prevención primaria"** (promoción y protección de la salud); **"prevención secundaria"** (curación) y **"prevención terciaria"** (rehabilitación), aplicando el concepto integrador de Historia Natural de la Enfermedad.

Para alcanzar salud para todos a través de la Atención Primaria y desarrollar los programas propuestos, es necesario readecuar y reorganizar los recursos físicos, humanos y materiales. En un gran número de sistemas de salud, dichos recursos están organizados por niveles ascendentes de complejidad; desde el Primer Nivel, que son Puestos y Centros de Salud, hasta el nivel más alto: Hospitales especializados. El cumplimiento de los objetivos trazados implica el uso de servicios básicos de salud con participación comunitaria, partiendo del propio núcleo familiar.

La Declaración de Alma Ata (13) señala que **"la Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métododos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante toda y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación".** La Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y núcleo principal; como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando, lo más cerca posible, la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

### C.) EL POR QUE DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD:

Porque nuestro país está comprometido en apoyar y promover la A.P.S. por ser

Miembro Activo de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.); es así como en el artículo No. 46 de la Constitución Política de la República de Guatemala, está contemplado el precepto legal.

Mucho más fundamento lo constituyen los problemas de salud imperantes en el país: el último Informe Anual de UNICEF, publicado el 22 de agosto de 1,996, que retoma el punto de los indicadores de salud existentes, resume que nuestra situación de salud, a nivel nacional, ha empeorado, enfatizando los siguientes puntos:

-Ubica a nuestro país en el 58 lugar, por registrar una tasa de mortalidad en menores de 5 años (TMM5) de 70 por mil nacidos vivos.

-De América, sólo Haití (127 por mil nacidos vivos) y Bolivia (110 por mil), registran TMM5 más críticas que las nuestras y que, además, está precedida por la mayoría de naciones africanas. En mejor situación a la nuestra se perfilan 142 países, como Nicaragua (TMM5=68), El Salvador (TMM5=56), Honduras (TMM5=54) y Costa Rica (TMM5=16).

-En cuanto a la esperanza de vida al nacer, Guatemala registra un promedio de 65 años; situación similar nos muestra Nicaragua y El Salvador, cuya media es de 66 años, Honduras con 67 años, mientras que en Costa Rica es de 76 años.

-El mencionado Informe Anual, sitúa a Guatemala como el país con el menor porcentaje de cobertura salubrista en relación al resto de países centroamericanos. Sólo el 34% de la población tiene acceso a éstos servicios, cuyo privilegio recae en 47% de pobladores urbanos. Regionalmente, en México el 78% de la población tiene acceso a tales servicios, 83% en Nicaragua, 40% de salvadoreños, 64% de hondureños y un 80% en Costa Rica.

-La situación de salud empeora debido a que solamente 62% de habitantes gozan del acceso al agua potable, la cual alcanza 92% en el área urbana y solamente 43% en el área rural. Situación diferente se observa en Costa Rica, en donde el 99% de la población rural tiene agua potable, así como 85% de los pobladores urbanos. La carencia de éste servicio desencadena, junto a otros factores, infecciones intestinales y consecutivamente diarreas, padecimiento más común en nuestros niños. No obstante, 24% de personas afectadas utilizan la Terapia de Rehidratación Oral (TRO), no sólo más económica, sino de vital importancia en el control de la mortalidad infantil por este padecimiento.



-En cuanto a la tasa de alfabetización, aquí se confirma que en Guatemala el 61% de varones saben leer y escribir, frente a un 45% de mujeres.

-Hasta el momento, 41% de los niños inscritos a la escuela primaria logran llegar al quinto año. Sin embargo, la proyección para el año 2,000 es de 76%, la cual refleja aún, un déficit de 35%.

-La falta de educación, principalmente de las mujeres, incide en la tasa de mortalidad materna, la cual es de 200 x 10 mil nacimientos. Las razones pueden variar, pero solamente 51% de los partos son atendidos por personal capacitado y únicamente 11% de las embarazadas se inmunizan contra el tétanos.

-La mortalidad infantil es causada principalmente por enfermedades prevenibles, como diarrea, infecciones respiratorias, desnutrición y las derivadas por la falta de aplicación de las vacunas; mientras que en el grupo materno es a consecuencia de falta de control del embarazo. Ambas situaciones, en la mayoría de casos, por falta de educación.

-Para medir el desarrollo humano, UNICEF utiliza principalmente la tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años; en Guatemala, en 1,960 ésta era de 205 por mil nacidos vivos, de 136 por mil para 1,980 y de 70 por mil nacidos vivos para 1,994. La reducción en el intervalo de los años 60 a los 80's fue de 2%, mientras que para 1,994, disminuyó 4.7%. Según la poryección del Informe, de 1,994 para el 2,000 se necesita de una reducción de por lo menos el 3.6%.

-El documento registra que el Producto Nacional Bruto (PNB) creció entre los años de 1,965 a 1,980 un 3%, pero para 1,993 decreció -1.2 por ciento. UNICEF considera que la TMM5 mide los resultados finales de desarrollo, la cual junto con la tasa de crecimiento del PNB (que fue negativo en nuestro caso) permiten perfilar el cuadro de avances logrados por una nación.

El propósito de la comparación, es contribuír con el establecimiento de políticas encaminadas a contrarrestar el impacto negativo de los puntos vulnerables de las naciones, para así facilitar el reconocimiento de prioridades que encaminen el progreso económico y social.

**D.) MEDICINA COMUNITARIA:**

Se entiende como Medicina Comunitaria a aquellas prácticas en salud que van orientadas a solucionar los verdaderos problemas de fondo, que padece la población, y no solamente las causas aparentes. Para que dicha práctica en salud sea exitosa, debe ser propia de la comunidad -autónoma es decir, ideada, analizada y ejecutada por la misma comunidad (1, 5, 9, 9, 10, 11, 19).

**E.) PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD:**

La A.P.S. ha puesto en relieve la necesidad de una educación sanitaria dinámica, dentro de un proceso educativo y participativo, que no se base únicamente en enseñar a la población a utilizar los recursos disponibles, como receptores pasivos aceptando soluciones convencionales inadecuadas, sino en el hecho de que las personas, cualquiera que sea su nivel de instrucción, tengan la capacidad de adoptar decisiones apropiadas, colaborar eficazmente y participar activamente en la promoción y mantenimiento de su salud y la de su comunidad.

La participación se desarrolla y perfecciona con la práctica, adquiriendo las siguientes características:

-Es activa, cuando la población interviene en sus diferentes etapas.

-Es consciente, cuando la población se ha enterado a fondo de los problemas, los traduce en necesidades sentidas y trata de resolverlos.

-Es responsable, cuando se compromete con las clases necesitadas y decide proceder con pleno conocimiento de sus efectos y obligaciones.



-Es deliberada, cuando la necesidad es aunar esfuerzos para lograr el objetivo común.

-Es sostenido, porque actúa permanente y conjuntamente para resolver problemas de la comunidad.

Sin embargo, no es posible considerar a la salud comunitaria, fuera del contexto político, por lo tanto los gobiernos deben legislar en favor de políticas que apoyen en forma prioritaria, los problemas de la comunidad (1, 2, 4, 5).

Los esfuerzos de los pobladores y las instituciones deben darse dentro de un proceso educativo que además será de doble vía y participativo; ésto quiere decir que tanto los educadores como los educandos reflexionen juntos sobre los problemas y sus causas, y también juntos, lleguen a acuerdos de cómo resolverlos.

En éste proceso aprenden todos de todos. Y en ésta dirección, algunos hablan de educación facilitadora-liberadora, y no paternalista-conservadora (2, 11). La participación debe ser hacia la integración de la comunidad, al proceso administrativo y al financiamiento de un servicio de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales, nacionales y de otros recursos disponibles.

