

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**EVALUACION DE LAS CONDICIONES PARA LA
PRESTACION EFICIENTE DE SERVICIOS EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCION**



WALFRE ORLANDO COJON TURUY

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

	Título y Subtítulo	
	Introducción	1
I	Planteamiento del Problema de Estudio	2
II	Justificación	3
III	Objetivos	5
IV	Revisión de Literatura	6
V	Metodología	19
VI	Presentación de Resultados	26
VII	Análisis e interpretación de resultados	30
VIII	Conclusiones	34
IX	Recomendaciones	35
X	Resumen	36
	Bibliografía	38
	Anexo (Instrumento de Recolección de datos)	i

INTRODUCCION

A nivel nacional, se han estudiado una serie de fenómenos relacionados con el proceso salud-enfermedad, dicha información ha contribuido al conocimiento de la realidad del país en cuanto a la identificación de los principales procesos mórbidos y grupos de población más afectados, así como las condiciones de socio-económicas y otras que ayudan a interpretar los factores condicionantes y determinantes de dicho proceso.

Por lo expuesto, evaluar la condición de los Puestos de Salud para la prestación eficiente de los servicios significa una respuesta positiva de sus administradores, ya que deben reorientar los programas y las acciones de salud en aquellos aspectos, cuyos resultados han sido negativos.

Los estudios de evaluación han permitido identificar la necesidad de reforzar la capacitación del personal encargado de desarrollar las acciones de salud, lo cual le permitirá actuar con mayor responsabilidad, alcanzando los objetivos definidos en cada uno de los programas en que participa.

En este estudio se evaluaron los 12 Puestos de Salud del Distrito N° 19 de San Juan Sacatepéquez para identificar la relación existente entre los diferentes aspectos evaluados, la calidad de atención proporcionada y la cobertura alcanzada, y proporcionar información que permita alcanzar el objetivo institucional de mejorar los programas y la infraestructura de los servicios a través de la readecuación en la asignación de recursos suficientes para aumentar la capacidad operativa de los Puestos de Salud del país. Se conceptualizó por **condiciones de eficiencia** al conjunto de características y recursos que deben reunir los servicios para atender eficientemente las necesidades de salud de los diferentes grupos poblacionales del país. Los resultados obtenidos se presentaron a las Autoridades del Área de Salud de Guatemala Sur y el Distrito, los que reflejan 63.90% de adecuación de las condiciones para la eficiencia, y en la evaluación de 1987 se reflejó un 55.10%. Las categorías más deficientes son: **Planta Física y Recursos Humanos**.

Se desea que los resultados de este estudio sean de utilidad para las autoridades del Área y Distrito de Salud, y basados las evaluaciones de 1987 y 1998 se dé seguimiento para que en el futuro se logren optimizar los programas y acciones que desarrolló el Ministerio de Salud Pública.

I. Planteamiento del Problema:

En 1987 el Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, bajo la Dirección del Dr. Carlos Enrique Mazariegos Morales realizó la investigación denominada "**Evaluación de las condiciones de eficiencia de los puestos de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala**". Dicho estudio tuvo como objetivo principal: conocer las condiciones para la eficiencia de los puestos de salud a nivel nacional, identificando las áreas con mayores restricciones para alcanzar un mejor desarrollo en la calidad de atención a las personas más necesitadas de las poblaciones atendidas por ellos; también se buscó generar las bases para reorientar el destino de los recursos y/o la reorganización de los servicios.

En este trabajo se identificó que el porcentaje de adecuación de condiciones de eficiencia a nivel de puestos de salud fue de 59%, y se encontraron áreas con una adecuación por debajo del 55%, entre ellas: **Guatemala Sur**, a la cual pertenece el Distrito de Salud de San Juan Sacatepequez; así mismo Petén, Amatitlán, San Marcos y Quiché.

Actualmente, los servicios de salud no han experimentado cambios sensibles; la infraestructura física es deficiente en la mayoría de comunidades, el equipamiento y dotación de insumos para la prevención, curación y rehabilitación son mínimos; el recurso humano es poco y no se le proporciona la oportunidad de capacitarse permanentemente y tampoco se le brinda otro tipo de incentivos como reconocimientos o remuneraciones decorosas por el trabajo que se ven obligados a realizar. La capacidad de respuesta del Ministerio, ante los grandes problemas que han afectado a las comunidades rurales del país ha sido limitada (las epidemias de sarampión en 1987 y el Cólera en 1992-93; Tos Ferina en Quiché en 1998, prevalencia alta de enfermedades infecciosas del tracto gastro intestinal y de vías respiratorias, bajas coberturas, etc). Adicionalmente, existe una tendencia gubernativa a la privatización de los servicios dentro de la reforma del sector salud, pues se persigue que dentro de las acciones del Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS), se concesione a

Organizaciones Prestadoras de Servicio de Salud (OPSS)" la atención y desarrollo de las acciones de salud que se debe proporcionar a los miembros de la comunidad.

El Distrito de Salud de San Juan Sacatepequez no es la excepción a esta situación, y tomando en cuenta que el Área de Salud de Guatemala Sur fue identificado como uno de los lugares con mayores limitaciones para la eficiencia de los servicios, se hace necesario realizar una nueva evaluación para determinar los cambios ocurridos en los últimos once años y proporcionar la información a las autoridades de salud para que analicen con detenimiento la importancia de apoyar a las comunidades desde los servicios del primer nivel de atención.

II. Justificación:

Los cambios que se están produciendo a nivel nacional e internacional, han profundizado las diferencias entre los diferentes grupos de la sociedad guatemalteca. La globalización, como la nueva tendencia económica, encuentra al país sin mayores posibilidades de desarrollarse pues no se cuenta con tecnología propia, lo cual incide en un estancamiento de la economía y consecuentemente en el desempleo, generando mayor pobreza y menor posibilidad de tener acceso a los servicios esenciales para contar con una buena calidad de vida.

Esta claro que toda acción en la economía del país, incide de manera directa en la salud de los habitantes. Sin embargo, con la suscripción de los Acuerdos de Paz entre el Gobierno de Guatemala y la URNG, en el mes de Diciembre de 1996, se establecieron acciones y metas orientadas a mejorar la calidad de vida de todos los guatemaltecos, a través de propiciar el acceso a la salud, la educación, el trabajo, la vivienda, la recreación y todos aquellos servicios sanitarios y medio ambientales esenciales.

Con relación a la preservación, curación y rehabilitación, esta claro que la responsabilidad directa esta constitucionalmente definida hacia el Ministerio de Salud, a quien le corresponde la tarea de formular y desarrollar las políticas y estrategias para alcanzar los compromisos adquiridos en 1979 en Alma Ata (Declaración de la estrategia de Atención Primaria en Salud) y en los acuerdos de paz; para ello es imprescindible que el sistema de salud este bien organizado en sus diferentes niveles; es decir, que el enlace natural entre el plano comunitario y los niveles de mayor complejidad del sistema estén constituidos por un conjunto de servicios que dispongan del apoyo logístico para mejorar la calidad de atención. En tal sentido, es necesario que las estrategias permitan contar con la capacidad de respuesta adecuada a las necesidades de los diferentes grupos comunitarios, y cuya organización y distribución aseguren el máximo rendimiento.

Por lo expuesto, la evaluación de las condiciones para la prestación eficiente de servicios en el primer nivel de atención es prioritario por los compromisos suscritos y por la realidad que actualmente se vive en el país.

III. Objetivos:-

General:

Evaluar las condiciones creadas por el MSP y AS¹, para que los puestos de salud del Distrito de San Juan Sacatepequez, puedan desarrollar eficientemente las acciones orientadas a la prevención, curación y rehabilitación de los pobladores de las comunidades cubiertas por estos servicios.

Específicos:

1. Determinara las condiciones de la infraestructura física, recursos materiales y suministros con que cuentan los Puestos de Salud, para brindar atención de manera eficiente.
2. Identificar el recurso humano con que cuenta cada Puestos de Salud, en cuanto su formación y perfil de desempeño laboral.
3. Establecer si el funcionamiento del servicio se apega a normas y procedimientos definidos por las autoridades del MSP y AS.
4. Establecer si el funcionamiento del servicio se basa en la planificación y administración definida por las autoridades del MSP y AS.
5. Comparar indicadores de salud y coberturas reportadas por los servicios en 1987 y 1997.

¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

IV. Revisión de Literatura²:

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

DEFINICIÓN:

La Organización Mundial de la Salud define la atención primaria de salud como:

"...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, 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 pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad. La atención primaria forma parte integrante, tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud llevando lo más cerca posible la atención de salud a el lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria"(1).

Esta definición contempla varios aspectos que es conveniente comentar. En primer término, es un tipo de asistencia lo más elemental posible, con fundamento científico y cuyos métodos, tecnología y actividades puedan ser aceptados por las comunidades y aplicados por quienes la integran mediante su participación plena en la obtención y preservación de su salud.

² La revisión bibliográfica de este estudio esta basada en la realizada por el Dr. Carlos Augusto Rodas Gonzalez en su tesis de grado: "Evaluación de las Condiciones de Eficiencia de los Servicios de Salud de los Ingenios Azucareros del Departamento de Escuintla". 1992. Tomando en cuenta la calidad y actualidad de la misma.

