

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"ESTUDIO MONOGRAFICO Y ESTRUCTURA DEL NIVEL DE
SALUD DEL MUNICIPIO DE ACATENANGO"

JUAN MAURICIO ARDON GARCIA

GUATEMALA, ABRIL DE 1976

CONTENIDO

INTRODUCCION

CAPITULO I:

Estudio Monográfico y Estructura del Nivel de Salud del Municipio de Acatenango.

CAPITULO II:

Programa de Atención Materno Infantil en el Area de Salud del Municipio de Acatenango.

CAPITULO III:

Conclusiones.

Recomendaciones.

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I

"ESTUDIO MONOGRAFICO Y ESTRUCTURA DEL NIVEL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ACATENANGO"

INTRODUCCION

La doble función que desempeña la salud en el desarrollo económico social es indiscutible: por una parte como elemento de los recursos humanos; y por la otra, como componente del bienestar, lo que le otorga carácter de finalidad en el proceso de desarrollo.

Guatemala en la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Santiago de Chile 2-9 de octubre de 1972) participó en la señalización de nuevas metas en el campo de salud para el decenio actual. Se adquirió el compromiso de concretar las metas fijadas mediante la elaboración del Diagnóstico de Salud, la determinación de una Política que permita dar solución a los problemas encontrados y el diseño de las Areas de Programación de acuerdo a las prioridades. (10).

El estudio de la Situación de Salud en las comunidades guatemaltecas permite detectar a la población materno infantil como grupo susceptible y de alto riesgo de morbilidad. (3).

El objetivo fundamental que persigue éste Programa de Atención Materno Infantil, es satisfacer las demandas que la comunidad requiere en lo concerniente a prevención, protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud el binomio madre-hijo. (8).

El presente trabajo deja ver primeramente la Estructura y el Nivel de Salud de una población, la de Acatenango, y luego propone un Programa que sale del esquema clásico tradicional.

Para conseguir coordinación con la comunidad y favorecer el desarrollo de la misma, se sugiere la introducción de Promotores de Salud al Programa. Así también se señala clara, ordenada y directamente la actividad a realizar por cada uno de los integrantes del Equipo de Salud que participa.

DEL AREA

A.- Descripción:

Acatenango antes Acatenanco, se deriva de las voces mexicanas "CO" sufijo genérico de lugar, "TENAN" derivado de "TENAMITL" muralla, cerca o cercado, y "ACATL", que significa carrizo. Puede interpretarse como "Cañaveral Amoralado" o bien como "en el cercado de los carrizos".

El Municipio de Acatenango con una extensión aproximada de 172 Kms. cuadrados forma parte del Departamento de Chimaltenango, y está limitado al norte de Patzicía, Zaragoza y Patzún (Chimaltenango); al este limita con San Andrés Itzapa (Chimaltenango) y San Miguel Dueñas (Sacatepéquez); al sur con Yepocapa y al oeste con Pochuta, ambos del Departamento de Chimaltenango. (1).

Según el censo de 1973, Acatenango cuenta con 44 fincas, 4 parajes, 6 aldeas, 11 caseríos, 1 parcelamiento y 1 labor. Entre sus fincas mas importantes están: Santa Margarita, Las Delicias, Buena Vista, La Providencia, La Esmeralda, Chabalal, San José Miramar, San Rafael Pacún, San Vicente Pacún, Valparaíso, El Platanar y otras. Las seis aldeas del Municipio en orden de importancia son: San Antonio Nejapa, Los Pajales, Quisaché, El Socorro y La Pampa.

B.- Altitud:

El banco de marca establecido por la Dirección General de Caminos en la cabecera del Municipio se halla frente a la Iglesia Evangélica, la cual está situada a una altura de 1,571.07

metros SNM., a una latitud de $14^{\circ}33'18''$, y una longitud de $90^{\circ}56'48''$. (1).

C.- Clima:

Situado al pie del volcán del mismo nombre Acatenango es un lugar tranquilo y apacible, de clima templado y rodeado de grandes áreas de cultivo de café, donde para propósito de sombra existen abundantes "Gravileas" que dan un sello muy característico.

D.- Vías de comunicación:

La vía de acceso corresponde a la ruta departamental 5, a 15 Kms., de Patzicía, donde entronca con la ruta nacional 1 que de la capital conduce al occidente de la República, habiendo de Patzicía a la cabecera departamental, 14 Kms.

E.- Orografía:

La población se halla rodeada por el cerro "Balanjuyú" de más de 200 metros de altura, lugar propicio para la cacería del venado. Entre los ríos de su jurisdicción están: el río Xayá, Cocoyá, (que toma los nombres de El Carmen, San Antonio, El Platanar y Armenia, al atravesar éstos lugares en el Municipio). Otros ríos son: Las Lajas, El Arco, Tejuyá, y los riachuelos como El Caracol y El Zapote. Algunas quebradas importantes son: El Brujo, Los Pasitos, Las Lajas, Las Cruces, El Caracol, Armenia y Quiquiyá.

Algunos datos sobre el volcán de Acatenango son los siguientes: se halla situado entre los departamentos de Chimaltenango y Sacatepequez. El pico sur es la cima principal, llamada también pico mayor o pico central. El pico norte lleva los nombres de Yepocapa, Las Tres Hermanas o las Tres Marías. La estación de triangulación de la D.G. de Caminos en la cima principal está a 3,975.57 metros SNM, latitud $14^{\circ}30'02''$ y longitud de $90^{\circ}52'32''$. La altura del pico Yepocapa está aproximadamente a 3,880 metros SNM.

El volcán de Acatenango (nombre geográfico normalizado) tiene dos picos y es el hermano gemelo del volcán de Fuego cuya cima se encuentra exactamente en la prolongación sur de la línea que une los dos picos del Acatenango. La forma del cráter del pico mayor de éste último, ha sufrido ligeros cambios debido a la actividad en el período de 1924-27.

La roca del pico mayor es Andesita Piroxénica encontrándose en su cráter también bloques de Andesita. El tipo es Estratovolcán, muy probablemente Volcán Gemelo Compuesto.

ORGANIZACION DE LA COMUNIDAD Y COSTUMBRES.