Generalmente, se encuentra que la integración se produce por medio de cinco instrumentos:

1. Los Promotores o agentes de salud, si son originarios de la comunidad o forman parte de ésta.

Los Promotores son los individuos que reciben capacitación técnica bajo la supervisión de un profesional o auxiliar de la Unidad de Salud; desempeñan preferentemente, a voluntad, tareas de salud mínimas; más específicamente en acciones de promoción y capacitación. Se cree que debiera permitírseles acciones más amplias; ésto significa, capacitarlos de una manera más profunda, ya que en la mayoría de lugares en donde hay Promotores, la población no tiene acceso a servicios de salud mínimos, por lo que la gente confía mucho en sus Promotores, curanderos o comadronas y no en el profe-

sional, mejor capacitado y con estudios superiores, y más aún, si el profesion al no es oriundo ni radica en la comunidad con la que trabaja. También sirve de enlace, algunas acciones de desarrollo comunitario y la atención de morbilidad menor que se ven en la necesidad de desarrollar en sus comunidades.

2. Comités de Salud, o los organismos similares, dedicados a actividades del campo de la salud.

Son grupos formados por representantes de las comunidades y que son creados a iniciativa del sistema de salud de la comunidad (2, 9, 26).

3. Comité de Vecinos.

Es la organización formada por miembros de la comunidad, que tienen como finalidad velar por el mejoramiento de la misma, con asesoría dentro de la comunidad, pero ajeno a los servicios de la misma en la mayoría de los casos.

4. La comunidad colectivamente.

Actúa por medio de acciones en salud que son respaldadas por un número considerable de habitantes de la comunidad, que de alguna manera participan en el mejoramiento de la misma.

Las atribuciones de cada uno de los anteriores instrumentos, no significa que éstos no deban conjuntar esfuerzos para el análisis y solución de los distintos problemas de salud de la comunidad.

5. El líder.

El liderazgo es un factor primordial, derivado de las relaciones sociales al interior de un grupo humano, en cuya responsabilidad se delega y reconoce el ejercicio de poder de decisión para la conducta de acciones. Dentro del liderazgo tenemos dos categorías: el líder informal y el líder formal.

El primero es el individuo en quien la misma comunidad delega la responsabilidad



propia, porque lo considera más apto o más hábil para el cometido específico, ya que éstas personas han demostrado muchas veces trabajo y esfuerzo en favor de la comunidad; sin embargo, el cargo nunca le ha sido conferido públicamente mediante actos, leyes ni convencionalismos. El líder formal es el individuo que ejerce influencia en virtud de un nombramiento públicamente reconocido; la elección de éste último es más susceptible de manipulación o influencia de personas poderosas (2, 10, 15).

La presencia o ausencia de éste tipo de instrumentos suele reflejar el grado de desarrollo o experiencia de la comunidad, no sólo en el campo de la salud sino en otros campos también.

## F.) EVALUACION DE PROGRAMAS:

En 1,978 a petición de los Estados Miembros, la OMS, preparó unas normas provisionales para la evaluación objetiva de Programas de Salud, que pudieran aplicar los países en sus programas y actividades. Se definió entonces la evaluación como el proceso permanente, encaminado principalmente a corregir y aumentar las acciones con el fin de aumentar la pertinencia, eficacia y eficiencia de las actividades de salud. Dentro de ésta perspectiva, la evaluación supone un espíritu abierto, capaz de ejercer una crítica constructiva (6).

La evaluación requiere la formulación de juicios basados en un análisis cuidadoso y un estudio crítico de situaciones bien fundadas y de hacer propuestas útiles de acciones futuras (6, 7, 15, 16).

Se puede definir entonces, que la evaluación de programas es la formulación de juicios bien fundados sobre la naturaleza y calidad de un programa de salud (6, 15).

La definición dada, se aparta del punto de vista clásico, el cual consistía simplemente en apreciar o medir el grado de consecución de objetivos determinados o la conformidad de los resultados de un programa con los criterios previamente establecidos. La evaluación debe tratar de saber cómo funciona el programa y en qué contexto se desarrolla, qué produce y cuáles son los efectos que entorpecen su éxito (3).

## G.) OBJETIVOS DE LA EVALUACION:

La evaluación es un método sistemático de aprender empíricamente y de utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramineto de las actividades en curso y para el fomento de una planificación más satisfactoria, mediante la selección cuidadosa entre las distintas posibilidades de acción futura. Ello supone un análisis crítico de los diferentes puntos o aspectos del establecimiento y la ejecución de un programa, su pertinencia, formulación, eficiencia, costo y aceptabilidad para todas las partes interesadas (15, 19).

## H. LIMITACIONES DE LA EVALUACION

Las actividades del sector sanitario no se prestan fácilmente a la medición de resultados en función de objetivos numéricos y previamente determinados, por ello a menudo es necesario emitir un juicio cualitativo basado, en lo posible en datos cualitativos fidedignos. Los cambios en la situación sanitaria son a menudo provocados por elementos ajenos a éste sector, lo que añade dificultades a la evaluación y en particular a la eficiencia y los efectos de la misma (10, 13, 15, 19).

Ello hace necesario establecer indicadores sensibles y fidedignos para la identificación de los cambios de la situación o de las mejoras conseguidas en la prestación de atención de salud.

## I.) EL METODO DE CARLOS AGUDELO:

Carlos Agudelo propone un método para evaluar la participación a saber: la Amplitud, la Totalidad, el Tipo de Gestión y el Financiamiento (1).

**a.) La Amplitud:** Está determinada por el número de instrumentos presentes y actuantes, cada uno de ellos se basa en una combinación específica de los factores de acción, organización y autonomía, adjudicándoseles un valor. La sumatoria de los instrumentos y los puntos que representan, mide la amplitud de la participación comunitaria. A mayor número de instrumentos, mayor grado de amplitud.

**b.) La Totalidad de la Participación:** Se evalúa examinando la integración de



cada uno de los instrumentos comunitarios al proceso administrativo de la salud, específicamente en la planificación, ejecución y el control, así como la evaluación. La totalidad de la participación pude tener varios grados y son muchas las formas en que cada instrumento desarrolla actividades.

**c.) El Tipo de Gestión:** Este criterio implica una evaluación de tipo cualitativo y conduce a establecer la manera en que la comunidad, por medio de los instrumentos, administra sus recursos y las actividades en salud. Existen por lo menos tres tipos de gestión:

**c.1) Autogestión:** Cuando la comunidad administra los recursos y las actividades. La toma de decisiones se produce a nivel de los instrumentos comunitarios, por lo menos en los aspectos claves. Ello supone una gran amplitud y totalidad de participación.

**c.2) Coadministración:** Cuando la comunidad comparte la administración con una institución pública o privada; colabora en la toma de decisiones y por lo general, la institución de salud establece la política a seguir y consulta a la comunidad sobre su aplicación. Puede basarse en grados altos o bajos de amplitud o totalidad y en algunas formas de financiamiento comunitario.

**c.3) Recepción pasiva de servicios:** Cuando la comunidad no toma decisiones relacionadas con el servicio de salud. Se basa en grados muy bajos de amplitud o en la carente de éstos.

De lo anterior, podemos concluir que los dos tipos de gestión más importantes y adecuados, son la Coadministración y la Autogestión.

**d.) El Financiamiento:** El financiamiento comunitario de un programa de salud suele corresponder a una de las formas siguientes:

1. Aporte monetario
2. Labor comunitaria
3. Aporte de materiales

Debe señalarse que los métodos de financiamiento comunitario dependen más de los criterios de diseño y aplicación de un programa, que de la amplitud o totalidad de la participación, sobre los cuales, no obstante, se sostiene.