"El cambio fundamental implícito en atención primaria de salud es que la comunidad y los individuos dejan de ser objeto de atención y se convierten en sujetos activos que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y, asumen responsabilidades específicas ante ellas"(17).

Esta estrategia además de demandar una postura responsable y participativa por parte de la comunidad, también exige del personal de salud un cambio de actitud manifiesta en la intención de llevar los servicios de salud lo más cerca de donde viven y trabajan las personas, en vez de esperar pasivamente la demanda de sus servicios.

También hace alusión a que la atención primaria de salud es el contacto inicial entre los miembros de la comunidad y el sistema nacional de salud -del que constituye su principal función- que permite la asistencia desde el escalón más periférico y elemental hasta el nivel central más especializado y complejo, según necesidades.

Finalmente, el concepto de que la salud es un producto intersectorial y la resultante de un proceso de desarrollo global, cuyo objetivo final es el bienestar de la población, conduce a declarar que la atención primaria debe integrarse no sólo al sector salud, sino también a los sistemas en desarrollo económico-sociales.

"En consecuencia, la atención primaria de salud no puede verse, exclusivamente, como el desarrollo de servicios básicos de salud, sino como la movilización de los recursos disponibles en cada país para responder a las necesidades de toda la población con espíritu de equidad y justicia social"(17).

Características generales de los programas de atención primaria(17):

- a) "Deben garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales. Esto implica, en la realidad, establecer prioridades; la tienen los grupos rurales y urbanos marginados y, dentro de ellos, las familias y los trabajadores expuestos a mayores riesgos".
- b) "Con respecto al contenido de los programas, deben acentuarse las actividades de promoción y prevención, combinándolas en forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación".
- c) "Entre las características deben figurar la universalidad (toda la población debe tener acceso a los servicios); la equidad (igual oportunidad de acceso a todos los niveles) y la continuidad (no deben ser esporádicos como los servicios móviles)".

Propósito de la atención primaria de salud:

En función de las consideraciones previas, puede comprenderse que la atención primaria de salud es una estrategia, cuyo propósito fundamental es procurar "salud para todos".

Esta expresión es animada por un espíritu equitativo que, reconociendo en la desigualdad del nivel de salud y goce de acciones sanitarias en la población una situación socialmente contradictoria con los anhelos de desarrollo y un lastre para el fortalecimiento de la economía de los países, propone una alternativa de acción que logre una mayor accesibilidad de los servicios de salud indispensables a todos los individuos y sus familias, permitiéndoles llevar una vida social y económica activa.

"Puesto que alcanzar y mantener este logro es el propósito de la atención primaria de salud, se concluye que ésta es la estrategia fundamental y clave para alcanzar la meta Salud para todos en el año 2,000"(20).

Componentes de la Atención Primaria de Salud:

La estrategia de atención primaria de salud tiene varios componentes y elementos que la constituyen. Sin embargo, uno de ellos es fundamental por ser la base de la estrategia: Los programas(17).

La Conferencia Internacional de Alma Ata(1) recomienda un conjunto de actividades mínimas que, atendiendo a los principales problemas de salud de la comunidad, se pueden ir introduciendo gradualmente y aumentar paulatinamente la cobertura. Estas actividades son:

- Educación para la salud.
- Promoción y suministro de alimentos y una adecuada nutrición.
- Dotación de suficiente agua potable.
- Saneamiento básico.
- Asistencia materno infantil, incluyendo planificación familiar.
- Inmunización contra enfermedades infecto-contagiosas.
- Prevención y lucha contra enfermedades endémicas locales.
- Promoción de la salud mental.
- Manejo apropiado de enfermedades y traumatismos comunes.
- Suministro de medicamentos esenciales.

Basados en éstas recomendaciones, se elaboraron para la sub-región Centroamericana un conjunto de programas clasificados en dos grupos(17,20):

- Los programas fundamentales, que comprenden:

- * Salud materno-infantil.
- * Inmunizaciones.
- * Control de infecciones respiratorias agudas.
- * Control de enfermedades diarreicas.
- * Erradicación de la Malaria.
- * Control de otras enfermedades respiratorias.
- * Erradicación del vector de la fiebre amarilla.
- * Alimentación y nutrición.
- * Saneamiento Ambiental.

- Los programas complementarios, que contemplan:

- * Salud mental.
- * Salud dental.
- * Salud pública veterinaria.
- * Control de enfermedades de transmisión sexual.
- * Programas de prevención, control y rehabilitación de enfermedades crónicas.
- * Prevención de accidentes.
- * Control de enfermedades ocupacionales.

Para llevar a cabo estos programas, se necesita de determinadas actividades estrechamente relacionadas entre sí; dichas actividades son conocidas como componentes estratégicos(17,20), entre

los que se incluyen:

- Extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del medio ambiente.
- Organización y participación de la comunidad.
- Desarrollo de la investigación y tecnología apropiada.
- Disponibilidad y producción de insumos críticos.
- Formación y utilización de recursos humanos.
- Financiamiento del sector.
- Cooperación internacional.

EVALUACIÓN DE PROGRAMAS:

Definición:

Es un proceso que conduce a la emisión de juicios de valor e implica necesariamente la medición de un objeto o serie de actividades que luego se compara con un modelo. A los resultados de la comparación se les da un valor y se pretende conducir con ellos a un efecto determinado. El acto de evaluar consiste en la emisión de juicios de valor que resultan de la comparación de las características observadas con las de un patrón de referencia o modelo y del análisis explicativo de las diferencias detectadas en dicha comparación (10,11,13,20).

Como puede observarse, la aplicación del concepto requiere de una definición precisa del objeto de la evaluación, del procedimiento y técnicas a utilizar para la medición, como también del patrón de referencia. Como programa se entiende:

"...una respuesta organizada para eliminar o reducir uno o más problemas, donde la respuesta incluye uno o más actividades y la utilización de recursos (20)".

En otras palabras, se trata de un esfuerzo administrativo que pretende resolver -en este caso- problemas de salud.

En fortalecimiento de la evaluación es un elemento integrante e indispensable en la estrategia de atención primaria de salud (1,11,16,20,21) ya que a través de esta actividad se obtiene información sistemática y empírica acerca de las características de los programas de salud para saber si éstos responden a las necesidades de la población en la cual se aplican y, de si producen el efecto esperado sobre la población blanco(9,11,16,20,21).

Propósito de la evaluación:

La evaluación tiene como propósito contribuir a mejorar los programas y actividades de salud. El conocimiento derivado de los resultados de la evaluación favorece la posibilidad de tomar decisiones más acertadas con respecto a los programas y fomentar una planificación más satisfactoria (10,13).

"Es el propósito lo que distingue a la evaluación de otras investigaciones. Así se dice que investigación evaluativa es una forma de evaluación que aplica el método científico a la evaluación de programas para establecer asociaciones causales que expliquen los resultados del programa y que se distingue de otro tipo de investigaciones científicas, como aquellas del área básica, porque están íntimamente relacionadas con la toma de decisiones que tienden a mejorar los programas de acción social"(20).

Tipos de evaluación:

Dependiendo del aspecto que se estudie de un programa, la evaluación puede ser formativa o de proceso, cuando el propósito es aportar información sobre el funcionamiento y ejecución del programa en cuestión, para que los responsables de su desarrollo tomen decisiones. Las actividades están relacionadas con la identificación de blanco y estimación de la conformidad del programa (20).

Se dice que la evaluación es acumulativa o de impacto cuando examina los resultados y comprende la estimación de la extensión en la cual el programa causa cambios en la población blanco y en la dirección deseada (20).

CONDICIONES DE EFICIENCIA:

Definición:

Para que un servicio de salud pueda atender las necesidades sanitarias de una población, de manera que los recursos empleados para cubrir esa demanda sean los mínimos para obtener el máximo de resultados satisfactorios, es menester que dichos recursos reúnan un conjunto de características que faciliten este proceso. A este conjunto de características se les denomina "Condiciones de Eficiencia" (12,20,21).

Las condiciones de eficiencia son, pues, un conjunto de requisitos que todo servicio debe cumplir para brindar una atención acorde con los conocimientos científicos actuales, las tecnologías aceptadas y las expectativas de la comunidad (12).

Antecedentes:

La concepción de servicios de salud como establecimientos en los que se producen actividades, emergente del campo de la Economía Sanitaria, asociada a la búsqueda de elementos de eficiencia de esa producción, en relación a determinados paradigmas normativos, así como la sugerencia de elementos de cómo están funcionando, originó en la década del 60 en Argentina los esquemas de condiciones de eficiencia; el primero, en una población del Consejo Federal de Inversiones, en 1,965 y, el segundo en un documento publicado por el Departamento de Salud Materno Infantil de la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires, en 1967. A partir de esa fecha han sido reiteradamente usadas en varios países de la Región (Chile, Ecuador, Belice, Brasil y últimamente en Guatemala) (12).

En febrero de 1,985 los Programas Regionales de Salud Materno-Infantil y de Prestación de Servicios de la OPS\OMS retomaron dichos documentos y convocaron a un grupo de trabajo para actualizarlos y, adecuar su contenido a los nuevos enfoques doctrinarios y a la definición de las estrategias vigentes.