A.- Organización Política:

La sede del gobierno del Departamento, se encuentra en la cabecera departamental de Chimaltenango. La máxima autoridad civil del departamento la constituye el Gobernador Departamental, representante del Ejecutivo y nombrado a través del Ministerio de Gobernación. Las Municipalidades son autónomas y elegidas por sufragio popular. La Municipalidad de Acatenango se considera como de tercera categoría y el Alcalde Municipal en funciones, asume los cargos de juez de Paz, de

Tránsito y Juez Auxiliar de Sanidad. Cada una de las aldeas del Municipio tiene sus funcionarios locales bajo la jefatura de un alcalde auxiliar y varios ministriles que son nombrados por el Alcalde Municipal. Estos funcionarios mencionados residen en su aldea respectiva.

En la cabecera del Municipio existen cuatro Policías Municipales bajo el mando del Alcalde local. Dentro de la población indígena existe un Comisionado Militar y sus ayudantes los cuales residen también en la cabecera del Municipio.

B.- Organización Social:

La célula constitutiva de la sociedad es la familia. En Acatenango hay varios grupos organizados con distintos fines, tendientes siempre hacia la superación de los miembros y al logro de los objetivos por los cuales se han organizado. Podemos mencionar al grupo deportivo Juventud Acateca, Comité Pro Salud del Pueblo, Cooperativa de Café, Escuela Julio Morales Santizo, Instituto de Educación Básica de la localidad y distintos grupos religiosos Protestantes y Católicos.

C.- Organización Familiar:

La familia en general está compuesta por el padre, la madre y los hijos siendo lo más frecuente el tipo de familia numerosa. Un alto porcentaje de la familia Acateca (población indígena) está constituida por uniones de hecho, lo cual llega a ser general entre las clases sociales con economía débil; sin embargo dentro de la población Ladina es frecuente la unión legal.

La familia en el Municipio es nuclear, de residencia neo

local, de descendencia terminológica bilineal, de herencia bilineal y de poder patriarcal.

Es nuclear porque está formada por los cónyuges y sus hijos, rodeados por un grupo de parientes; es de residencia neolocal, porque vive separada de las demás familias; constituye una descendencia terminológica bilineal, porque los hijos se identifican con los apellidos de ambos padres; los hijos heredan los bienes de los padres por ambas líneas, por lo que la familia es de herencia bilineal; el poder es patriarcal, porque el padre es quien ejerce la autoridad, ocupando la mujer un segundo plano dentro de la organización familiar y social.

D.- Vestuario:

La descripción del traje indígena de Acatenango, es la siguiente para la mujer: pañuelo o zute tejido de hilo de color rojo intenso con variados adornos de lustrina de diferentes colores que ilustran figuras típicas. El güipil o blusa es de color rojo vivo y tiene bordados de lustrina de diferentes colores. La faja que usan para ceñirse la cintura es de color rojo oscuro sin adornos y también de hilo de algodón. La morgia o falda es de color azul marino oscuro. Usan caites de cuero.

El traje del varón indígena es el siguiente: sombrero de palma, camisa y pantalón blanco ambos de gabardina, faja de color rojo oscuro sin adorno, caites de cuero y gabán negro de lana.

E.- Folklore:

La raza indígena en Acatenango conserva en cierto gra-

do, las costumbres y tradiciones que a lo largo del tiempo le ha legado su ascendencia Cachiqual. Los días de mercado en la población se efectúan los martes y domingos de cada semana.

La fiesta Patronal del Municipio se lleva a cabo del 9 al 13 de junio, siendo el Patrón del Pueblo, San Bernabé.

La Semana Santa es fecha importante en el poblado, los religiosos celebran sus actividades espirituales, cocinan platillos típicos y juegan a la "taba".

El 2 de noviembre se celebra el día de los Santos, visitan el cementerio y juegan al trompo y barriletes.

MORTALIDAD. (AÑO 1975).

A.- Mortalidad General:

La tasa de mortalidad general es de 13 por mil habitantes. Es importante señalar en 1969 (último dato con que se cuenta) una tasa de mortalidad general de 17 por mil habitantes. Solamente se ha superado el dato actual en el año de 1967 cuando fué de 12 por mil habitantes.

B.- Mortalidad Infantil:

La tasa de mortalidad infantil fué de 129 por mil habitantes para 1975. En 1969 era de 149 por mil habitantes. Se ha logrado reducir ésta tasa indudablemente por medio de las campañas de vacunación.

C.- Mortalidad Neonatal:

De 14 por mil habitantes (ésto indica el riesgo perinatal existente).

D.- Mortalidad Post neonatal:

La tasa respectiva en 1975 fué de 59 por mil habitantes.

E.- Mortinatalidad:

54 por mil habitantes.

F.- Mortalidad de 1-4 años:

En 1963 el dato fué demasiado alto para la tasa de mortalidad de 1-4 años (65 por mil habitantes), y fué de 19 (el índice mas bajo según registros) en 1967. Para 1969 lo encontramos en 42 y para 1975 en 24 por mil habitantes. Influencia favorable de las campañas de vacunación.

G.- Mortalidad Materna:

Revisando el libro de Actas de Defunciones del Municipio se encontró solo un caso entre 154 muertes registradas para 1975. Es muy probable que exista un sub registro de causas de defunción.

H.- Mortalidad por Causas:

Causas.	No.	Porcentaje
Infecciones respiratorias	38	25%
Trastornos gastrointestinales	37	24
Desnutrición	34	22
Mortinatos	22	14
Inespecíficas	15	10
Transmisibles (Sarampión).	8	5
TOTAL	154	100

I.- Mortalidad Porcentual:

Edad.	No. de defunciones en 154 registros	Porcentaje
0 - 4 años	94	61%
5 - 14 años	9	6
15 - 44 años	14	9
45 y más	37	24
TOTAL	154	100

J.- Comentario:

Seguidamente un breve análisis que nos merece la Mortalidad por Causas: aunque podemos tener confianza en cuanto al registro del total de las defunciones dentro del área, ya que podemos asegurar que se acerca fácilmente al 100%, no sucede lo mismo cuando analizamos las causas por las cuales fueron registradas dichas defunciones, ya que los diagnósticos son proporcionados por empíricos en muchos casos.

Dentro de las infecciones respiratorias lo más frecuente es la mortalidad por Bronconeumonía, y dentro de los trastornos gastrointestinales lo más común es la gastroenterocolitis aguda (GECA) y desequilibrio hidro electrolítico (DHE).