La amplitud está determinada por el número de instrumentos presentes y actuantes. Se utiliza un método con un procedimiento en que se asigna un puntaje en esta forma:



| Instrumento | Punteo |
|---|---|
| Líder | 1 punto |
| Promotor de Salud | 2 puntos |
| Comité de Salud | 2 puntos |
| Comunidad colectiva | 2 puntos |

A continuación se multiplica cada valor asignado por cinco (5) para convertirlo en puntaje y así, con la sumatoria de los instrumentos establecer el grado de amplitud:

| Grado de Amplitud | Puntaje |
|---|---|
| Alto | 20 - 30 puntos |
| Intermedio | 10 - 30 puntos |
| Bajo | Menos de 5 puntos |

La totalidad se evalúa examinando la integración de cada uno de los instrumentos comunitarios en las etapas de planificación, ejecución, control y evaluación de las actividades de salud, así:

| Grado de Totalidad | Puntaje |
|---|---|
| Alto | 20 - 30 puntos |
| Intermedio | 10 - 15 puntos |
| Bajo | Menos de 5 puntos |

## VI. METODOLOGIA

### A.) SELECCION DEL TEMA:

Según criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), etc. se ha considerado que la APS, es el método eficaz para combatir los principales problemas de salud que padece la población mundial; además se considera también que la APS es el principal instrumento para alcanzar la meta **"Salud para todos en el año 2,000"**, por lo tanto creemos que una evaluación de las medidas encaminadas para alcanzarlo, es de gran importancia para verificar el impacto que han tenido los diferentes programas que trabajan en ese sentido. Elegimos el presente estudio, considerando la importancia antes mencionada y específicamente el Programa de Salud Comunitaria en Antigua Guatemala, porque éste ha servido de modelo para programas de la misma índole, incluso a nivel latinoamericano. El programa de Salud Comunitaria, y sus casi diez años de trayectoria, despertó el interés de evaluar el impacto de la metodología en la consecución de las metas trazadas y si el tiempo transcurrido hasta 1,995, ha sido aprovechado por las autoridades y personal del Programa, y principalmente por la población misma.

### B.) ASESOR Y REVISOR:

Fueron seleccionados, considerando que ambos han tenido relación con el Programa, lo que los hace verdaderos conocedores del mismo; además, poseen cierta identificación con estudios de éste tipo, convirtiéndose a nuestro criterio en orientadores ideales para la investigación, sin menospreciar la actividad e importante trabajo de otros miembros del Programa, quienes con su trabajo de calidad han colaborado, en su oportunidad, a llevar a la praxis los objetivos trazados por el equipo de Salud Comunitaria del Hospital de Antigua Guatemala.

### C.) TIPO DE ESTUDIO:

Es un estudio de tipo Descriptivo-Observacional, ya que se basa en medir y comparar, mediante la observación, los indicadores de salud que encontró el programa al momento de su origen (1,985) con los de diez años después (1,995) además de medir



la participación de la comunidad por medio del Método de Carlos Agudelo, realizando una serie de entrevistas a algunos representantes de Comités, Promotores de salud y personal del Departamento de Medicina Comunitaria del Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

### D.) SUJETO DE ESTUDIO:

El Programa de Medicina Comunitaria del Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

### E.) POBLACION:

El Programa tiene como área de influencia a la población del casco urbano de la ciudad de Antigua Guatemala, pero únicamente se consideró en el estudio a la población que ha sido objeto de atención directa y que ha cubierto el Programa. El casco urbano está dividido en nueve sectores, cada sector en doce áreas y cada una de ellas formada por treinta a cuarenta familias.

### F.) CRITERIOS DE INCLUSION:

F.1) **Area geográfica:** Se incluyeron los poblados y fincas que corresponden al casco urbano de la ciudad.

F.2) **Población:** Niños menores de 1 año
Niños de 1 - 4 años
Mujeres en edad reproductiva
Mujeres embarazadas

F.3) **Acciones en Salud:**
Progama Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
Terapia de Rehidratación Oral (TRO)
Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)
Control de Embarazo

F.4) **Saneamiento Ambiental:**
Eliminación de basura
Disposición de excretas

## G.) CRITERIOS DE EXCLUSION:

**G.1) Area geográfica:** Se excluyen las poblaciones que están ubicadas a los alrededores de la ciudad de Antigua, por no considerarse del casco urbano: Santa Inés del Monte Pulsiano, San Felipe de Jesús, Ciudad Vieja, Jocotenango, San Gaspar Vivar, San Pedro las Huertas, San Bartolo Becerra, San Bartolo Milpas Altas entre otros.



H. VARIABLES A ESTUDIAR

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICION | UNIDAD DE MEDIDA | TIPO DE INSTRUMENTO |
|---|---|---|---|---|
| SECTORES | Porciones geográficas de territorios producto de la división del casco urbano del Depto. de Sacatepéquez | Cuantitativa | Croquis | Numeración en en orden correlativivo del 1 al 10 |
| CONTROL PRE-NATAL | Conjunto de actividades médicas que deben realizarse a toda embarazada con el fin de garantizar el completo beneficio, tanto a la madre como al producto. | Cuantitativo | Hoja de recolección de datos | Mujeres menores de 15 años.<br>Mujeres de 15 a 44 años.<br>Mujeres mayores de 44 años. |
| VACUNACION | Acto de aplicar (ORAL, I.M. y I.D.) preparados biológicos para prevenir determinadas enfermedades. | Cuantitativo | Hoja de recolección de datos | Menores de 1 año<br>1 a menores de 5 años<br>15 años a 44 años. |

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICION | UNIDAD DE MEDIDA | TIPO DE INSTRUMENTO |
|---|---|---|---|---|
| I.R.A. | Subprograma de control de infecciones respiratorias agudas | Cuantitativo | Hoja de re-colección de datos | Menores de 1 años 1 año a menores de 5 años |
| C.E.D. | Subprograma de control de enfer-medades diarréicas | Cuantitativo | Hoja de re-colección de datos | Menores de 1 año. 1 año a menores de5 años. |
| Morbiiidad | Número proporcio-nal de personas que enferman en una población y tiempo determinados. | Cuantitativo | Hojas de recolec-ción de datos | Tasas de morbilidad materna y tasas de morbilidad en menores de 5 años- |
| Mortalidad | Número proporcional de muertes en una población y tiempo determinados | Cuantitativo | Hojas de reco-lección de datos | Tasas de mortalidad materna y tasas de de mortalidad en menores de 5 años. |
| Disposición de Excretas | Subprograma de orientación a los pobladores sobre la forma de eliminar sus excretas | Cuantitativo | Hoja de reco-lección de datos | Descripción |
| Eliminación de Basura | Subrprograma que se basa en la orientación y posterior veri-ficación hacia los pobladores sobre la manera de eliminar la basura | Cuantitativo | Hoja de re-colección de datos | Descripción |



## I.) RECURSOS:

### I.1) Materiales:

1.1) **Económicos:** Estos fueron cubiertos exclusivamente por el investigador, incluyendo pago de transporte público hacia Antigua Guatemala, material didáctico, equipo de oficina, gastos de impresión, calculando el monto total aproximado de Q3,500.00

1.2) **Físicos:**
Instalaciones del Depto. de Salud Comunitaria del Hospital Nacional de Anti gua Guatemala.