Entre el 16 al 24 de mayo de 1,985 fueron utilizados en 5 zonas sanitarias de Costa Rica, dentro del curso de Supervivencia Infantil para Centro América organizado conjuntamente por OPS\UNICEF y la Fundación Kellogg. Se tuvo oportunidad de aplicarlos concretamente en los distintos niveles de atención y autoridades de salud del país, y realizar las sugerencias de ajustes y modificaciones de los instrumentos probados.

Entre el 26 y el 31 de mayo de 1,985, dichas modificaciones fueron discutidas en una reunión ampliada, efectuada en la sede central de la OPS (Washington D.C.) en la que participaron el Director de Área de Desarrollo de Programas, los Coordinadores y personal de los programas mencionados precedentemente, así como profesionales especializados en Salud Materno-Infantil y Organización de Servicios de diversos países de la Región.

Como resultado de ese largo y complejo proceso, la OPS publicó en 1,985 un documento con este material (12), el cual ha servido de fundamento para la elaboración de varios instrumentos de recolección de datos acondicionados a la realidad guatemalteca, diseñados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el INCAP y la Universidad de San Carlos de Guatemala, con la cooperación en algunos casos de entidades internacionales como OPS y UNICEF (3,4,6,21).

En 1,988 el Dr. Tapia Revollo confeccionó el cuestionario mejor elaborado hasta la fecha, que consiste en cinco encuestas destinadas a aplicarse en Centros y Puestos de Salud y a representantes comunitarios, promotores de salud y comadronas adiestradas. Este trabajo representa el concepto de condiciones de eficiencia en todos los niveles de atención de salud.

Evaluación de las condiciones de eficiencia:

Consiste en la comparación de las características de los servicios de salud con un modelo normativo elaborado previamente. En este modelo, que se considera un óptimo posible, se enlistan los requisitos o condiciones que deben llenar las unidades asistenciales de acuerdo con los requerimientos y expectativas de las comunidades a las que dan cobertura, pero cumpliendo con las especificaciones que para la operacionalización de la estrategia de atención primaria de salud ha planteado la OMS (12,15).

Esta conducta se deriva del hecho que la índole de los problemas de salud, así como los procedimientos y técnicas conocidas para su atención, admiten distintas alternativas administrativas y tecnológicas para su solución(17).

Los requisitos establecidos sirven a su vez como indicadores y/o criterios normativos en base a los cuales se elaboran las preguntas pertinentes que están contenidas en el instrumento de recolección de datos. Los elementos a evaluar enlistados en la encuesta se agrupan en rubros por

áreas temáticas, siendo las más frecuentes(3,4,6,12,20,21):

- Recursos Físicos (planta física).
- Recursos Materiales.
- Suministros.
- Recursos Humanos.
- Organización y Administración.
- Educación Sanitaria.

Las encuestas elaboradas por la Universidad de San Carlos de Guatemala (21) y por el Dr. Tapia Revollo (20), incluyen un área de Participación Comunitaria y este último agrega, además, un área de Recursos Financieros.

Esta agrupación por áreas temáticas facilita la identificación de los rubros que limitan el desarrollo de un servicio, favoreciendo la toma de decisiones racionales para su mejoramiento.

Mediante la encuesta se establece el cumplimiento de cada uno de los elementos especificados, otorgándosele un puntaje relacionado con la importancia de los mismos y cuyo valor ha sido establecido por expertos (6,10,12,20).

Para la realización de la presente investigación se utilizaron los criterios propuestos por el Dr. Tapia Revollo (20) para la asignación del puntaje, y que se presentan en el siguiente esquema:

Condición o requisito	Imprescindible	Necesario
Componente Programático		
Fundamental	10 pts.	5 pts.
Complementario	5 pts.	2.5 pts.

El valor máximo esperado y mínimo es de 10 y 2.5 respectivamente. Si la pregunta representa una condición imprescindible o insustituible para el desarrollo de una actividad de un componente programático fundamental de la atención primaria de salud, se le asignó 10 puntos; en tanto que si la condición es necesaria pero no imprescindible para desarrollar una actividad de un componente programático complementario, el valor de la pregunta es de 2.5 puntos.

En algunos casos, las preguntas están constituidas por varios elementos a responder; en estos casos, se reparte el valor o puntaje entre los diversos elementos de ésta pregunta, según el peso relativo de cada elemento.

La suma de todos los puntos correspondientes a respuestas positivas, da el puntaje total del servicio, que expresado porcentualmente, daría una medida de en qué proporción el mismo reúne las condiciones para una atención satisfactoria en relación con el modelo propuesto.

La interpretación de los resultados se lleva a cabo en función de los siguientes parámetros:

Calificación (%)	Condiciones de Eficiencia	Riesgo de Ineficiencia
80 - 100	Suficiente o alta	bajo
50 - 79	Intermedio	intermedio
1 - 49	Baja o insuficiente	alto

Si la unidad asistencial estudiada obtiene en algún componente programático una calificación inferior a 50, se dice que las condiciones de los recursos del componente en cuestión son insuficientes y por lo tanto, existe un alto riesgo de ineficiencia con respecto a éste componente. Observándose en la matriz de resultados las calificaciones para cada una de las categorías de evaluación de este componente puede advertirse cuáles son las categorías deficientes que ameritan intervención.

V. **Metodología:**

A. **Tipo de Estudio:**

Estudio Observacional Descriptivo, de evaluación de las condiciones para la eficiente prestación de servicios en el primer nivel de atención.

B. **Objeto de Estudio:**

Planta Física, Recursos Materiales y Humanos, Normas y Procedimientos, Programación y Administración, Suministros, Educación Para la Salud, y Participación Comunitaria a través de los Puestos de Salud del Distrito de San Juan Sacatepequez, para determinar las condiciones para la prestación eficiente de los servicios.

C. **Muestra por Conveniencia para el Estudio:**

Se incluyó la totalidad de los Puestos de Salud de San Juan Sacatepequez (12).

D. **Criterios de Inclusión:**

- * Todos los Puestos de Salud del Distrito de San Juan Sacatepequez
- * Puestos de Salud habilitados al momento del realizar la evaluación.

E. **Recursos:**

a. **Humanos:**

Estudiante de Medicina que realiza su Tesis de Grado
Auxiliar de Enfermería
EPS Rural

b. Materiales:

Instrumentos de Evaluación elaborados para el efecto.

Mapa del Distrito de Salud y lista de los Puestos de Salud.

Lista de documentos sobre Normas y Procedimientos de Atención en Puestos de Salud del MSP y AS.

F. Criterios para la Interpretación de Resultados:

Se establecieron seis niveles en la escala de ponderación para poder interpretar los resultados.

De 90 a 100% de adecuación: **Excelente**

De 80 a 89.9% de adecuación: **Muy buena**

De 70 a 79.9% de adecuación: **Buena**

De 60 a 69.9% de adecuación: **Regular**

De 50 a 59.9% de adecuación: **Mala**

Menos de 49.9% de adecuación: **Muy malo**

E. Definición de Variables³:

Nombre de la Variable:	Definición Conceptual:	Definición Operacional:	Indicador:
Planta Física	Es el área del puesto de salud dentro de la cual se realizan las actividades de asistencia, por parte del personal del servicio.	Disponibilidad y recursos necesarios para el buen funcionamiento de los servicios.	Se identifican 29 criterios para evaluar las condiciones para la eficiencia de la Planta Física del Puesto de Salud, la cual puede obtener un máximo de 100 puntos.
Recursos Materiales	Se refiere al mobiliario y equipo que se le ha proporcionado al puesto de salud para brindar atención a los pacientes.	Equipo de clínicas, oficina y bodegas que se utilizan para la adecuada atención de los pacientes	Se identifican 17 criterios para evaluar las condiciones para la eficiencia de los Recursos Materiales del Puesto de Salud, los cuales pueden obtener un máximo de 150 puntos.

³

(En la columna de indicadores se explica la cantidad de criterios identificados para cada variable. Véase el Anexo que inicia en la página "i" para observar el instrumento utilizado en la recolección de la información)

Nombre de la Variable:	Definición Conceptual:	Definición Operacional:	Indicador:
Recurso Humano	Personal contratado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para brindar atención en los Servicios de Salud.	Tipo de personal institucional que brinda atención en el servicio, y de manera específica se refiere a estudiantes de Medicina en EPS Rural, Auxiliar de Enfermería, Técnico en Salud Rural, personal de limpieza y mantenimiento; así como al nivel de formación y capacitación permanente.	Se identifican 13 criterios para evaluar las condiciones para la eficiencia de los Recursos Humanos del Puesto de Salud, los cuales pueden obtener un máximo de 160 puntos.
Normas y Procedimientos	Conjunto de reglas definidas por las autoridades del Ministerio de Salud para orientar el trabajo que se debe realizar en cada nivel de atención.	Disponibilidad de las normas y procedimientos que las autoridades del Ministerio de Salud han definido para el correcto desarrollo de los programas.	Se identifican 13 criterios para evaluar las condiciones para la eficiencia de las Normas y Procedimientos del Puesto de Salud, las cuales pueden obtener un máximo de 160 puntos.