Los registros de mortalidad por Desnutrición Protéico Calórica y "Desnutrición Crónica del Adulto", ocupan un 22% sobre el total de defunciones. Debe señalarse que la desnutrición aunque no ocupe el primer lugar en la mortalidad por causas, indudablemente está pesando como factor condicionante del huesped en el aumento de la letalidad por enfermedades de los tractos respiratorio y digestivo, así como por enfermedades transmisibles como el sarampión a pesar de contar con pocos casos.

Debe mejorarse la calidad del registro de mortalidad por causas ya que existe inespecificidad en un 10% sobre el total de muertes.

MORBILIDAD.

A.- Diez primeras causas de Demanda de Atención. (1975).

No. de orden	Diagnóstico	No. de casos	Porcentaje
1	Trastornos gastrointestinales	497	25%
2	Inespecíficas	399	20
3	Trastornos respiratorios	308	15
4	Desnutrición	239	12
5	Problemas de la piel	222	11
6	Control Pre natal	204	10
7	Traumatismos	68	3
8	Control de Niño Sano	28	2
9	Transmisibles	17	0.9
10	Oncocercosis	13	0.7
TOTAL		1,995	100%

B.- Comentario:

Para el estudio de morbilidad se tomó en cuenta la demanda de atención satisfecha por el Centro de Salud del área. Se revisaron los informes semanales de morbilidad de todo el año de 1975 encontrando un promedio de 166 consultas al mes y un total de 1,995 consultas al año.

Dentro de los problemas gastrointestinales se encontró alta incidencia de Amebiasis intestinal por diagnóstico microscópico de heces fecales.

Los problemas respiratorios que en forma frecuente demandan atención son Bronconeumonía e infección respiratoria superior.

El dato estadístico para morbilidad por Desnutrición es de 239 casos pero considero existe un sub registro en los primeros seis meses revisados.

Las coberturas para control pre natal y del niño sano son muy bajas especialmente ésta última.

Existe poca demanda de servicios por enfermedades transmisibles y solo incluye al sarampión.

Los registros semanales de morbilidad deben mejorarse tratando de anotar los diagnósticos más probables y evitando en lo posible la descripción de síntomas y signos que resultan inútiles en estadística y perjudican por la inespecificidad que representan.

FACTORES CONDICIONANTES.

A.- Población:

La población del área calculada para 1976 es de 12,072 habitantes que representan el 100%; la población urbana será en éste año de 4,026 lo que constituye el 33.35%, mientras que la población rural se estima en 8,046 lo que constituye el 66.65%. La densidad de población es de 70.18 habitantes por kilómetro cuadrado. Al observar la pirámide de población es obvio que la misma corresponde a la de una población joven con predominio de los grupos de menor edad.

El 47.75% de la población está constituida por el grupo de menores de 15 años (5,765). Por otra parte el grupo de mujeres en edad fértil (2,370) corresponde al 20% de la población total. Ambos grupos constituyen un fuerte sector de presión y demanda en el componente materno infantil, hecho que se refleja al analizar la morbimortalidad del área en donde observamos que éstos grupos son los más afectados.

Al sumar a la población menor de 15 años (47.75%) el grupo mayor de 65 años (4.34%) tenemos la población económicamente inactiva la cual representa el 52.09%. Teóricamente esto significa que un sector mayoritario es económicamente dependiente; sin embargo es frecuente observar que un fuerte grupo de la población en edad escolar deja de asistir a la escuela por colaborar en las faenas del campo y del hogar.

Existe considerable movimiento poblacional en Acatenango (zona rural) en tiempo de levantar la cosecha de café, lo cual incide en cierta forma en la morbilidad del lugar. (7).

B.- Natalidad:

La tasa de natalidad observada en el período de 1975 para el Municipio de Acatenango es de 35. El crecimiento vegetativo de la población es de 2.8.

C.- Educación:

Dentro del área funcionan 14 escuelas de las cuales 13 son rurales y 1 es urbana. Estas atienden una población de 1,150 alumnos lo que constituye el 32.73% de la población en edad escolar para 1975.

Es mayor el número de escolares en el área rural, pero en ésta la enseñanza está limitada a los 2 o 3 primeros grados de la Primaria. Esta interrupción de los estudios y abandono total de la escuela hace que un porcentaje alto de la población que aprendió a llevar lectura y/o escritura sea pasados los años, nuevamente analfabeta.

Según el último censo de población levantado en 1973, en Acatenango para una población total de 11,242 habitantes existían 2,936 alfabetos y 8,306 analfabetos que representan aproximadamente un 74% para ese entonces.

D.- Agricultura:

Acatenango ocupa una considerable área de terreno para el cultivo del café, producto del cual se obtienen aproximadamente unos 60,000 quintales (pergamino) anualmente. Este producto es de primerísima calidad y se destina en gran parte para exportación. Existen cerca de 25 beneficios de café entre gran

des y pequeños agricultores y, éstos últimos se hallan favorecidos por la presencia de una Cooperativa Cafetalera en la localidad.

E.- Saneamiento Ambiental:

Los datos analizados se refieren exclusivamente al sector urbano del Municipio de Acatenango según la más reciente encuesta sanitaria levantada en 1970. En éste trabajo se tomaron 280 edificios equivalentes al 100%.

En relación con el área rural no se cuenta con información fidedigna y en la misma prácticamente no se realizan programas sistemáticos de saneamiento.

Vivienda: según el régimen de propiedad el 82.9% son propietarios. Un 47.9% de viviendas poseen piso de tierra y un 45.7% tienen piso con ladrillo de cemento. El material de construcción que predomina es el adobe en un 48.6%.

Abastecimiento de agua: solamente un 41.8% de las viviendas tienen agua a presión. La mayor parte acarrea agua del sistema municipal (53.9%).

Disposición de excretas: el 26.8% de las viviendas cuenta con letrinas ins sanitarias y solamente un 20.7% cuentan con inodoro, mientras que existe un 23.9% de viviendas con letrinas sanitarias.

Drenajes: el 68.2% de viviendas no tienen drenaje.

Basuras: un 95.7% de edificios en Acatenango no tienen depósito para basuras.