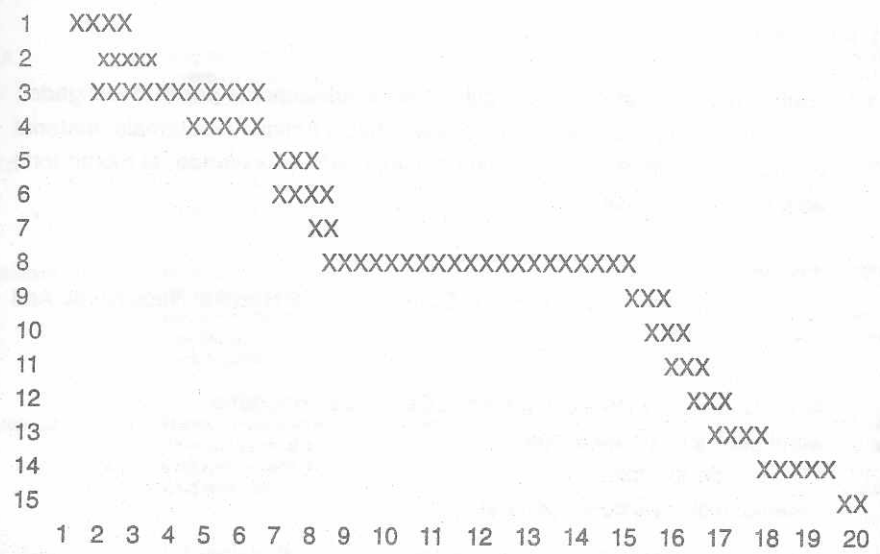
Material bibliográfico existente en el Depto. del Programa.
Materiales y útiles de escritorio.
Máquina de escribir.
Material bibliográfico en general.

### I.2) Humanos:

Personal del Depto. del Programa, personal intra y extra-hospitalario que tie-ne relación con el Programa.

## VII. EJECUCION DE LA INVESTIGACION
## GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES:




SEMANAS

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del Asesor y Revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el Asesor y Revisor.
5. Aprobación del proyecto por el comité de investigación del Hospital.
6. Aprobación del proyecto por la Unidad de Tesis.
7. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información.
8. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
9. Procesamiento de resultados y elaboración de gráficas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentaciones del Informe Final para correcciones.
13. Aprobación del Informe Final.
14. Impresión del Informe Final y trámites administrativos.
15. Examen público en defensa de la tesis.



## VIII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

## CUADRO No. 1
## DISTRIBUCION POBLACIONAL POR GRUPOS ETAREOS EN LOS TRES MOMENTOS

| Grupo Etareo | 1985 | | 1992 | | 1995 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Menores de 1 año | 197 | 1.3 | 259 | 1.9 | 627 | 3.25 |
| De 1 a 4 años | 1125 | 11.03 | 1311 | 9.6 | 2365 | 12.28 |
| Mujeres de 15-44 años | 2980 | 29.23 | 3249 | 23.8 | 4736 | 24.60 |
| Embarazadas | 720 | 7.06 | 615 | 4.5 | 774 | 4.06 |
| Resto de Población | 5170 | 50.72 | 8218 | 60.2 | 10743 | 55.82 |
| TOTAL | 10192 | 100% | 13652 | 100% | 19245 | 100% |

Fuente: Memoria de labores 1985, 1992 y 1995

Depto. de Salud Comunitaria

Hospital Nacional de Antigua Guatemala

CUADRO No.

Para 1995 la población total aumentó en más de nueve mil habitantes, pudiéndose notar mayor incremento en lo que respecta a "resto de población" que corresponde a hombres y ancianos (55.82%). De 1985 a 1992 notamos una leve disminución en cuanto a niños de 1 a 4 años de edad, correspondiente a 1.4%. En el caso de las mujeres embarazadas y en edad reproductiva vemos que para 1995 hubo una disminución más significativa en comparación a 1985, lo que demuestra que las medidas ejercidas al control de embarazo tuvieron un efecto positivo.

CUADRO No. 2

TASAS DE MORTALIDAD Y REPRODUCCION

| Grupo Etáreo | 1985 tasa* | 1992 tasa* | 1995 tasa* |
|---|---|---|---|
| M. Fetal | N.D.** | 48.03 | N.D.** |
| M. Neonatal | 57.69 | 25.49 | 112.06 |
| M. Post-Natal | 29.35 | 21.56 | N.D. |
| M. Infantil | 87.04 | 47.05 | 129.31 |
| M. de 1 a 4 años | 9.09 | 4.49 | 0 |
| M. General | 10.84 | 9.81 | 9.93 |
| M. Materna | 0.00 | N.D. | 0 |
| Natalidad | N.D. | 32.61 | 13.25 |
| Fertilidad | N.D. | 156.36 | N.D. |
| Fecundidad | N.D. | 79.10 | 61.40 |

* Tasas por 1000
** N.D. = NO DISPONIBLE

Fuente: Memoria de labores 1992 y 1995
Depto. de Salud Comunitaria
Hospital Nacional de Antigua Guatemala

CUADRO No. 2

Las tasas de mortalidad disminuyeron significativamente para los primeros dos momentos, aún más la neonatal y la infantil. No así para 1995 donde éstas se incrementaron exageramente. En menor grado se reportó diferencia para la mortalidad general, lo que se traduce en una efectiva labor en cuanto a la educación en salud hasta antes de 1992 ya que los indicadores demuestran lo contrario para 1995. En cuanto a natalidad, fertilidad y fecundidad no tenemos datos para el primer momento, pero si vemos que para 1995 éstas disminuyeron moderadamente.



CUADRO No. 3

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO

| Causa Dx | 1985 | | 1992 | | 1995 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Parasitismo | 243 | 12.31 | 31 | 10.72 | *N.D. | *N.D. |
| 2. I.R.A. | 201 | 10.18 | 62 | 21.45 | 73 | 67 |
| 3. Síndrome Diarréico A. | 184 | 9.32 | 68 | 30.84 | 13 | 12 |
| 4. D.P.C. | 75 | 3.80 | 32 | 11.07 | 13 | 12 |
| 5. Dermatitis | 68 | 3.44 | 14 | 4.84 | 4 | 4 |
| 6. Otros | 1202 | 60.92 | 62 | 21.45 | N.D*. | N.D*. |
| TOTAL | 1973 | 100 | 289 | 100 | 03 | 100 |

*N.D. = No disponible

Fuente: Libro de Registro Estadístico
Consulta Externa Forma 187, año 1995
Hospital Nacionial de Antigua Guatemala

CUADRO No. 3

Para 1992 y 1995 hubo un incremento en los porcentajes de la mayoría de patologías, así como el reporte de enfermedades que no se mencionaban para 1985, lo cual se debe al cambio de conceptualización que en ese entonces realizaron las autoridades de salud, específicamente para I.R.A. y no así a la ausencia de dichas enfermedades.

Entre las principales causas de morbilidad para el año de 1992 aparecen el síndrome Diarréico Agudo en primer lugar con un incremento de un poco más de un 20% e I.R.A. con un aumento de casi el 10% en relación con 1985, no así para 1995 donde vemos un incremento exagerado para I.R.A. al comparar porcentajes, pero si vemos los totales en números nos damos cuenta de que realmente se reportaron más casos para 1985 que para los siguientes dos momentos y específicamente comparando con 1995 donde se observa que para todas las causas hubo una disminución bastante considerable. La mortalidad infantil en general disminuyó, lo que se debe además de factores socioeconómicos no establecidos en éste estudio, al impacto de las medidas tomadas en el programa.