Nombre de la Variable:	Definición Conceptual:	Definición Operacional:	Indicador:
Administración y Programación de actividades	Criterios definidos en el nivel local, para optimizar la utilización de recursos que se proporcionan para la atención de las personas.	Uso adecuado de los recursos en función de una programación que responde a la realidad del lugar en el cual se trabaja.	Se identifican 18 criterios para evaluar las condiciones para la eficiencia de las Normas y Procedimientos del Puesto de Salud, las cuales pueden obtener un máximo de 130 puntos.
Suministros proporcionados al Puestos de Salud	Medicamentos, materiales y equipo que se le proporciona a un servicio para acciones de prevención (vacunas), curación (medicamentos, gasas, equipo de cirugía menor, etc) y rehabilitación de los pacientes.	Disponibilidad de medicamentos en cantidad adecuada para cubrir los requerimientos básicos de la comunidad.	Se identifican 14 criterios para evaluar las condiciones para la eficiencia de los Suministros del Puesto de Salud, las cuales pueden obtener un máximo de 100 puntos.

Nombre de la Variable:	Definición Conceptual:	Definición Operacional:	Indicador:
Educación para la Salud	Planificación, programación, desarrollo y evaluación de actividades de educación en salud, a grupos comunitarios.	Desarrollo de platicas educativas, con base a un programa de educación para la salud orientado a la promoción y prevención de la salud / enfermedad.	Se identifican 7 criterios para evaluar las condiciones para la eficiencia de la Educación para la Salud en los Puesto, la cual puede obtener un máximo de 130 puntos.
Participación comunitaria	Coordinación generada por el personal de los servicios para que los miembros de la comunidad participen en actividades de promoción y prevención para la salud.	Plan de trabajo elaborado con miembros de la comunidad para poder desarrollar actividades de promoción y prevención.	Se identifican 6 criterios para evaluar las condiciones para la eficiencia de la Participación Comunitaria para la promoción de la Salud en los Puesto, la cual puede obtener un máximo de 130 puntos.
Indicadores de salud	Valores determinados a partir de la cuantificación de eventos morbidos y no morbidos en una población en un período determinado.	Se refiere a las principales causas de morbilidad y mortalidad en 1987 y 1997 como el año previo a este estudio.	Tasas de morbilidad y mortalidad en 1987 y 1997.

Nombre de la Variable:	Definición Conceptual:	Definición Operacional:	Indicador:
Coberturas	Porcentaje de la población atendida por primera vez en un período determinado, en relación con la población total.	Total de población en 1987 y 1997, y total de primeras consultas en el año.	Para 1987 y 1997: Total de primeras consultas en el año / total de población en ese año.

F. Aspectos Éticos de la Investigación:

Por ser un estudio de tipo observacional descriptivo, no se maneja información que afectara aspectos físicos, morales e intelectuales de persona alguna; tampoco se afecto de manera directa o indirecta ni ningún grupo comunitario o institucional; adicionalmente, la información se maneja de manera científica, por lo que los aspectos éticos considerados para todo estudio de esta naturaleza se respetaron.

G. Tratamiento Estadístico de la Información:

La ponderación obtenida por los puestos de salud en cada rubro evaluado se manejo como valores totales, y para la interpretación de los resultados se promediaron los valores para obtener una apreciación de la situación de los servicios en el Distrito de San Juan Sacatepéquez. Algunos resultados se expresaron como porcentaje, para una mejor comprensión de su significado.

Tabla No 1

PONDERACIÓN DE CADA PUESTO DE SALUD POR RUBRO

Rubro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Promedio	Punto Normad o	% de Adecuación
Planta Física	80.0	58.0	64.0	57.0	57.0	46.0	43.0	65.0	60.0	65.0	57.0	27.0	56.83	100	56.80
Recursos Materiales	70.6	83.3	77.0	72.0	82.0	81.0	86.6	83.3	74.6	38.7	58.0	45.3	71.03	150	71.00
Recursos Humanos	58.2	38.7	57.0	38.7	38.7	68.0	60.0	75.0	38.7	75.0	32.5	31.2	50.97	160	50.90
Normas y Procedimientos	66.9	76.9	70.7	60.8	66.9	60.8	66.1	45.4	55.4	60.0	65.4	60.0	62.94	130	62.90
Administración y Programación	83.8	75.4	67.7	70.7	70.0	72.3	72.3	62.3	73.8	50.0	50.0	25.4	64.47	130	64.48
Suministros	67.0	57.0	65.0	75.0	72.0	54.0	57.0	69.0	69.0	46.0	43.0	48.0	60.16	100	60.16
Educación Para la Salud	75.4	95.3	97.7	93.0	78.5	75.4	76.0	73.8	77.7	33.8	69.2	76.0	76.81	130	76.60
Participación Comunitaria	100	82.0	67.0	82.0	82.0	78.0	67.0	45.0	67.0	49.0	30.0	69.0	68.16	100	68.16
Puntuación Promedio	75.2	70.8	70.8	68.6	68.4	67.3	66.0	64.8	64.5	52.2	50.6	47.7	63.92	1000	

1 = P.S. Cerro Alto; 2 = P.S. Cruz Blanca; 3 = Los Guates; 4 = Sajevilla; 5 = Comunidad de Ruiz; 6 = Suacitè; 7 = Montufar; 8 = Estancia Grande; 9 = Los Pirres; 10 = San Antonio Las Trojes; 11 = Loma Alta; 12 = Sacsuy.

Fuente: Instrumento utilizado para la evaluación de las Condiciones para la Eficiencia en los Puestos de Salud del Distrito No 19 (San Juan Sacatepèquez), del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, 1998.

Tabla N° 2

Criterios para la Interpretación de Resultados para Puesto de Salud por Frecuencia y Porcentaje

Criterios para la Interpretación	Puesto de Salud	
	N°	%
Excelente	0	00.00
Muy Bueno	0	00.00
Bueno	3	25.00
Regular	6	50.00
Malo	2	16.66
Muy Malo	1	8.33
Total	12	100

Fuente: Instrumento utilizado para la evaluación de las Condiciones para la Eficiencia en los Puestos de Salud del Distrito N° 19 (San Juan Sacatepéquez), del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, 1998.

Tabla N° 3

Area de influencia de los Puestos de Salud, por superficie territorial en kilometros²

	Area de influencia en Kilometros ²					Total
	1 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 y >	
N° de P. S	5	3	3	1	0	12
% de P. S	41.66	25.00	25.00	8.00	0.00	100.00

Fuente: Instrumento utilizado para la evaluación de las Condiciones para la Eficiencia en los Puestos de Salud del Distrito N° 19 (San Juan Sacatepéquez), del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, 1998.

Tabla N° 4

Población aproximada por Puesto de Salud, estimada al mes de mayo de 1998

Población	Puestos de Salud	
	N°	%
0001 - 2000	0	00.00
2001 - 4000	4	33.33
4001 - 6000	2	16.67
6001 - 8000	3	25.00
8001 - 10000	1	8.33
10001 - 12000	0	00.00
12001 - 14000	1	8.33
14001 y >	1	8.33
Total	12	100.00

Fuente: Instrumento utilizado para la evaluación de las Condiciones para la Eficiencia en los Puestos de Salud del Distrito N° 19 (San Juan Sacatepéquez), del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, 1998.

VII. Análisis e Interpretación de Resultados

Como se puede apreciar en el cuadro No. 1, se evaluó el 100% de los puestos de salud habilitados actualmente (12 Puestos de Salud en total).

En dicho cuadro se presentan los resultados obtenidos, observando que los únicos Puestos de Salud catalogados como buenos son: Cerro Alto (75.2% de adecuación), Cruz Blanca (70.8% de adecuación), Los Guates (70.7% de adecuación); les siguen en orden decreciente los siguientes puestos de Sajcavilla, Comunidad de Ruiz, Suacite, Montufar, Estancia Grande, Los Pirires, los cuales se encuentran en el intervalo de 60 a 69.9% considerados como regulares. Los puestos de salud de San Antonio las Trojes, Loma Alta se encuentran en el intervalo de 50 a 59.9%, considerados como mala, y en el extremo esta el puesto de salud de Sacsuy catalogada como muy mala (47.73% de adecuación), según la categorización operacional establecida.

En conjunto, este distrito alcanzo un porcentaje de adecuación global de 63.9%, comparado con el porcentaje de adecuación global obtenido en 1987, el cual fue de 55.1%. En ese entonces se encontraba en la categorización operacional de mala, actualmente la diferencia es insignificante después de transcurridos 11 años; pudiendo decir que, actualmente, la adecuación de condiciones para la eficiencia es Regular.

Se identificaron deficiencias en las siguientes categorías: Recursos Humanos (50.9%) y Planta Física (56.8%).

En el cuadro No. 2 se puede observar que la mayoría de puestos de salud del Distrito N° 19, se encuentran por debajo del 60% de adecuación, lo que los califica como malos o muy malos en la escala definida para evaluar las condiciones de eficiencia.