POLITICA DE SALUD

A.- Recursos Humanos:

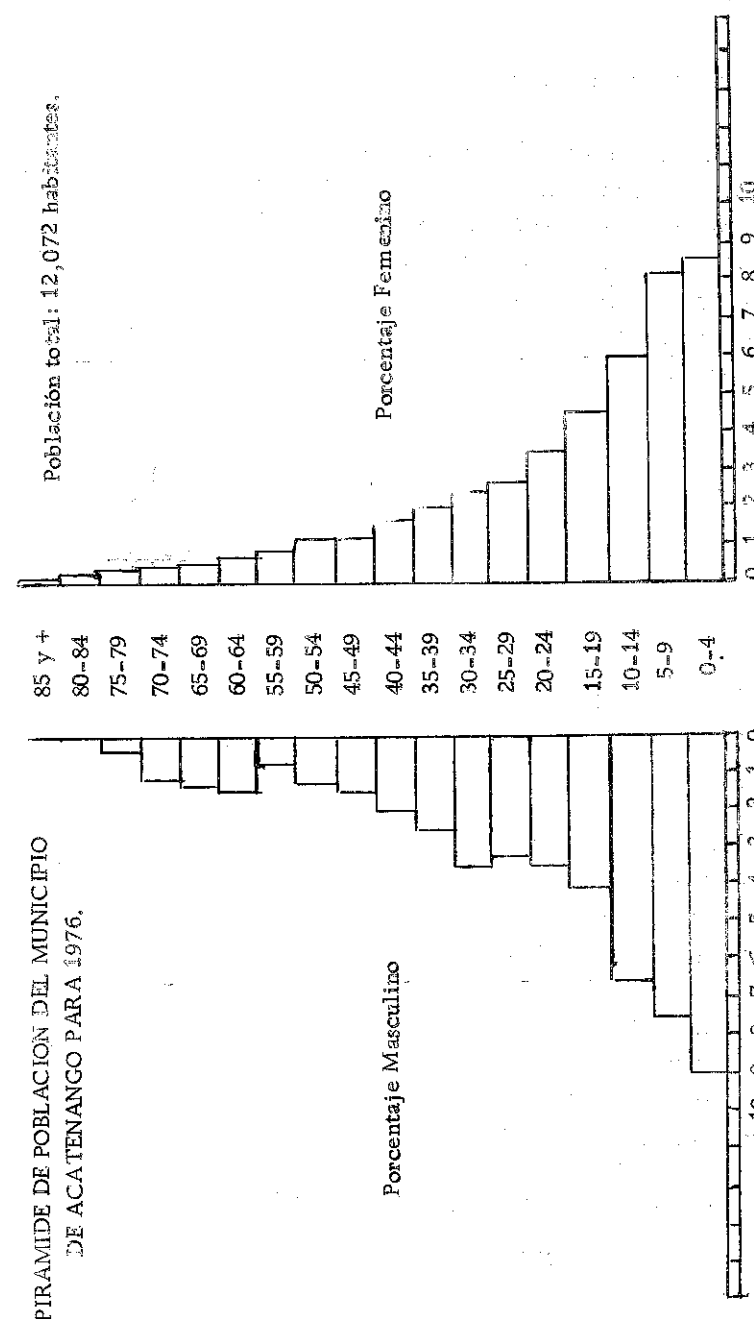
Para el desarrollo de las actividades a nivel del Centro de Salud en Acatenango se cuenta con la participación primeramente del Médico Jefe de Distrito (Acatenango está incluido en el Distrito VII), estudiantes del último año de las facultades de Medicina, Odontología y Servicio Social, así como estudiantes de Medicina que realizan práctica de Medicina Integral. Se incluyen como recursos humanos a la Señorita Enfermera Auxiliar y a las Enfermeras Voluntarias, así como también a las comadronas empíricas que atienden partos en el Municipio. El horario de trabajo es de lunes a viernes durante 8 horas y los sábados durante las cuatro horas de la mañana. Se labora durante las 52 semanas del año excluyendo los días oficiales de descanso.

B.- Recursos Físicos y Materiales:

Edificio: en Acatenango el edificio construido por el servicio de salud corresponde a un centro de salud tipo "B", encontrándose en buenas condiciones y siendo bastante funcional. Básicamente se cuenta con una clínica médica una sala de hipodermia, una sala para tomar signos vitales, un laboratorio clínico, un archivo y una pequeña farmacia.

Equipo Médico y de Laboratorio: el equipo Médico con que se cuenta es mínimo y consiste en estetoscopio, esfigmomanómetro, otorrinolaringoscopio, equipo de cirugía menor, equipo de atención de parto y una camilla de metal.

El equipo en el laboratorio también es reducido casi se li



mita a un microscopio, una centrifuga y algunos reactivos.

ACTIVIDADES REALIZADAS.

En base a los recursos dentro del área y de acuerdo a las normas de servicio de salud y objetivos del Programa de Salud y Comunidad (PROSAC), se realizaron las siguientes activida
des:

- A.- Programa materno infantil.
- B.- Control de Enfermedades Transmisibles.
- C.- Atención Médica (Consulta Externa).
- D.- Saneamiento Ambiental.
- E.- Salud Oral.
- F.- Investigación.
- G.- Docencia.
- H.- Nutrición.

A.- Programa materno infantil:

Se trata en Acatenango, de alcanzar coberturas útiles para los sub programas materno e infantil, sin lograrlo plenamente. Durante el segundo semestre de 1975 se instaló un banco de Incaparina mediante ayuda que brindara PRONAL, para mejorar las coberturas de control pre natal y de niño sano.

B.- Control de Enfermedades Transmisibles:

Se refiere especialmente a programas de protección específica con vacunas (DPT, Antivariólica, Antisarampionosa, TAB, Polio, etc.). Durante todo el año de 1975 se protegió a la po

blación que asistió al Centro de Salud a los programas de control del niño sano, además se efectuó una campaña de vacunación durante los meses de febrero y marzo.

C.- Atención Médica:

No se insistirá. (Ver morbilidad 1975).

D.- Saneamiento Ambiental:

En el transcurso de agosto-noviembre de 1975 se efectuó por parte del equipo multidisciplinario que funciona en el Centro de Salud, y con asesoría de PROSAC y la Sección de Saneamiento Ambiental de Chimaltenango, el trabajo "Contribución al Saneamiento Ambiental en el área urbana del Municipio de Acatenango en los aspectos de letrinización y disposición de basuras". Se lograron instalar así mismo, 30 letrinas sanitarias en la zona urbana del Municipio.

E.- Salud Oral:

Durante el año de 1975 trabajó en Acatenango, un estudiante del último año de Odontología, atendiendo emergencias, efectuando tratamientos periodontarios, tratamientos de operatoria, obturaciones de amalgama dental y de otro tipo de materiales.