CUADRO No. 6

COBERTURA DE VACUNACION (%)
POR TIPO DE VACUNA Y GRUPO DE EDAD

| Año | 1985 | | 1992 | | 1995 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de Vacuna | -1a | 1 -4a | -1 | 1 -4a | -1a | 1 -4a |
| Polio * | 36% | 22% | 20% | 1% | 60%/ | 51% |
| Triple * | 32% | 19% | 19% | 1% | 60% | 51% |
| BCG ** | ND | ND | 67% | 1% | 125% | 1% |
| Sarampión | 37% | 30% | 20% | 1% | 16.95% | 62.12% |

Tercera dosis * Dosis única ** ND: No Disponible.

Fuente: Fichas familiares y reportes iniciales
del Programa de Salud Comunitaria
Memoria de labores 1992 y 1995
Hospital Nacional de Antigua Guatemala

CUADRO No. 6

Las coberturas de vacunación en niños han sido bastante exitosas, ya que se incrementaron los porcentajes considerablemente para 1995, sobresaliendo el 125% de la BCG logrado para ese año, lo cual se explica considerando que el Hospital de Antigua como centro de referencia administra dosis de BCG a niños menores de un año que no pertenecen necesariamente al casco urbano, únicamente vemos que para sarampión se vacunó sólo al 16.95% para menores de un año, se considera que en éste caso dicha vacuna se está administrando después de cumplidos los doce o quince meses de edad.





CUADRO No. 4

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO

| Causa Dx. | 1985 | | 1992 | | 1995 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 1. I.R.A. | 18 | 21.42 | 22 | 23.40 | 3 | 13 |
| 2. Prematurez | 18 | 21.42 | 19 | 20.21 | 5 | 22 |
| 3. Sindrome Dif. Resp. | 10 | 11.90 | 10 | 10.63 | 0 | 0 |
| 4. Memb. Hialina | 8 | 9.52 | 8 | 8.51 | 0 | 0 |
| 5. Síndrome Diarréico | 7 | 8.33 | 8 | 8.51 | 0 | 0 |
| 6. Sepsis | 3 | 3.57 | 4 | 4.25 | 4 | 17 |
| 7. Microcefalia | 1 | 1.19 | 1 | 1.06 | 0 | 0 |
| 8. Desnutrición | 1 | 1.19 | 2 | 2.12 | 0 | 0 |
| 9. Resto de Causas | 18 | 21.42 | 20 | 21.27 | 11 | 48 |
| TOTAL | 84 | 100 | 94 | 100 | 23 | 100 |

Fuente: Depto. de Planificación y Programación
Memoria de Labores 1985, 1992 - 1995
Depto. de Salud Comunitaria
Hospital Nacional de Antigua Guatemala

CUADRO No. 5

MORTALIDAD POR GRUPO ETAREO

| Grupo Etáreo | 1985 | | 1992 | | 1995 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Menores de 28 días | * ND | * ND | 34 | 36 | 26 | 15 |
| De 28 días a -1 año | ND | ND | 27 | 28.7 | 4 | 2 |
| De 1 a 4 años | ND | ND | 3 | 3.1 | 0 | 0 |
| De 5 a 15 años | ND | ND | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Muertes maternas | ND | ND | 1 | 1.0 | 0 | 0 |
| Resto de defunciones | ND | ND | 29 | 30.8 | 144 | 83 |
| TOTAL | ND | ND | 94 | 100 | 174 | 100 |

*ND: No disponible.

Fuente: Memoria de Labores (1992 y 1995)
Depto. de Salud Comunitaria.
Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

CUADRO No. 5

No se pudo realizar comparaciones en los dos primeros momentos ya que fue imposible obtener datos de 1985. Sin embargo si existen datos para 1995 en donde observamos una notable disminución en todos los grupos lo cual indica que se ha realizado un mejor control de embarazo.

Observar un 15% de mortalidad para 1995 en menores de 28 días aún debe considerarse un dato preocupante a pesar de la notable disminución comparándolo con el 36% en 1992.

Así también concluimos en que se ha realizado una buena labor en cuanto al control de crecimiento y desarrollo puesto que la mortalidad llegó a cero en niños de uno a quince años.



CUADRO No. 6

COBERTURA DE VACUNACION (%)
POR TIPO DE VACUNA Y GRUPO DE EDAD

| Año | 1985 | | 1992 | | 1995 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de Vacuna | -1a | 1 -4a | -1 | 1 -4a | -1a | 1 -4a |
| Polio * | 36% | 22% | 20% | 1% | 60%/ | 51% |
| Triple * | 32% | 19% | 19% | 1% | 60% | 51% |
| BCG ** | ND | ND | 67% | 1% | 125% | 1% |
| Sarampión | 37% | 30% | 20% | 1% | 16.95% | 62.12% |

Tercera dosis * Dosis única ** ND: No Disponible.

Fuente: Fichas familiares y reportes iniciales
del Programa de Salud Comunitaria
Memoria de labores 1992 y 1995
Hospital Nacional de Antigua Guatemala

CUADRO No. 6

Las coberturas de vacunación en niños han sido bastante exitosas, ya que se incrementaron los porcentajes considerablemente para 1995, sobresaliendo el 125% de la BCG logrado para ese año, lo cual se explica considerando que el Hospital de Antigua como centro de referencia administra dosis de BCG a niños menores de un año que no pertenecen necesariamente al casco urbano, únicamente vemos que para sarampión se vacunó sólo al 16.95% para menores de un año, se considera que en éste caso dicha vacuna se está administrando después de cumplidos los doce o quince meses de edad.

CUADRO No. 7

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PROGRAMA DE CONTROL DE EMBARAZO

| Año | Emb. Esperada | | Emb. en Control | | T.T. aplicada** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 1985 | *ND | ND | ND | ND | ND | ND |
| 1992 | 615 | 100 | 135 | 29.95 | 27 | 20 |
| 1995 | 774 | 100 | 272 | 35 | 299 | 99 |

* ND: No Disponible. ** Segunda Dosis

Fuente: Memoria de Labores 1985 - 1992 y 1995
Depto. de Salud Comunitaria
Hospital Nacional de Antigua Guatemala

CUADRO No. 7

No hubo datos disponibles para 1985, por lo que no se puede hacer el análisis comparativo entre los momentos en estudio, sin embargo es de notar que para 1992 únicamente el 29.95% (135 embarazadas) estuvieron bajo control prenatal y que del total de las embarazadas (615) sólo el 20% recibieron dosis de toxicoide tetánico, lo que se debe a que las embarazadas fueron detectadas en una edad del embarazo inadecuada para la administración de la dosis o que a algunas ya se les había administrado por otra razón o en otro lugar (Jornadas Nacionales o Centros de Salud, etc.). Del total de embarazadas esperadas únicamente un pequeño porcentaje asistió al control lo que se puede atribuir a varias causas, entre éstas: falta de interés de la población en estudio, falta de motivación por parte del programa, personal insuficiente del programa para atender al total de embarazadas, entre otras.

Igualmente para 1995 la asistencia al control de embarazadas incrementó apenas en un 5% aproximadamente, pero sí vemos una excelente cobertura en la aplicación del toxoide tetánico (99%).



CUADRO No. 8

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS

| ACTIVIDADES | 1985 | | 1992 | | 1995 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Morbilidad por IRA | 201 | 100 | 80 | 100 | 79 | 100 |
| Mortalidad por IRA | 81 | 89 | 22 | 35 | 3 | 4 |
| Tratamientos para IRA | *ND | ND | 260 | 325 | 181 | 229 |

*ND: No Disponible.

Fuente:
Memoria de Labores 1985 - 1992 y 1995
Depto. de Salud Comunitaria
Hospital Nacional de Antigua Guatemala

CUADRO No. 8

La morbilidad para 1992 y 1995 disminuyó aparentemente a menos de la mitad, en relación a 1985. En cuanto a tratamientos para I.R.A., no hubo datos en 1985 y para 1992 y 1995 el número sobrepasa al de morbilidad reportada (260 tratamientos para 80, casos de I.R.A. en 1992 y 181 tratamientos para 79 casos de I.R.A. para 1995), lo cual se debe al subregistro de los casos de I.R.A.