Ya que el intervalo de adecuación de 60 a 69.9% (considerado como regular) no es el más

apropiado para decir que un puesto de salud funciona eficientemente, se debe dar mayor atención a los puestos con porcentajes de adecuación menor al 60%, indicando a continuación los que no alcanzaron dicha adecuación: San Antonio las Trojes (52.18% de adecuación), Loma Alta (50.63% de adecuación), Sacsuy (47.7% de adecuación).

Llama la atención que la categoría con mayor porcentaje de adecuación fue la relacionada con Educación para la Salud (76.8%), lo que se debió a que la gran mayoría de los puestos de salud cuentan con programas de educación y promoción en Salud, principalmente dentro del establecimiento, ya que se tiene instituido (dentro de las actividades de atención), la orientación de las madres en aspectos relacionados con los programas de control materno infantil y de haber recibido el personal del Puesto alguna capacitación para poder desarrollar dicha actividad. Sin embargo, se reportaron limitaciones en la disponibilidad del material de apoyo básico (ejemplo: pizarrón, rotafolios, franelografos, afiches), por lo que en tal sentido cabría el cuestionamiento y evaluación de la forma en que se desarrolla la actividad y el impacto que tiene o ha tenido el componente educación

En términos generales, las limitaciones existentes en cada una de las categorías (rubros) que se evaluaron fueron similares en todos los puestos de salud, de acuerdo con el instrumento utilizado.

A continuación se describen las limitaciones específicas que afectan la eficiencia del servicio, considerando apropiado destacar, en orden correlativo, las limitaciones más frecuentemente encontradas en la mayoría de los puestos de salud:

Planta Física:

Servicios sanitarios no funcional por carencia de agua, ausencia de servicio sanitario para el público y en menor escala deterioro de los mismos. Falta o deterioro de lavamanos. Ausencia o dificultad para la obtención de agua potable. Falta de un área específica para impartir charlas o demostraciones. Clínica Médica sin privacidad.

Recursos Materiales:

Falta de infantometro, fetoscopio, deterioro de balanzas (tanto de adultos como lactantes). Camillas improvisadas. Ausencia o deterioro de estufa y autoclave. Ausencia parcial o completa de equipo mínimo de sutura. Deficiencia en el transporte para hacer trabajo de campo y trasladar enfermos.

Recursos Humanos:

Un alto porcentaje de auxiliares de enfermería no residen en la localidad; en todos los puestos de salud, la auxiliar tiene bajo su responsabilidad un área de influencia mayor de 2000 habitantes; en todos los puestos no se cuentan con técnico de salud rural, no todos los puestos tienen registradas a las comadronas tradicionales y los promotores de salud y en donde existe no se les da seguimiento.

Normas y Procedimientos:

En la mayoría de puestos, el personal no ha leído el manual de normas y guías de atención y si las a leído ya no recuerda el mismo; inexistencia de normas escritas para la referencia y contrareferencia de pacientes, así como para el envío de muestras en la gran mayoría de ellos; la mayoría de puestos no cuentan o no registran la atención en la ficha clínica correspondiente; ningún puesto manejan el carnet de control del niño; generalmente no se efectúan exámenes básicos de tipo odontológicos.

Administración y Programación:

Son pocos los puestos que cuentan con un diagnóstico actualizado de la situación de salud del lugar. La mayoría de puestos no tienen un mapa o croquis actualizado del área de influencia, a pesar de contar con censo de viviendas y familias, es poco el personal que desconoce los procedimientos de uso del puesto. No funciona el sistema de referencia y contrareferencia de pacientes. Son pocos los puestos que reciben supervisión programada de parte del jefe del distrito y/o enfermera graduada y no se dejan por escrito la recomendaciones pertinentes.

Suministros:

En esta categoría, algunos puestos tienen limitaciones a pesar de que solicitan cada medicamento

al terminar el suministro anterior, pero el trámite lleva contratiempos. Los responsables del puesto informaron que la cantidad de suministros era insuficiente para atender la demanda y no se cumple con lo estipulado. La mayoría de puestos no contaban con combustible (gas), ni con vendas o gasas. No todos los puestos contaban con sales de rehidratación oral y en aquellos que si contaban las mismas eran insuficientes para la demanda; por otro lado, pocos de ellos disponían de fichas clínicas y carnet de identificación de pacientes. Material de limpieza (limpiadores, jabón, detergentes) se encontró solo en algunos puestos y finalmente la gran mayoría no disponían de recursos para el mantenimiento funcional del puesto de salud.

Educación para la Salud:

Categoría que obtuvo el mayor porcentaje de adecuación (76.8%), lo que se debió a que en la gran mayoría de los puestos de salud se encuentran instituidos programas o actividades de adecuación y promoción de la salud. Las principales restricciones en dicha categoría se relacionan a las pocas actividades de educación extramuros y a la falta de material educativo.

Participación Comunitaria:

Esta categoría es muy importante en la operacionalización de las actividades contempladas en la estrategia de atención primaria en salud, la que fue calificada de regular según la categorización operacional establecida (68.16% de adecuación). Las limitaciones principales obedecen a que en la gran mayoría de puestos no se realizan actividades de salud en forma conjunta con otros sectores gubernamentales y/o privadas; a pesar de tener identificadas las organizaciones cívico culturales de la comunidad los mismos participan poco en las actividades de educación para la salud. En la gran mayoría no existe comité de salud, además son pocos los puestos que han establecido contacto con los agentes tradicionales de salud (xamanes).

En general la mayor parte de los puestos de salud no cuentan con las condiciones mínimas necesarias para operar eficientemente en las áreas de influencia respectivas de acuerdo a los programas y actividades contempladas en el plan nacional de salud.

VIII. Conclusiones

1. Las condiciones de eficiencia de los puestos de salud de San Juan Sacatepéquez se pueden calificar de Regulares, al alcanzar un porcentaje de adecuación de 63.90% según la categorización operacional definida en este estudio.
2. Los puestos de salud con porcentajes de adecuación por debajo del 60% son: San Antonio las trojes, Loma Alta, Sacsuy, equivalentes al 25% del total de puestos de salud del Distrito N° 19 (12).
3. Los puestos de salud que presentaron porcentajes por arriba del 60% son: Los Pirires (64.52%), Estancia Grande (64.85%), Montufar (66%), Suacite (67.3%), Comunidad de Ruiz (68.38%), Sajcavilla (68.65%), equivalentes al 50% del total de puestos de salud del Distrito N° 19 (12).
4. Los puestos de salud que presentaron porcentajes por arriba del 70% son: Los Guates (70.76%), Cruz Blanca (70.82%), Cerro Alto (75.23%), equivalentes al 25% del total de puestos de salud del Distrito N° 19 (12).
5. Las principales limitaciones que pueden interferir en la eficiencia del servicio se encontraron en las categorías de: Planta Física (56.8%) y Recursos Humanos (50.97%).

IX. Recomendaciones

1. Implementar la asignación de recursos y materiales a los puestos de salud, para lograr mayor eficiencia en su funcionamiento.
2. Buscar mecanismos que permitan resolver las limitaciones identificadas, a través de este estudio, haciendo énfasis en aquellos puestos de salud que han obtenido una evaluación que los ubica en la categoría de muy mala y regular.
3. Promover la cooperación intersectorial con otras entidades gubernativas y no gubernativas, para mejorar la eficiencia y calidad de prestación de los servicios de salud.
4. Sistematizar las actividades de supervisión y control a los puestos de salud, por parte del Jefe de Distrito o del Area.
5. Realizar investigaciones orientadas a la evaluación de los logros alcanzados en el proceso de las acciones de salud que se desarrollan, así como el impacto alcanzado a través de las mismas.
6. Realizar, quinquenalmente, evaluaciones similares a la realizada en esta investigación, con el objetivo de identificar los cambios en las condiciones para la eficiencia.

X Resumen

Se evaluaron las condiciones para la eficiencia de los 12 Puestos de Salud de San Juan Sacatepéquez (Distrito N° 19 del Área de Salud de Guatemala Sur), y se tomó como referencia los resultados obtenidos en la evaluación previa realizada en 1987 (Evaluación de las condiciones para la prestación eficiente de los servicios a nivel de puestos de salud de Guatemala, Programa de EPS Rural, Dr. Carlos Enrique Mazariegos Morales). Para poder comparar los resultados de ambas investigaciones se replicó la metodología y se utilizó el mismo instrumento de recolección de datos.

En el actual estudio se pudo establecer que las condiciones para la eficiencia de los servicios han mejorado en un 8.80% en relación con los resultados obtenidos con anterioridad (1987 = 55.10% y 1998 = 63.90%). En ese entonces se encontraba en la categorización operacional de mala, actualmente la diferencia es poca después de transcurridos 11 años; pudiendo afirmar que la adecuación de condiciones para la eficiencia es Regular. La categoría con mayor porcentaje de adecuación fue la relacionada con Educación para la Salud (76.8%), debido a que la gran mayoría de los puestos de salud cuentan con programas de educación y promoción en Salud orientados a las madres en aspectos relacionados con los programas de control materno infantil, sin embargo, se reportaron limitaciones en la disponibilidad del material de apoyo básico (ejemplo: pizarrón, rotafolios, franelógrafos, afiches), por lo que se debe cuestionar y evaluar la forma en que se desarrolla la actividad y el impacto que tiene o ha tenido el componente educación. Se identificaron deficiencias en las siguientes categorías: Recursos Humanos (50.9%) y Planta Física (56.8%).