El programa de Salud Oral trabaja principalmente con el grupo de edad escolar y se atienden las demandas de servicio para todas las edades. Fuera de éstas actividades en clínica los estudiantes de Odontología participan en actividades de educa-

ción oral, reuniones con el Comité Pro Salud del Pueblo y otras actividades de integración con el equipo de salud.

F.- Investigación:

Durante el primer semestre de 1975 el equipo Multiprofesional desarrolló un trabajo sobre la población materna e infantil y durante el segundo semestre se efectuó la investigación sobre saneamiento ambiental ya mencionada y se elaboró un proyecto sobre la fundación de un puesto de salud en una de las fincas de su localidad.

G.- Docencia:

En 1975 se dispuso de los días sábados y lunes por las mañanas para actividades docentes en Chimaltenango en donde se dan cita todos los equipos Multidisciplinarios que trabajan elaborando actividades en salud en el Departamento. En las sesiones docentes referidas se discuten los programas y se exponen las actividades y problemas encontrados por los estudiantes durante su práctica.

H.- Nutrición: queda incluido dentro de los demás programas preventivos, de promoción incluyendo la educación en clínicas, a Comités, etc.

CAPITULO II

PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL EN EL AREA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ACATENANGO

PROGRAMA MATERNO INFANTIL.

A.- Identificación del problema:

- La población de mujeres en edad fértil comprendidas entre los 15 y los 44 años de edad para 1976 es de 2,370 mujeres.
- Se señala un sub registro para la Tasa de Mortalidad Materna en 1975.
- Baja cobertura de control pre natal (10%) dentro de las demandas de servicio.
- La población de niños menores de 5 años calculada para 1976 en el Municipio de Acatenango es de 2,157.
- Altas tasas de mortalidad para 1975:

Mortalidad Infantil de 129 por mil habitantes.

Mortalidad Neonatal de 14 por mil habitantes.

Mortalidad Post Neonatal de 59 por mil habitantes.

Mortinatalidad de 54 por mil habitantes.

- Elevada mortalidad de 1-4 años para 1975 por:

Elevada mortalidad por Desnutrición Protéico Calórica (DPC).

Morbimortalidad considerable por enfermedades infecciosas.

Mortalidad porcentual en menores de 5 años de 61%.

- Baja cobertura de control de niño sano (2%) dentro de la demanda de servicios.

A-1.- Factores condicionantes:

- Alta tasa de Natalidad para 1975 (35)
- Aumento del Crecimiento Vegetativo de la población (2.8 para 1975).
- Organización y administración inadecuada del servicio de salud.
- Inadecuada cantidad de recursos humanos, materiales y financieros.
- Poca relación y acciones en conjunto con: Educación, Comunidad, sector privado y otros sectores.
- Bajo nivel educativo de la población (74% de analfabetismo).
- Bajos ingresos económicos de la población.
- Deficiente saneamiento del medio.

B.- Política del Programa Materno Infantil:

- Prioridad a la población de niños menores de 5 años y a la mujer embarazada en la política de salud.
- Protección especial de la maternidad y la infancia.
- Aumento de la penetración de los servicios de salud (cobertura).
- Formación y capacitación de personal idóneo: Enfermeras Auxiliares y Promotores de Salud.
- Fomento de la educación integral de la familia.
- Organización de la comunidad.
- Descentralización ejecutiva con centralización normativa.

La política señalada será factible algunas veces a corto y otras veces a largo plazo.

SUB PROGRAMA MATERNO.

A.- Objetivos.

Generales:

- Reducir y controlar los riesgos propios del binomio madre-hijo para que el embarazo transcurra normalmente, el parto se realice sin complicaciones y termine con el nacimiento de un niño normal y a término.

- Extender la cobertura en la atención del Pre parto, Parto y Post parto.

Específicos:

- Detectar y seleccionar tempranamente a las mujeres que presenten alguna evidencia de enfermedad que luego pueda traducirse en riesgo para su persona y/o para el niño.

- Cubrir con los diferentes servicios que ofrecerá éste sub programa, al 100% de las mujeres en edad fértil.

- Orientar y educar a las madres con el objeto de promover la salud, prevenir enfermedades y utilizar adecuadamente los servicios que se otorgan.

- Contribuir ampliamente con la vigilancia epidemiológica como parte integral del programa.

- Favorecer una adecuada evaluación y supervisión periódica y continua de las actividades del sub programa y del rendimiento del personal.

B.- Universo:

- Total de mujeres en edad fértil (2,370).
- Número de partos probables para el año de 1976: 604 (5% de la población total).

C.- Componentes Técnicos:

- Atención Pre natal.
- Atención del Parto.
- Atención Post natal.

D.- Actividades principales del componente técnico: Atención Pre natal.

I NIVEL: HOGAR.

A éste nivel el Promotor de Salud (P.) realiza las siguientes acciones:

- Captación de mujeres con sospecha de embarazo y referencia al Centro de Salud (en zona urbana) y al Puesto de Salud (en zona rural).
- Educación higiénica y nutricional durante el embarazo, fomentando la lactancia materna y el uso de mezclas vegetales de alto valor biológico (Incaparina).
- Vigilancia epidemiológica.

A éste nivel la Comadrona (C.) realiza las siguientes acciones:

- Captación de mujeres con sospecha de embarazo, determinación del estado actual del mismo (en los casos comprobados) y referencia al Centro o al Puesto de Salud para que el Médico o la Auxiliar establezcan niveles de atención.

- Educación higiénica y nutricional a la embarazada en la forma que lo hace P.

A éste nivel la Enfermera Auxiliar (A.) realiza lo siguiente:

- Control Auxiliar Especial (CAE.) para embarazadas que necesiten el servicio. (Ver adelante Normas Técnicas).

II NIVEL: PUESTO DE SALUD.

Acciones de A.:

- Captación de mujeres con sospecha de embarazo, en pacientes que acuden espontáneamente o bien son referidas por P. o C.
- Comprobación de embarazo (métodos clínicos).
- Inscripción, determinación del estado actual del embarazo y sitio de atención.
- Es responsable del programa de alimentación complementaria existente (PRONAL) del cual son beneficiarias todas las embarazadas bajo control.

- Selecciona a las pacientes que deben ser evaluadas por el Médico a éste nivel.

- Educación higiénica y nutricional durante la gestación a las pacientes bajo control, con énfasis en el fomento de la lactancia materna y uso de Incaparina.