CUADRO No. 9

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES DIARREICAS EN NIÑOS

| | 1985 | | 1992 | | 1995 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Morbilidad por SD* | 184 | 100 | 88 | 100 | 13 | 100 |
| Mortalidad por SD. | 7 | 3.8 | 8 | 9 | 0 | 0 |
| Tratamientos con TRO** | 86 | 46 | 282 | 320 | 196 | 1500 |

*SD: Síndrome Diarréico Leve, Moderado o Severo.
**TRO: Terapia de Rehidratación Oral.

Fuente: Memoria de Labores 1985 - 1992 y 1995

Depto. de Salud Comunitaria
Hospital Nacional de Antigua Guatemala

CUADRO No. 9

Un marcado descenso en el número de casos de Enfermedad Diarréica Aguda (EDA) reportados en 1985 (184 casos) a 1992 (88 casos) y a 1995 (13 casos), pero en contraposición la mortalidad aumenta de un 3.8% en 1985 a 9% en 1992 disminuyendo a cero en 1995, resulta llamativo pues aunque el fenómeno demuestra que enfermaron menos, más niños murieron a causa de enfermedades diarreicas en los primeros dos momentos, para 1995 la mortalidad llegó exitosamente a cero. En lo que refiere a tratamientos por Síndrome Diarréico, llama la atención que para 1995 reporten 196 tratamientos, cuando únicamente hay 13 casos, lo que hace un 1500% de enfermos con tratamientos aunque se sabe que ésta interpretación porcentual no es correcta. Se cree que esto se debe a que un tratamiento consiste en un sobre de rehidratación oral por paciente y en muchos casos se administraron más de un sobre por paciente, además del uso de Terapia de Rehidratación Oral en otras entidades patológicas, caso similar para 1992.



CUADRO No. 10

Evaluación de la participación de la Comunidad según el método de Carlos Agudelo en el Programa de Medicina Comunitaria del Hospital Nacional de Antigua Guatemala en 1995

| Comunidad | Gestión | Financiamiento | Amplitud | | Totalidad | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Instrumentos | Pts. | Instrumentos | Pts. |
| Antigua Guatemala | Coadministración | -Labor Comunitaria | -Líder<br>-Promotor de Salud | 5<br>10 | -Líder<br>-Promotor de Salud | 5<br>10 |
| Casco Urbano | | -Aporte Monetario | -Comité de Salud | 10 | -Comité de Salud | 10 |
| PUNTAJE TOTAL | | | | 25 | | 25 |
| GRADO | | | ALTO | | ALTO | |

Fuente: Memoria de Labores 1995
Depto. de Salud Comunitaria
Hospital Nacional de Antigua Guatemala

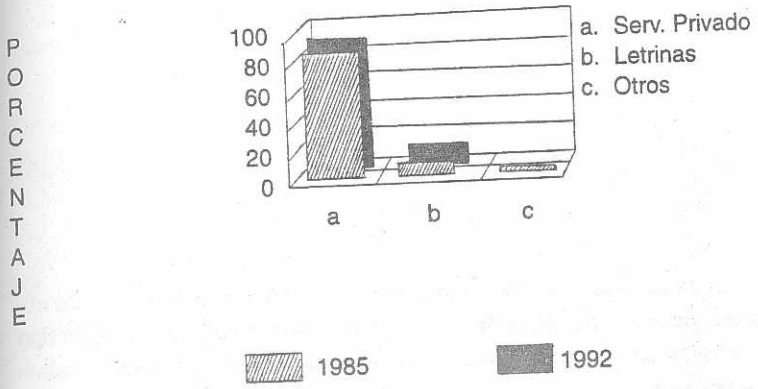
CUADRO No. 10

Al evaluar la participación comunitaria, utilizamos el Método de Carlos Agudelo (1), así para el presente estudio observamos que el casco urbano de la ciudad de Antigua Guatemala, cuenta con programas de salud con sus respectivos promotores, comité de salud y líderes, quienes en el campo de la Amplitud hacen un total de 25 puntos y en lo que respecta a la Totalidad de la Participación suman 20 puntos, en ambos casos se define que: actualmente el grado de la Participación de la comunidad es alto. Se determinó también que en cierta manera la comunidad comparte la Administración con el Programa, pero es éste último quién establece las políticas y consulta a la comunidad sobre su aplicación por lo que definimos que el tipo de gestión utilizada es la Coadministración. En cuanto al Financiamiento el cuadro describe la labor comunitaria y el aporte económico, ya que establecimos que la Comunidad ha trabajado en el Saneamiento Ambiental y en actividades directas de salud así como también se realizan frecuentemente bazares y rifas de donde se obtienen algunos fondos económicos para el Programa.



GRAFICA No. 1

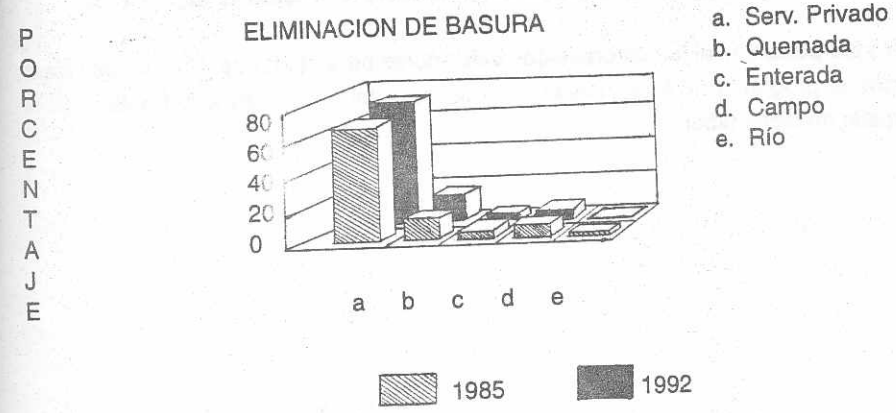
DISPOSICION DE EXCRETAS




Fuente: Ficha Familiares

GRAFICA No. 2

ELIMINACION DE BASURA




Fuente: Fichas Familiares

GRAFICA No. 1

En la disposición de excretas se notó un incremento del 4% en las familias que utilizan drenajes, disminuyendo el uso de letrinas. El porcentaje que no posee ningún tipo de exposición de excretas permanece inalterable aunque se trate de un número relativaente pequeño de familias.

GRAFICA No. 2

En los cambios relacionados con la adecuada eliminación de basura se observó un incremento de un tres por ciento en las familias que utilizan el servicio público y una disminución en el número de familias que la depositan al aire libre o utilizan el río como medio de desecho, sin embargo, éste es un porcentaje relativamente alto (8.4%).

No fue posible evaluar los presentes indicadores para el año de 1995 ya que para entonces el programa no lo establece por ausencia del técnico en salud quien era el encargado de dicha labor.



## IX. CONCLUSIONES

1. No fué posible determinar la modificación de todos los indicadores de salud del programa de Salud Comunitaria, como morbilidad y mortalidad materna entre otros, dada la no disponibilidad de los mismos al inicio del programa.

2. Según el instrumento utilizado para evaluar la participación comunitaria dentro del Programa de Salud Comunitaria, determina una Amplitud y Totalidad de parcipación ALTA.

3. El sistema de información establecido por el Programa de Salud Comunitaria no es completo ni objetivo, no determina las actividades en salud que se realizan, no establece criterios ni indicadores mínimos para una adecuada evaluación periódica ya que ésta nunca fue planificada.