Los únicos Puestos de Salud catalogados como buenos son: Cerro Alto (75.2% de adecuación), Cruz Blanca (70.8% de adecuación), Los Guates (70.7% de adecuación); les siguen en orden decreciente los siguientes puestos de Sajcavilla, Comunidad de Ruiz, Suacite, Montufar, Estancia Grande, Los Pirires, los cuales se encuentran en el intervalo de 60 a 69.9% considerados como regulares. Los puestos de salud de San Antonio las Trojes, Loma Alta se encuentran en el intervalo de 50 a 59.9%, considerados como mala, y en el extremo está el puesto de salud de Sacsuy

catalogada como muy mala (47.73% de adecuación), según la categorización operacional establecida.

Por lo expuesto, es recomendable implementar la asignación de recursos y materiales a los puestos de salud, para lograr mayor eficiencia en su funcionamiento; buscar mecanismos que permitan resolver las limitaciones identificadas, a través de este estudio, haciendo énfasis en aquellos puestos de salud que han obtenido una evaluación que los ubica en la categoría de muy mala y regular; promover la cooperación intersectorial con otras entidades gubernativas y no gubernativas, para mejorar la eficiencia y calidad de prestación de los servicios de salud; sistematizar las actividades de supervisión y control a los puestos de salud, por parte del Jefe de Distrito o del Área; y realizar, quinquenalmente, evaluaciones similares a la realizada en esta investigación, con el objetivo de identificar los cambios en las condiciones para la eficiencia.

REFERENCIAS

- 1.- Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud, Iro.: 1978: Alma Ata, U.R.S.S. Informe de la Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud. Alma Ata, U.R.S.S. 6-12 de septiembre de 1978 Ginebra: OMS, 1,981.
- 2.- Gobierno de Guatemala. Ministerio de Educación. Manual de planificación y programación presupuestaria del sector público. Guatemala: 1985. 246 p.
- 3.- Gobierno de Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/INCAP/OPS/OMS/UNICEF. Evaluación de las condiciones de eficiencia de los servicios de salud materno-infantil: julio-agosto de 1,985. Guatemala: 1,985.
- 4.- Gobierno de Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Area de Salud Guatemala Sur/INCAP. Evaluación de las condiciones de eficiencia de los servicios de salud Materno-Infantil de los Centros y Puestos de Salud del Area de Salud Guatemala Sur. Guatemala: 1986.
- 5.- Gobierno de Guatemala. MSP y AS. Area de Salud Santa Rosa. Evaluación de la atención primaria de salud: año 1,985. Guatemala: 1,986.
- 6.- Gobierno de Guatemala. MSP y AS / INCAP. Evaluación de los servicios de salud materno-infantil del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, por niveles de atención y categorías de eficiencia: Centro de Salud. Guatemala 1986.
- 7.- Gobierno de Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Salud 1,991-1996. Guatemala: 1,991. 12 p.
- 8.- 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. Washington D.C.: OMS, 1,981. 98 p.
- 9.- Organización Mundial de la Salud. Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud: Normas Fundamentales. Ginebra: OMS, 1981.
- 10.- 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: OMS, 1981. 49 p.
- 11.- Organización Panamericana de la Salud/OMS. Evaluación y organización de servicios de salud para la atención primaria materno infantil HPD/HPM. Washington D.C. OPS/OMS. 1985. Fascículo I.
- 12.- Organización Panamericana de la Salud. Condiciones de eficiencia de los servicios de atención materno infantil HPD/HPM y prestación de servicios de salud HSI/HSC. Washington D.C.: OPS/OMS, 1985. Fascículo II.
- 13.- Organización Panamericana de la Salud Evaluación y organización de servicios de salud para la atención primaria materno infantil Washington D.C.: OPS/OMS, 1985. Fascículo III. 19 p.
- 14.- Organización Panamericana de la Salud/OMS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de la salud. Washington D.C.: OPS/OMS, 1989. 28 p.
- 15.- Organización Panamericana de la Salud. Salud para todos en el año 2,000: Estrategias. Washington D.C.: OPS/OMS, 1980. 34 p.
- 16.- Organización Panamericana de la Salud. Hacia el año 2000. En busca de la salud para todos en las Américas. Washington D.C.: OPS, 1983. pp. 120-123.
- 17.- Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria de salud: Principios y métodos. Compilado por: Kroeger, A. y R. Luna. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No. 10, México D.F.: OPS, 1987. 642 p.
- 18.- Seminario "Alma Ata -10 años después- Avances", Iro.: 1988: Guatemala, Guatemala. Apoyo de organizaciones no gubernamentales en atención primaria de salud. Guatemala: 21-22 de noviembre de 1,988. Guatemala: APROFAM, 1990. 58 p.
- 19.- Seminario "Alma Ata -10 años después- Avances", Iro.: 1988: Guatemala, Guatemala. Apoyo legislativo a la declaración Alma Ata. Guatemala: 21-22 de noviembre de 1,988. Guatemala: APROFAM, 1990. 58 p.
- 20.- Tapia R., Gustavo I. Instrumentación para evaluar el proceso de aplicación de la estrategia de atención primaria en servicios de salud periféricos v comunidad. Tesis (Magiste Scientificae en Alimentación y Nutrición en Salud) -Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas/Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Centro de Estudios Superiores en Nutrición y Ciencias de los Alimentos. Curso de Post-Grado en Alimentación y Nutrición en Salud. Guatemala: 1,988. 364 p. Anexos.
- 21.- Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural. Evaluación de las condiciones de eficiencia de los puestos de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Informe final. Guatemala: 1987. 32 p. Anexos.

INSTRUMENTO PARA EVALUAR

"CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN EFICIENTE DE LOS SERVICIOS EN LOS PUESTOS DE SALUD DEL DISTRITO DE SAN JUAN SACATEPÉQUEZ. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA"

INFORMACIÓN GENERAL

1.- IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO:

Puesto de Salud:

Distrito: _____

Area: _____

2.- AREA DE INFLUENCIA:

1. Area geográfica que cubre el servicio: _____ Kms².
2. Población aproximada que cubre el servicio: _____ habitantes.

3.- CARACTERÍSTICAS DE ACCESIBILIDAD AL SERVICIO:

3.1. Geográficas:

- a) Distancia aproximada desde el hogar de las familias más distantes al Puesto de Salud: _____ Kms².
- b) Tiempo aproximado que demoran las familias más distantes para llegar al Puesto: _____ horas _____ minutos.
- c) Medio de movilización que utilizan las familias para acudir al Puesto de Salud, en orden de prioridad:

3.2 Funcionales:

- a) El horario de atención de pacientes, es compatible y suficiente para la demanda: _____

Porque: _____

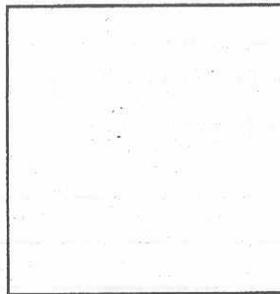
3.3. Culturales:

- a) Existe dificultad en la comunicación entre el usuario y el proveedor del servicio, por diferencia de idioma o lengua:

- b) Lengua o dialecto hablado en mayor porcentaje por la población:

4.- INFORMACIÓN PARA REGISTRO DEL ESTUDIO:

- a) Nombre del investigador: _____
b) Nombre del entrevistado: _____
Cargo: _____
c) Fecha de la entrevista: _____
d) Sello del Puesto de Salud: _____



ANEXO I

"CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN EFICIENTE DE LOS SERVICIOS EN LOS PUESTOS DE SALUD DEL DISTRITO DE SAN JUAN SACATEPEQUEZ. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA"

I PLANTA FÍSICA

**100
PUNTOS**

El Edificio del Puesto de Salud dispone de

- 1) Ambiente (Sala de espera con espacio suficiente para la demanda) (7)___
- 2) Espacio para recepción y registro de pacientes (5)___
- 3) Area de preconsulta (para pesar, medir, tomar temperatura, etc.) (7)___
- 4) Ambiente separado para procedimientos (vacunas, curaciones, hipodermia, etc.) (6)___
- 5) Consultorio con privacidad para la atención de pacientes (9)___
- 6) Espacio para archivo de historias clínicas (5)___
- 7) Lavamanos funcional para el personal del puesto (7)___
- 8) Servicio sanitario en buenas condiciones para el personal (7)___
- 9) Servicio sanitario en buenas condiciones para el público (7)___
- 10) Iluminación natural suficiente para las actividades diurnas (6)___
- 11) Servicio de agua potable durante las horas hábiles (8)___
- 12) Servicio continuo de energía eléctrica, al menos durante las horas hábiles (7)___
- 13) Bodega (para leche y otros implementos) funcional en cuanto a espacio, humedad y ventilación (6)___

- 14) Area para impartir educación para la salud (charlas y demostraciones) (7)___
- 15) Paredes y piso de material que facilite su limpieza (6)___