- Educación sobre embarazo a P. y C. y supervisión sobre el trabajo de los mismos.

- Administra tratamiento sintomático a las pacientes inscritas en el sub programa, que padecen enfermedad gineco obs tétrica.

- En la visita periódica del médico a éste nivel rinde informe de actividades del control auxiliar especial (CAE).

- Es responsable del registro de la mortalidad materna.

A éste nivel el Médico M. realiza las siguientes acciones:

- Educación sobre embarazo a A. y supervisión sobre el trabajo de la misma.

- Captación de mujeres con sospecha de embarazo en pa cientes que acuden espontáneamente o bien son referidas por P. y C.

- Comprobación de embarazo por métodos clínicos.

- Inscripción, determinación del estado actual del emba razo y sitio de atención.

- Efectúa diagnóstico, administra tratamiento y establece seguimiento en los distintos niveles, para las pa cientes inscritas en el sub programa que sufren en fermedad gineco obs tétrica.

- Evalúa a las pacientes previamente seleccionadas por A. y establece nivel de atención para éstas, así como seguimiento por CAE. cuando lo estime conveniente.

- Supervisa registros de mortalidad materna.

III NIVEL: CENTRO DE SALUD.

Acciones de M.:

- Captación de mujeres con sospecha de embarazo en pa cientes que acuden espontáneamente o bien son referidas por P. y C.

- Comprobación de embarazo por métodos clínicos.

- Inscripción, determinación del estado actual del emba razo y sitio de atención.

- Efectúa diagnóstico, administra tratamiento y establece seguimiento en los distintos niveles para las pa cientes inscritas en el sub programa que sufren en fermedad gineco obs tétrica.

- Supervisa labor de A. específicamente sobre CAE.

- Imparte educación higiénica y nutricional durante el embarazo con énfasis en el fomento de la lactancia materna y uso de Incaparina.

- Educación sobre embarazo a A. P. y C.

Acciones de A.:

- Rinde a M. informe de actividades dentro del CAE.
- Es responsable del programa de alimentación complementaria existente PRONAL, del cual se benefician todas las embarazadas bajo control.
- Imparte educación higiénica y nutricional durante el embarazo.
- Educación sobre embarazo a P. y C. y supervisión del trabajo de los mismos.

E.- Actividades principales del componente técnico: Atención del Parto.

I NIVEL: HOGAR

Acciones de C.:

- Determinación del sitio de atención del parto: institucional o domiciliario.
- Atención del parto y cuidados inmediatos y elementales del Recién nacido.

II NIVEL: PUESTO DE SALUD.

Acciones de A.:

- (0) Determinación del sitio de atención del parto: ins

titucional o domiciliario.

- (0) Atención del parto y cuidados del Recién nacido.
- Educa a C. sobre atención del parto y cuidados del Recién nacido.
- Es responsable del registro de mortalidad materna.

Acciones de M.:

- Supervisa registros de mortalidad materna.
- Educa y supervisa a A. y C. sobre atención del parto y cuidados inmediatos del recién nacido.
- Al igual que A. realiza acciones señaladas arriba en los incisos (0).

III NIVEL: CENTRO DE SALUD.

Acciones de M. son las mismas efectuadas en el II NIVEL.

Acciones de A. son las mismas efectuadas en el II NIVEL.

F.- Actividades principales del componente técnico: Atención Post natal.

I NIVEL: HOGAR

Acciones de C.:

- Efectúa examen físico a la madre y al niño inmediata

mente después de atendido el parto.

- Educa a la madre y familia en general sobre los síntomas y signos de alarma para la madre y el niño en el post parto inmediato y sitio al que deben acudir si se presentan.

- En las primeras 24 horas de resuelto el parto informa a P. sobre las condiciones en que atendió el mismo.

Acciones de P.:

- Dentro de los primeras 48 horas de atendido el parto visita a las madres referidas por C. e interroga sobre la calidad de atención del parto.

- Educa a la madre y a la familia en general sobre los síntomas y signos de alarma para la madre y el niño en el post parto inmediato y sitio al que deben acudir si se presentan.

- Educación higiénica y nutricional para la madre y el niño.

II NIVEL: PUESTO DE SALUD.

Acciones de A.:

- Es responsable del programa de alimentación complementaria existente PRONAL, del cual gozan todas las madres lactantes hasta que el niño cumpla 1 año de edad.

- Educación higiénica y nutricional para la madre y el niño: insiste en lactancia materna y uso de Incaparina.

- Instruye a P. sobre puerperio inmediato normal y pato-

lógico y problemas que pueden presentarse en el Recién nacido.

- Administra tratamiento sintomático de los problemas del puerperio inmediato que se presenten y selecciona los casos que deben ser evaluados por M. a éste nivel.

- Refiere inmediatamente al Centro de Salud o al Hospital a las pacientes que cursan puerperio inmediato con enfermedad grave como complicación.

- Es responsable del registro de la mortalidad materna.

Acciones de M.:

- Supervisión de A. en general y sobre registros de mortalidad materna.

- Instruye a A. y P. sobre puerperio inmediato normal y patológico y problemas que pueden presentarse en el Recién nacido.

- Efectúa diagnóstico, administra tratamiento y establece nivel de seguimiento para las madres con problemas del puerperio inmediato.

- Evalúa los casos previamente seleccionados por A. y establece nivel de seguimiento.

- Refiere inmediatamente al Centro de Salud o al Hospital a las pacientes que cursan puerperio inmediato con complicación grave.

III NIVEL: CENTRO DE SALUD.

M. realiza las mismas acciones del II NIVEL.

Acciones de A.:

- Es responsable del programa de alimentación complementaria existente PRONAL, del cual gozan todas las madres lactantes hasta que el niño cumpla 1 año de edad.
- Educación higiénica y nutricional para la madre y el niño.
- Instruye a P. sobre puerperio normal y patológico y problemas que pueden presentarse en el Recién nacido.
- Es responsable del registro de mortalidad materna.

G.- Normas Técnicas de las actividades principales.

Todas las mujeres en edad fértil serán visitadas cada 2 meses por un Promotor de Salud de la región, con el fin de detectar embarazo y realizar otras acciones del sub programa materno.

Confirmado el embarazo se realizará el seguimiento para la Atención Pre natal, así:

- Primer control en la semana No. 22.
- Segundo control de la semana No. 27.
- Tercer control en la semana No. 32.
- Cuarto control en la semana No. 38.