4. El Programa de Salud Comunitaria presta un servicio de salud indispensable, convirtiéndose en la actualidad en la alternativa más acertada para mejorar la salud, puesto que da participación directa a la población en la resolución de sus propios problemas.

5. Dentro de las actividades del programa de Salud Comunitaria se han involucrado personal hospitalario, personal del programa y pobladores (promotores de salud) para obtener sugerencias sobre el mejor desempeño del programa.

6. Es necesario un mayor apoyo en cuanto a recursos humanos, materiales, económicos y bibliográficos para el logro de un mayor nivel de desarrollo del programa.

## X. RECOMENDACIONES

1. Debe perfeccionarse el sistema de información del Programa de Medicina Preventiva (incluye el Depto. de Registro y Estadística del Hospital), designando personal especializado que elabore material de recopilación quien debe también encargarse de ejecutar dicha recopilación y tabulación, a manera de disponer de datos estadísticos completos y fidedignos, que en determinado momento puedan ser utilizados para evaluaciones del programa.

2. Realizar evaluaciones continuas y valederas sobre el desarrollo del programa que permiten establecer su verdadera evolución, idealmente evaluar cada semana culminando a fin de mes con una pequeña memoria de labores.

3. Considerando que la metodología participativa debe ser el eje principal del programa es necesario darle mayor énfasis a ésta, involucrando directamente a los miembros de la comunidad en la resolución de sus propios problemas, para eso el promotor de salud debe gozar de mayor protagonismo y poder de decisión en cuanto a la planificación de las acciones a tomar dentro del programa.

4. El personal del Programa debe mantenerse en constante entrenamiento educativo respecto a situaciones de Salud Comunitaria.

5. El programa de Medicina Comunitaria debe extender sus servicios a los poblados circunvecinos y no solamente limitarse al casco urbano. Para esto debe proporcionársele mayor recurso material, económico y humano.



## XI. RESUMEN

En el presente estudio evaluativo del Programa de Salud Comunitaria del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, fue utilizado el Método de Carlos Agudelo para evaluar Programas de Salud, pues se consideró que tal método al permitir una evaluación tanto cuantitativa como cualitativa, la hace más objetiva. Así se pudo determinar que la participación comunitaria en el Programa tiene una Amplitud y Totalidad de grado Alto, con lo que se evidencia la participación activa de la población, pero se hace necesario estimular dicha participación, para que sea realmente el eje del Programa de Medicina Preventiva y de ésta forma lograr que la gente sea en verdad partícipe de su propio desarrollo.

Por aparte se investigaron los indicadores de salud en tres momentos (1,985-1,992 y 1,995), estableciendo que la mayoría de éstos han mejorado, aunque no se pudo establecer con otros, de los cuales no fue posible encontrar información. Podemos afirmar, que en la medida de las posibilidades personales, la investigación fue exhaustiva y que la información contenida es lo más fidedigna posible aunque no completa, considerando la falta de sistematización de algunos datos estadísticos a lo largo del Programa.

## XII. REVISION BIBLIOGRAFICA


1. Agudelo, C.A. **Participación Comunitaria en Salud. Conceptos y Criterios de Valoración.** Boletín Ofic. Sanit. Panam., 1983. Pp 205-216.

2. Agustín Sanguinés **Medicina Liberadora, Teoría Método y Práctica.** 1era. Edición 1989, Programa de formación en la acción y la investigación social, A.C. (PRAXIS) México D.F. p 261.

3. Asociación de Servicios Comunitarios en Salud. **Atención Primaria en Salud,** (mimeografiado) Guatemala 1989. P7

4. C.I.C.S. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. **Taller de Autoformación teorico-práctica de investigación en salud para docentes de la Facultad de Ciencias Médicas** (mimeografiado). Guatemala 1989. P 5.

5. Congreso Nacional de Salud. **Nuestra contribución a la meta del año 2,000, Salud para Todos.** Guatemala, Noviembre 1983. P 17

6. De Kadt., E. **Comunity participation for health: case of Latin América.** World Development, 1982. Pp 573-584

7. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. **El Programa de Medicina Comunitaria: Una experiencia que debe ser compartida. Un estudio de caso y análisis retrospectivo.** Guatemala, junio 1991. P 56.

8. Knox, E.G. **La Epidemiología en la Planificación de la Atención a la Salud.** 2da. Edición, México, Siglo XXI editores, S.A. 1987. P 215.





9. Lobos, P.Q. **El diagnóstico en salud comunitaria. Enfoques en Atención Primaria.** Santiago de Chile 1986. P 1-15.

10. Medicus Mundi International. **Sistema de Salud de Distrito Nuevo impulso a la Atención Primaria de Salud.** Informe del coloquio internacional de Médicus Mundi. Brusellas 21-22 de mayo 1989. Monografía. España 1991 p 67.

11. Ministerio de Educación de Nicaragua, Coordinadora Regional de Investigación Económica y Social Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. **Taller de Investigación y acción Participativa Debate para el cambio, la acción y la participación popular.** (mimeografiado). Nicaragua 1989. P 120

12. Mckeown, T. **Introducción a la Medicina Social.** 4ta. Edición, México, Siglo XXI editores, S.A. 1989. P 359 (pp. 63:65, 105:123, 217:229)

13. Organización Mundial de la Salud. **Atención Primaria de Salud, Alma Ata 1978** Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de salud. Alma Ata, URSS 1978. P 91.

14. Porras Carrera, M.E. **Hospital de Puertas Abiertas, Una alternativa en la Atención Primaria en Salud para Guatemala,** Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas p 91.

15. Programa de Salud Comunitaria. **Memoria de Labores.** Hospital Nacional de Antigua Guatemala, 1985, 1992.

16. Unicef. **Fundamentos de La Metodología Participativa.** (mimeografiado). Guatemala, 1989. P 26

17. Universidad de San Carlos de Guatemala, Fac. De Ciencias Médicas, Fase III **La Administración de un programa de Salud**. (mimeografiado) Guatemala, 1987. Pp 52-88-

18. Universidad e San Carlos de Guatemala, Fac. De Ciencias Médicas, Fase III **Situaciones de Coberturas, niveles de Atención y Atención Primaria** (mimeografiado). Guatemala 1985.

19. Universidad de San Carlos de Guatemala, Organo Divulgatorio de la USAC. **Deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de los Guatemaltecos. Un caso: La Salud.** Época I, año I, No. 3 Guatemala, diciembre 1995.

20. Vicente Navarro, **Salud e Imperialismo**. 1ra. Edición 1983 Siglo XXI Editores, S.A. de C.V. México p 501.

21. Wernwe, D. y Bill Bower. **Aprendiendo a Promover la salud.** 2da. Edición, Fundación Hesperian y centro de estudios educativos A.C. México 1987 pp 178-186.

22. Xavier Lozoya y Carlos Zolla, **La Medicina Invisible.** Introducción al estudio de la Medicina Tradicional de México. 3ra. Edición, Folios Ediciones, S.A. 1986, México D.F. pp 9-62, 91-103.