SUB TOTAL _____

II RECURSOS MATERIALES

**150
Puntos**

- 1) Estufa y autoclave para esterilización (6)___
- solo estufa o autoclave (2)
- 2) Espéculos vaginales en número suficiente para la demanda ... (4)___
- 3) Materiales suficientes para examen de Papanicolau (papeletas, laminillas, spray o frascos con formol) (4)___
- 4) Materiales para la toma de gota gruesa en número suficiente para la demanda (4)___
- 5) Materiales para la toma de muestra de baciloscopia de esputo en número suficiente (4)___
- 6) Muebles para archivo de historias clínicas (3)___
- 7) Mueble o estantería para colocar medicamentos (4)___
- 8) Balde con pedal para desechar gasas, curaciones, algodón, etc. (4)___
- 9) Guantes para curaciones o procedimientos en buen estado y en número suficiente para la demanda. (5)___
-Guantes en número insuficiente o en mal estado (2)
- 10) Jeringas de diversos tamaños en cantidad suficiente para atender la demanda (5)___
-Sólo algunos tamaños o cantidad insuficiente (2)

- 11) Agujas hipodérmicas para administrar medicamentos por vía intramuscular, endovenosa y subcutánea en cantidad suficiente para la demanda (5)___
-Sólo algunas agujas o en mal estado (2)
- 12) Equipo de sutura compuesto por mango y hojas de bisturí, porta-agujas, agujas de sutura semicircular (diferentes tamaños), tijera curva, recta o ambas, pinza con dientes y sin dientes, hilos absorbibles y no absorbibles en diferentes números (6)___
-Equipo de sutura incompleto (3)
- 13) Bajalenguas desechables en cantidad suficiente para la demanda (3)___
- 14) Cuenta con bandejas de aluminio, frascos para gasa y algodón estéril, cajas de acero inoxidable, Riñones (4)___
-Sólo cuenta con algunos de estos instrumentos (3)
- 15) Sala de espera con bancas o sillas en número suficiente para la demanda (5)___
-Bancas o sillas en número insuficiente (3)
- 16) Consultorio de atención de pacientes con camilla de examen (incluyendo ginecológicos) con colchoneta y grada (6)___
-Camilla de examen sin colchoneta o grada (3)
- 17) Consultorio de atención de pacientes con escritorio o mesa y dos sillas (6)___
-Escritorio o mesa y una silla (3)
- 18) Ambiente para curaciones con camilla y carro de curaciones ... (5)___
-Sólo camilla o carro de curaciones (3)
- 19) Balanza para adulto con altímetro (5)___
- 20) Balanza para lactantes (5)___
- 21) Infantómetro (5)___

- 22) Cinta métrica inextensible (en buen estado) (3)___
- 23) Estetoscopio biauricular (5)___
- 24) Estetoscopio de auscultación fetal (fetoscopio) (5)___
- 25) Esfigmomanómetro (en buen estado) (5)___
- 26) Termómetros orales y rectales (5)___

-Sólo un tipo de termómetro o insuficientes para la demanda (2)

- 27) Lámpara de pie (cuello de ganzo) (4)___
- 28) Refrigerador con termómetro y hoja de control de temperatura (7)___

-Sólo refrigerador (5)

- 29) Termos tipo King Seeley con baterías para el transporte de vacunas (6)___

-Sólo termos sin baterías (3)

- 30) Hay facilidades de vehículos o transporte para tareas de campo (6)___

- 31) Hay facilidades para traslado de enfermos (ambulancias, pago de taxis, etc.) (6)___

SUB TOTAL _____

III RECURSOS HUMANOS

160
PUNTOS

- 1) Auxiliar de enfermería responsable del puesto (10)___
- 2) La auxiliar de enfermería reside en la capital (10)___
- 3) La enfermera ha realizado estudios de Auxiliar de 9 meses ... (15)___
-Sólo ha recibido adiestramiento en servicio (10)
- 4) La auxiliar en los dos últimos años ha asistido a curso o seminario relacionado con los programas de salud que se ejecutan en el puesto (10)___

- 5) Existe al menos un Auxiliar de Enfermería por cada 2.000 habitantes (10)___
- 6) Hay Técnico en Salud Rural (T.S.R.) (15)___
- 7) El T.S.R. reside en la localidad (15)___
- 8) Hay comadronas tradicionales registradas y con seguimiento periódico en el puesto (12)___
.Hay comadronas pero sin seguimiento (5)
- 9) Hay Promotores de Salud registrados y con seguimiento periódico en el Puesto de Salud (12)___
-Hay Promotores pero sin seguimiento (5)
- 10) Se cuenta con Promotores de Salud en todas las comunidades del área de influencia del Puesto de Salud (14)___
- 11) Los promotores han recibido curso de capacitación con una duración no menor de seis semanas (10)___
- 12) Los promotores reciben curso de readiestramiento por lo menos una vez al año (11)___
- 13) Se cuenta con estudiante en Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) del último año de estudios de la Facultad de Ciencias Médicas de cualquier Universidad de Guatemala (15)___

IV NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

130
PUNTOS

- 1) Se dispone del Manual de Normas y Guías de Atención en Puestos de Salud (del año 1979 o más reciente) (12)___
- 2) Se dispone de Normas escritas de Programación que incluyan Metas, Coberturas, Actividades de los Programas (10)___
-Monitores del crecimiento físico y desarrollo (control del niño sano) (1)
-Control prenatal y puerperas (1)
-Inmunizaciones (1)

- Control de enfermedades diarreicas (1)
 - Control de enfermedades respiratorias (1)
 - Educación para la Salud (1)
 - Saneamiento Básico Ambiental (1)
 - Malaria (1)
 - Tuberculosis (1)
 - Planificación Familiar (1)
- 3) Se dispone de Normas escritas del Programa de Complementación Alimentaria (entrega de alimentos) a grupos vulnerables (materno-infantil) (8)___
 - 4) Se dispone de Normas para envío de muestras (sangre, orina, gota gruesa, esputo, etc.) (7)___
 - 5) Se dispone de Normas escritas para el transporte, conservación y manejo de biológicos (vacunas) (8)___
 - 6) Se encuentran las vacunas ordenadas e identificadas dentro del refrigerador (7)___
 - 7) Se dispone de Normas escritas para la referencia de pacientes a otros niveles de atención (Centro de Salud, Hospital) (7)___
 - 8) Existen Normas escritas para la referencia y contrarreferencia de pacientes de y hacia el nivel comunitario (7)___
 - 9) Se realiza registro diario de actividades (7)___
 - 10) Se registra la atención prestada a los pacientes en la Ficha Clínica correspondiente (7)___
 - 11) En cada consulta a la embarazada, se mide y registra (7)___
 - Peso (1)
 - Presión arterial (1)
 - Altura uterina (1)
 - Frecuencia cardíaca fetal (1)
 - Presentación fetal (1)

- Edad de embarazo (1)
 - Educación a la embarazada (1)
- 12) En cada consulta de niño menor de 5 años, se mide y registra en la ficha clínica correspondiente (8)___
 - Peso (graficada en la curva de referencia) (1)
 - Talla (graficada en la curva de referencia) (1)
 - Perímetro cefálico (1)
 - Temperatura (1)
 - Diagnóstico del estado nutricional (1)
 - Esquema de inmunizaciones (1)
 - Educación a la madre (1)
 - 13) Se elaboran informes estadísticos mensuales (8)___
 - 14) Se reporta semanalmente la presencia de enfermedades de notificación obligatoria a la Jefatura de Area y/o División de Vigilancia Epidemiológica (6)___
 - 15) Se entrega a cada niño un Carnet que contenga casillas para anotar edad, peso, talla, gráfica de crecimiento, cuadro de vacunación y otros datos básicos (6)___
 - 16) Se realizan exámenes odontológicos básicos (examen de boca y dientes) y se refieren los casos al odontólogo del área (7)___
 - 17) Se realizan visitas domiciliarias a pacientes de alto riesgo (8)___
- SUB TOTAL _____

V ADMINISTRACIÓN Y PROGRAMACIÓN

130 PUNTOS

- 1) Está definida el área geográfica y la población asignada al Puesto de Salud (8)___

- 2) Se cuenta con un censo actualizado de viviendas y familias . . . (8)___
- 3) Se dispone de un mapa o croquis actualizado del área de influencia (7)___
- 4) Existe un diagnóstico actualizado de la situación de salud (10)___
- 5) Existe programación escrita con metas cuantificables de las actividades del Puesto (8)___
- 6) Se dispone de un sistema para archivo de fichas clínicas o familiares (5)___
- 7) El presupuesto autorizado es suficiente para el desarrollo de las actividades del Puesto (8)___
- 8) El trámite de documentos del presupuesto a otros niveles se efectúa sin contratiempos (6)___
- 9) Conoce el personal los procedimientos de uso del presupuesto (5)___
- 10) Se realizan evaluaciones del cumplimiento de lo programado por lo menos cada tres meses (8)___
- 11) Se realizan actividades de coordinación entre el personal del Puesto de Salud, para tratar aspectos técnicos-administrativos, por lo menos cada mes (7)___
- 12) Se realizan reuniones de coordinación en la Jefatura del Distrito (con la presencia de todo el personal técnico del distrito), por lo menos una vez cada tres meses (9)___
- 13) Se realizan reuniones de coordinación entre el personal del Puesto y autoridades o grupos comunales, periódicamente, para impulsar los programas de salud. (7)___
- 14) Funciona el sistema de referencia y contrarreferencia entre: . . . (6)___
 - Puestos de Salud y Centros de Salud (3)
 - Personal voluntario de salud y Puesto de Salud (3)