Si la evolución del embarazo es normal, el Médico solo efectuará el primero y el último control.

Control Auxiliar Especial (CAE.):

Lo efectuará la Enfermera Auxiliar en el hogar, recomendando a la embarazada que la Atención del Parto sea en el Centro de Salud o en el Hospital.

Este control será para mujeres con antecedentes materno-fetales como:

- Edad menor de 20 años o mayor de 35 años.
- Multíparas de más de 7 hijos.
- Historia de niños prematuros.
- Historia de abortos anteriores.

Las visitas se realizarán cada 4 semanas y en el último trimestre del embarazo cada 8 días.

Control Médico en el Centro de Salud y/o Especialista:

Se realizará control y tratamiento médico a las madres referidas con los siguientes antecedentes:

- Madre diabética.
- Enfermedad hipertensiva.
- Historia de mortinatos.
- Historia reciente de Tuberculosis Pulmonar Activa.
- Historia de complicaciones en el último parto incluyendo el puerperio como: hemorragia profusa, parto prolongado, infecciones e intervenciones.

H.- ATENCION PRE NATAL.

Instrumentos:

- Médico y se medirá por Hora-Médico.
- Auxiliar y se medirá por Hora-Auxiliar.
- Promotor de Salud. (Ver Apéndice).

Rendimiento Normalizado de los Instrumentos:

- Médico: 6 consultas por hora.
- Auxiliar: 6 consultas por hora.

Concentración Normalizada:

- Médico: realiza los controles primero y cuarto.
- Auxiliar: realiza los controles segundo y tercero.

Rendimiento del Instrumento:

- Médico: 1,208 controles al año. (604 X 2).
- Auxiliar: 1,208 controles al año. (604 X 2).

Cálculo del número de Horas-Médico-Año y Horas-Auxiliar-Año:
Cuadros 1 y 2.

I.- ATENCION DEL PARTO.

Universo: 604 mujeres (No. de partos probables para 1976).

Cobertura: 100%.

Instrumentos:

- Médico y se medirá por Hora-Médico.
- Auxiliar y se medirá por Hora-Auxiliar.

- Comadrona y se medirá por Hora-Comadrona.

Rendimiento Normalizado de los Instrumentos:

La atención del parto es en promedio de 2 horas por parto para todos los Instrumentos.

Concentración Normalizada:

Un parto atendido al año.

Distribución de la concentración de los partos atendidos al año entre los Instrumentos:

60 partos atendidos por M. igual al 10% de la cobertura.
91 partos atendidos por A. igual al 15% de la cobertura.
453 partos atendidos por C. igual al 75% de la cobertura.

Cálculo del número de Horas-Médico-Año, Horas-Auxiliar-Año y Horas-Comadrona-Año: Cuadros 3, 4 y 5.

J.- ATENCION POST NATAL.

Universo: 604 mujeres.

Cobertura: 100%.

Instrumentos:

- Médico y se medirá Hora-Médico.
- Auxiliar y se medirá Hora-Auxiliar.
- Comadrona y se medirá Hora-Comadrona.
- Promotor de Salud y se medirá Hora-Promotor.

Rendimiento Normalizado de los Instrumentos:

- Médico: 6 consultas por hora.
- Auxiliar: 6 consultas por hora.
- Comadrona: 1 consulta por hora.
- Promotor de Salud: 1 visita por hora.

Concentración Normalizada:

Un control Post parto al año.

Distribución de la Concentración de los controles Post parto efectuados al año entre los Instrumentos:

- 60 controles post parto atendidos por M. igual al 10% de la cobertura.
- 91 controles post parto atendidos por A. igual al 15% de la cobertura.
- 453 controles post parto atendidos por C. igual al 75% de cobertura.

Cálculo del número de Horas-Médico-Año, Horas-Auxiliar-Año, Horas-Comadrona-año y Horas-Promotor-Año: Cuadros 6, 7, 8 y 9.

K.- APENDICE.

Hora-Promotor para la Atención Pre natal:

La actividad principal del Promotor de Salud es la captación de mujeres con sospecha de embarazo.

Para Acatenango existen (año 1976) 2,370 mujeres en

edad fértil, distribuidas así:

- zona urbana 787.
- zona rural 1,583.

Según las normas que hemos establecido éstas mujeres serán visitadas cada 2 meses, o sea 6 visitas anuales.

Tenemos para el área urbana:

No. mujeres en edad fértil	Porcentaje	Total de visitas al año
787	33%	5,722

El total de visitas divididas entre los 260 días de trabajo al año nos dá: 19 visitas al día. Se propone que se efectúen 4 visitas diarias o sea que para la zona urbana se necesitan 5 Promotores.

Normas: un Promotor trabajará 4 horas diarias.

Tenemos para el área rural:

No. mujeres en edad fértil	Porcentaje	Total de visitas al año
1,583	67%	9,498

El total de visitas divididas entre los 260 días de trabajo al año nos dá: 36 visitas al día. Se propone que se efectúen 2 visitas diarias, o sea que para la zona rural se necesi-

tan 18 Promotores.

Normas: 1 promotor trabajará 4 horas diarias.

Hora-Promotor para la Atención Post natal:

Para la Atención Post natal el Promotor efectúa una visita por hora que se traduce, en cierta forma, en un control post parto. Se propone que un Promotor realice 4 visitas diarias para el control post parto.

Hora-Comadrona para la Atención Post natal:

Para la Atención Post natal la Comadrona efectúa una visita por hora que representa un control post parto o sea efectúa una consulta por hora. Se propone que se realicen 4 visitas diarias para el control post parto.

Para la elaboración de éste sub programa materno las fuentes consultadas corresponden a los siguientes números en la Bibliografía: 2, 4, 6, 7, y 9.