## XII. ANEXOS

## ANEXO No. 1

### BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

| INDICADORES | 1985 | 1992 | 1995 |
|---|---|---|---|
| a) Datos poblacionales | | | |
| Población total | | | |
| Menores de 1 año | | | |
| Niños de 1 a 4 años | | | |
| Mujeres de 15 a 44 años | | | |
| Embarazadas | | | |
| Resto de población | | | |
| No. nacidos vivos | | | |
| b) Mortalidad | | | |
| Menores de 28 días | | | |
| En niños de 1 a 5 años | | | |
| En niños de 5 a 14 años | | | |
| Muertes Maternas | | | |
| Resto de Defunciones | | | |
| c) Cobertura de Vacunación | | | |
| Antipoliomielítica* | | | |
| DPT* | | | |
| Antisarampionosa | | | |
| BCG | | | |
| d) Control de embarazo | | | |
| Embarazadas esperadas | | | |
| Embarazadas en control | | | |
| Toxoide T. aplicadas | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| e) Programa de IRA | | | |
| Morbilidad en Menor 5ª | | | |
| Mortalidad en menor 5ª | | | |
| Tratamientos para IRA | | | |
| f) Programa de Enfermedad Diarreica | | | |
| Morbilidad en menor 5ª | | | |
| Mortalidad en menor 5ª | | | |
| Tratamientos con TRO | | | |

Principales causas de Morbilidad en menores de 1 año

| AÑO / Causa | 1985 | 1992 | 1995 |
|---|---|---|---|
| | | | |



Principales causas de Mortalidad en menores de 1 año

| AÑO / Causas | 1985 | 1992 | 1995 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Actividades de Saneamiento Básico del Programa

| ACTIVIDADES | 1985 | 1992 | 1995 |
|---|---|---|---|
| 1) Disposición de Excretas | | | |
| Servicio Privado | | | |
| Letrinas | | | |
| Otros | | | |
| 2) Eliminación de Basura | | | |
| Servicio Privado | | | |
| Quemada | | | |
| Enterrada | | | |
| Campo | | | |
| Río | | | |

## ANEXO No. 2

### ORGANIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA COMUNITARIA

El Departamento no está funcionando de acuerdo al organigrama, ya que actualmente sólo cuenta con el siguiente personal:

a.- Un médico que es rotativo cada dos meses y que depende del Director.
b.- Una enfermera profesional, que depende de la Enfermera Jefe del Departamento de Enfermería del Hospital.
c.- Una trabajadora Social, quien coordina actividades con la Enfermera Profesional.
d.- Cuatro Auxiliares de Enfermería, que dependen de la Enfermera Profesional.
e.- Una Niñera, con plaza de Auxiliar de Enfermería, que depende de la Enfermera Profesional.
f.- Una estadigrafa.
g.- Una Secretaria.
h.- Un inspector de Saneamiento Ambiental.



### FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA COMUNITARIA

1.- Médico: No tiene funciones.
2.- Enfermera Profesional.
a.- Dirigir, supervisar y evaluar al personal auxiliar de enfermería del Departamento.
b.- Planificar el trabajo de enfermería de acuerdo a la programación.
c.- Participar en la coordinación de las actividades de salud que desarrolla el Departamento, con otras dependencias o instituciones afines.
d.- Evaluar periódicamente los programas de enfermería dentro del Departamento.
e.- Velar por la continuidad del cuidado a pacientes y familias.
f.- Establecer prioridades de atención de enfermería de acuerdo a programas, problemas y recursos disponibles.
g.- Proporcionar cuidado directo de enfermería en caso necesario.
h.- Planear y realizar el seguimiento de casos de alto riesgo.
i.- Planear y realizar programas de vacunación, de capacitación de colaboradores voluntarios, y de educación de su personal.
j.- Colaborar con el desarrollo comunal.
k.- Solucionar problemas de enfermería dentro de su competencia.
l.- Velar por la salud del personal a su cargo.
m.- Efectuar visitas domiciliarias en caso necesario.
n.- Proporcionar orientación a embarazadas sobre control y crecimiento y orientación familiar.

3.- Trabajadora Social:

a.- Investigación específica de su campo, visita domiciliar, gestiones a diversas instituciones, orientación a los miembros del equipo de Medicina Preventiva, para realizar el diagnóstico de su comunidad.

b.- Planificación de Plan de Trabajo Anual y planear a largo plazo proyectos específicos de capacitación a personal en servicio, personal voluntario, estudiantes, miembros de la comunidad, otros y actividades de recreación que estimulan al personal.

c.- Organización y ejercicios de actividades que le sean solicitados por el jefe del equipo de trabajo y las planificadas por éste.

d.- Coordinará con otros trabajadores sociales, que tienen programas afines con proyectos de desarrollo de personal médico y paramédico, y transferencias de casos a otros trabajadores sociales, de hospitales, centros de rehabilitación y otros.

e.- Supervisión de las acciones del P.S.R. y Voluntarios de la comunidad.

f.- Asesoría técnica a Auxiliares de Enfermería, comités comunales, personal voluntario e instituciones existentes en la comunidad.

g.- Promoción de programas de salud.

h.- Elaboración de material escrito.

i.- Evaluación de actividades del personal auxiliar de enfermería, personal voluntario, otros programas y proyectos en los que haya participado.

4.- Personal Auxiliar de Enfermería:

a.- Preparar ambientes de trabajo.

b.- Interpretar indicaciones médicas y dar enseñanza individual.

c.- Vacunar en clínicas y durante campañas.



d.- Atender casos de primeros auxilios.

e.- Preparar material y equipo.

f.- Efectuar visitas domiciliarias.

g.- Colaborar en la capacitación sobre educación en salud.

h.- Colaborar en orientación familiar.

i.- Dar platicas educativas a grupos organizados.

AREA DE INFLUENCIA:

El Departamento de Medicina Preventiva cubre el área que comprende el Casco Urbano del Departamento de Sacatepéquez, el cual está dividido en 9 sectores y 109 áreas. Cada sector comprende un número de 12 áreas, cada una de ellas con un promedio de 30 a 40 familias.

El total de población a cubrir actualmente es de 15,000 habitantes aproximadamente.

PROGRAMAS QUE DESARROLLA:

1.- Programa Ampliado de Inmunizaciones. (PAI)

2.- Terapia de Rehidratación Oral. (TRO)

3.- Crecimiento y Desarrollo en niños menores de 5 años (C y D)

4.- Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

5.- Control Prenatal

6.- Educación para la salud.

Todos los anteriores basados en visitas domiciliarias.

TEMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD:

1.- Lavado de manos.
2.- Diarrea, Deshidratación y Rehidratación.
3.- Lactancia Materna.
4.- Vacunas.
5.- Infecciones Respiratorias Agudas.
6.- Importancia del Control Prenatal.
7.- Embarazo normal.
8.- Embarazo de riesgo.
9.- Cuidados de la embarazada.
10.- Preparación para el parto.
11.- Cuidados Post-Parto.
12.- Cuidados del Recién Nacido.
13.- Alimentación del bebé en el 1er. Año de vida.
14.- Características del niño sano y enfermo.
15.- Estimulación temprana.

MECANICA DE TRABAJO POR SEMANA:

Lunes y Jueves:

Se lleva acabo visita domiciliar (canalización) para citar al Centro Control, a las personas embarazadas y niños menores de cinco años, en la casa de una voluntaria de salud, donde se llevan a cabo actividades de los diferentes programas Materno Infantil.

Martes y Jueves:

Actividades que se llevan a cabo en el centro control (casa de la voluntaria). Se controla a los niños menores de cinco años en su Crecimiento y Desarrollo, se lleva a cabo la vacunación, control de las embarazadas y referir a niveles de atención, según criterios de riesgo.

Viernes:

Vacunación por sectores y por direcciones de los niños que no asisten al centro-control a vacunación. Evaluación del trabajo.



De lunes a viernes:

Vacunación intrahospitalaria.

Sábado:

Vacunación a Recién Nacidos.

Ultimamente se ha creado una clínica de Crecimiento y Desarrollo del Hospital y está en proyecto los Programas de Medicina, medidas preventivas sobre pacientes de Diabetes e Hipertensión Arterial.