- 15) Recibe el personal del Puesto de Salud. supervisión programada del médico y enfermera del distrito, por lo menos cada dos meses (8)___
 - 16) Recibe el personal del Puesto, informe escrito y recomendaciones de la supervisión (6)___
 - 17) El personal del Puesto, realiza supervisión a Promotores en Salud y Comadronas por lo menos cada dos meses (7)___
 - 18) Realiza el personal del Puesto, actividades programadas con grupos de la comunidad (7)___
- SUB TOTAL _____

VI SUMINISTROS

100 PUNTOS

- 1) Se cuenta con los siguientes medicamentos (17)___
 - Analgésicos-Antipiréticos (Ej. Acido Acetil Salicílico-Adulto, Infantil; Acetaminofén) (1)
 - Antibióticos (Ej. Hostacilina, Ampicilina, Eritromicina, Sulfas, Clorafenicol) (1)
 - Antihistamínico (1)
 - Antiespasmódicos (1)
 - Broncodilatadores (1)
 - Antitusígenos (1)
 - Antibiótico ocular (1)
 - Antiparasitarios (1)
 - Antiamebianos (1)
 - Antiséptico de uso externo (1)
 - Cremas dermatológicas (1)
 - Antiácido (1)
 - Antipalúdicos (1)
 - Tuberculostáticos (1)

- Polivitamínicos (1)
- Hierro Oral (tabletas, suspensión) (1)
- Anestésicos (1)
- 2) La cantidad de medicamentos es suficiente para la demanda ... (10)___
- 3) El suministro de los medicamentos se lleva a cabo cada tres meses (6)___
- 4) El suministro de combustible es suficiente para las necesidades del servicio (6)___
- 5) Se cuenta con otros suministros (alcohol, gasa, vendas y algodón) (6)___
- Solo se cuenta con algunos de ellos (3)
- 5) Se cuenta con las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en cantidad suficiente para la demanda (7)___
- 7) Dispone de sales de rehidratación oral (Fórmula UNICEF/OMS) en cantidad suficiente según la demanda esperada (7)___
- Se dispone de estas sales pero en cantidad insuficiente(4)
- 3) Dispone de leche, cereales, aceite etc., según programa de complementación alimentaria en cantidad suficiente (7)___
- 9) Dispone de Fichas Clínicas y Carnet de Identificación (control) de pacientes (6)___
- 10) Dispone de formularios para Registro Diario de Actividades (Forma 4-A), informe mensual de actividades, recetarios, solicitud de exámenes, etc. (6)___
- Se dispone solo de algunos de estos materiales
- 11) Dispone de materiales y útiles de escritorio (lápiz, papel, engrapadora, sello, etc.) (6)___
- 12) Dispone de material de limpieza (escoba, limpiadores, jabón, detergente, etc.) (5)___

- 13) Se dispone de recursos para el mantenimiento funcional del Puesto de Salud (6)___
- 14) Se dispone de ropa de cama (sábanas, frazadas), gabachas, toallas (5)___

VII EDUCACIÓN PARA LA SALUD

130
PUNTOS

- 1) Existe un programa para la educación y promoción de la salud, dirigido a las madres y padres de familia (22)___
- 2) El personal del Puesto ha recibido capacitación sobre técnicas y métodos educativos para facilitar la actividad de Educación para la Salud (20)___
- 3) Se realizan actividades de educación en cada consulta y/o visita domiciliar (19)___
- 4) Realiza el personal del Puesto, actividades de Educación para la Salud, a grupos comunales (escolares, maestros, madres de familia, etc.) fuera del establecimiento (20)___
- 5) Se dispone de material educativo, como (15)___
- pizarrón (3)
- Rotafolios (3)
- Folletos (3)
- Fanelógrafo (3)
- Afiches (3)
- 6) Se enseña a las madres, temas como (18)___
- Control de crecimiento y desarrollo (entender la gráfica de crecimiento (3)
- Lactancia materna (3)
- Alimentación y nutrición del niño (3)

- Prevención de Enfermedades Diarréicas (3)
 - Diagnóstico de Deshidratación y prevención de la misma con líquidos y soluciones orales (3)
 - Importancia de las vacunas (3)
 - Higiene personal (3)
 - Cuidados e higiene bucal (3)
 - Saneamiento básico (3)
- 7) Se enseña y orienta a toda mujer en edad reproductiva que consulta al puesto, aspectos como (16)___
- Cuidado y auto examen de mamas (4)
 - Importancia del control precoz del embarazo (4)
 - Prevención de enfermedades de transmisión sexual (4)
 - Importancia del examen Papanicolau, anualmente (4)

SUB TOTAL _____
100
PUNTOS

VIII PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

- 1) Se realizan actividades de salud conjuntamente con otros sectores gubernamentales y/o privadas existentes en la comunidad (magisterio, iglesia, etc.) (22)___
- 2) Se cuenta con el apoyo de las principales autoridades gubernamentales del lugar, para el desarrollo de actividades de salud (15)___
- 3) Existe en la comunidad un Comité de Salud (o similar) que responda a las actividades propuestas por el personal de salud (18)___
- 4) Se tienen identificadas las organizaciones cívico-culturales de la comunidad (14)___
- 5) Participan dichas organizaciones en las actividades de educación para la salud (16)___
- 6) Se han identificado y contactado a los agentes de salud de la medicina tradicional (Ej. curanderos) (15)___

SUB TOTAL _____

CUADRO RESUMEN DE EVALUACIÓN

	CATEGORÍAS	PUNTAJE NORMAD O	PUNTAJE OBTENID O	% DE ADECUA CIÓN
I	PLANTA FÍSICA	___100		
II	RECURSOS MATERIALES	___150		
III	RECURSOS HUMANOS	___160		
IV	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	___130		
V	ADMINISTRACIÓN Y PROGRAMACIÓN	___130		
VI	SUMINISTROS	___100		
VII	EDUCACIÓN PARA LA SALUD	___130		
VIII	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	___100		
	TOTAL	1000		

**INDICADORES DE SALUD Y TASAS DE MORTALIDAD
1998**

INDICADOR	TASA DEL DISTRITO
Esperanza de vida al nacer	62 años
Tasa de natalidad	34.20 x 1,000
Tasa de fecundidad	159.45 x 1,000
Tasa de mortalidad general	5.33 x 1,000
Tasa de mortalidad infantil	20.33 x 1,000
Tasa de mortalidad neonatal	1.82 x 1,000
Tasa de morbilidad perinatal	19.64 x 1,000
Tasa de mortalidad de 1 a 4 años	7.45 x 1,000
Tasa de morbilidad en < de 5 años	10.21 x 1,000
Tasa de mortalidad materna	0.24 x 1,000

Fuente: Plan Operativo Anual del Distrito N° 19, 1998.

**COBERTURAS POR PROGRAMA Y ACTIVIDAD REALIZADA
1997**

Programa o Actividad realizada	Cobertura en %
1. Consulta Pediátrica	40.00
2. Consulta Prenatal	78.00
3. Consulta a puerperas	70.00
4. Consulta a planificación familiar	35.00
5. Consulta general	76.00
6. Tratamiento anti - tuberculoso	97.00
7. Tratamiento antirrábico	58.00
8. Tratamiento antimalárico	62.00
9. Hipodermia	103.68
10. Cuaraciones	84.75
11. Suturas	124.56
12. BK de esputo	91.00
13. Gota gruesa	88.53
14. Citología vaginal	99.00
Laboratorios	
15. Heces	71.00
16. Hematología completa	40.00
17. VDRL	60.00
18. Frotis	134.00
Inmunizaciones	
19. Antipolio Recien Nacidos	100.75
20. Antipolio < de 1 año	81.02
21. Antipoli de 1 a 4 años	92.78
22. DPT de 2 meses a < de 1 año	81.02

Programa o Actividad realizada	Cobertura en %
23. DPT de 1 a 4 años	92.78
24. Antisarampionosa de 9 meses a < de 1 año	99.58
25. Antisarampionosa de 1 a 4 años	98.85
26. BCG en < de 1 año	100.83
27. BCG 1 a 4 años	96.38
28. Toxoide Tetanico a embarazadas	98.05
Sub Programa de I.R.A	
29. Dx y Tx en < de 1 año	102.25
30. Dx y Tx de 1 a 4 años	89.92
Sub Programa de T.R.O	
31. Dx y Tx en < de 1 año	79.65
32. Dx y Tx de 1 a 4 años	72.25
Saneamiento del medio	
33. Campaña antirrabica	102.85
34. Control de perros mordelones	98.00
35. Vigilancia y calidad del agua	94.00
36. Vigilancia y contro de alimentos	96.00
37. Inspección sanitaria a establecimientos	91.00
38. Letrinización	84.00
Trabajo comunitario con comadronas	
39. Prenatales controladas	98.00
40. Partos atendidos	98.00
41. Recien Nacidos atendidos	98.00
41. Puerperas controladas	98.00

Fuente: Plan Operativo Anual, Distrito N° 19. 1998