	Población	Cobertura	Concentracion normalizada y por consulta al año	Rendimiento S/norma.	Instrumento	Horas Por día Por año	
CUADRO 1.	604	100%	2 consultas al año 1,208 consultas.	6 consultas por hora.	M.	0.8	201
CUADRO 2.	604	100%	2 consultas al año 1,208 consultas.	6 consultas por hora.	A.	0.8	201

	Población	Concentración normalizada y por parto atendido/año	Rendimiento S/norma	Instrumento	Horas Por día Por año	
CUADRO 3.	60	un parto al año 60 partos	un parto C/2 hrs.	M.	0.1	30
CUADRO 4.	91	un parto al año 91 partos.	un parto C/2 hrs.	A.	0.2	45
CUADRO 5.	453	un parto al año 453 partos.	un parto C/2 hrs.	C.	0.8	226

	Población	Concentracion normalizada y por control post parto/año	Rendimiento S/norma	Instrumento	Horas Por día Por año	
CUADRO 6.	60	un control post parto/año 60 control	6 consultas por hora	M.	0.02	10
CUADRO 7.	91	un control post parto/año 91 controles	6 consultas por hora	A.	0.05	15
CUADRO 8.	453	un control post parto/año 453 controles	1 consulta por hora	C.	1.8	453
CUADRO 9.	453	un control post parto/año 453 controles	1 visita por hora	P.	1.8	453

SUB PROGRAMA INFANTIL.

A.- Objetivos

Generales:

- Proporcionar atención integral en salud a la población Infantil.

Específicos:

- Reducir la morbilidad infantil.
- Reducir la morbilidad en menores de cinco años.
- Elevar los niveles de atención en 1976 al 100%.
- Contribuir ampliamente con la vigilancia epidemiológica como parte integral del programa.
- Favorecer una adecuada supervisión y evaluación periódica y continua de las actividades del sub programa infantil y el rendimiento del personal.

- .- Universo: todos los niños menores de cinco años.

.- Componentes Técnicos:

- Crecimiento y Desarrollo.
- Atención de demanda por Morbilidad.
- .- Actividades principales del componente técnico: Crecimiento y Desarrollo.

I NIVEL: HOGAR.

Acciones de P.:

- Captación de todos los niños menores de 5 años y referencia al Centro de Salud (zona urbana) y al Puesto de Salud (zona rural).
- Vigilancia de Crecimiento y Nutrición.
- Educación higiénica y nutricional incluyendo el fomento de la lactancia materna y el uso de mezclas vegetales de alto valor biológico (Incaparina).
- Imparte educación sobre inmunizaciones.
- Identifica el No. de niños susceptibles en una población dada para elaborar posteriormente el programa de vacunación a nivel local.

Acciones de A.:

- Efectúa control Auxiliar Especial (CAE) para niños inscritos en el sub programa y que tienen DPC G - II y III.

II NIVEL: PUESTO DE SALUD.

Acciones de A.:

- Inscripción en el programa, determinación del estado actual de nutrición y sitio de atención para el seguimiento de los niños que acuden al Puesto de Salud referidos por P.
- Refiere al Centro de Salud a niños con DPC G - II, o

bien selecciona éstos casos para que M. los evalúe en su visita periódica a éste nivel.

- Refiere al Hospital a niños con DPC G - III.
- Ofrece seguimiento de niños con DPC G - I que no tengan complicaciones.
- Administra tratamiento sintomático de la patología presentada en desnutridos G - I.
- Es responsable del programa de alimentación complementaria existente PRONAL del cual gozan todos los niños inscritos.
- Educación higiénica y nutricional en el niño. Charlas a los distintos grupos de madres.
- Es responsable de la planificación del programa de vacunación a nivel local.
- Atiende programa de vacunación de demanda.
- Aplicación de vacunas en ausencia de contraindicaciones.
- Educación sobre inmunizaciones a P. Supervisa labor del mismo.

Acciones de M.:

- Supervisa labor de A.
- Clasifica a los niños referidos por P. según Peso-Talla y/o Peso-Edad así: normal, DPC G - I, II y III. Establece ni

vel de atención.

- Efectúa diagnóstico, administra tratamiento y establece seguimiento en los diferentes niveles de atención, en los niños con enfermedad sobreagregada al problema de desnutrición.

- Refiere inmediatamente al Hospital a los niños con DPC G - III.

- Ofrece seguimiento de niños con DPC G - II que no tengan complicaciones.

- Elabora esquemas de vacunación.

- Educación sobre inmunizaciones y nutrición a A.

- Refiere a Control Auxiliar Especial, a los niños con DPC G - II y III sin complicaciones.

III NIVEL: CENTRO DE SALUD.

Acciones de M.:

- Clasifica a los niños referidos por P. según Peso-Talla y/o Peso-Edad en la misma forma que lo hace en el II NIVEL. Establece nivel de atención.

- Hace diagnóstico, administra tratamiento y establece seguimiento en los diferentes niveles de atención para niños con enfermedad sobreagregada al problema de desnutrición.

- Refiere inmediatamente al Hospital a los niños con DPC G - III.

- Ofrece seguimiento a niños con DPC G - I y II sin com

plicaciones.

- Elabora esquemas de vacunación.

- Educación sobre inmunizaciones y nutrición a A. y P. Supervisa labor de ambos.

- Refiere a CAE. a los niños con DPC G - II y III sin complicaciones.

Acciones de A.:

- Inscripción en el programa, determinación del estado actual de nutrición y sitio de atención para los niños referidos por P.

- Es responsable del programa PRONAL.

- Ofrece charlas educativas sobre higiene y nutrición del niño, a los grupos de madres.

- Es responsable de la planificación del programa de vacunación a nivel local.

- Atiende programa de vacunación de demanda.

- Aplicación de vacunas en ausencia de contraindicaciones.

- Educación a P. sobre inmunizaciones. Supervisa trabajo del mismo.

E.- Actividades principales del componente técnico: Atención de demanda de Morbilidad.

I NIVEL: HOGAR.

Acciones de P.:

- Detecta y selecciona tempranamente a los niños que presentan alguna evidencia de enfermedad y refiere al Centro de Salud (zona urbana) y al Puesto de Salud (zona rural).

- Si se presenta problema de enfermedad al momento de hacer la visita, da algunas indicaciones elementales e inmediatas.

Acciones de A.:

- Efectúa Control Auxiliar Especial (CAE.) para niños prematuros, con anomalías congénitas, nacidos por operación cesárea o nacidos con ayuda de forceps.

II NIVEL: PUESTO DE SALUD.

Acciones de A.:

- Atiende demanda de morbilidad en menores de 5 años que acuden espontáneamente o referidos por P. Efectúa registro y establece nivel de atención.

- Selecciona los casos que debe evaluar M. a éste nivel.

- Ofrece tratamiento sintomático en los casos de enfermedad grave y remite a los mismos inmediatamente al Centro de Salud.

- Educación a P. sobre morbilidad más frecuente en la

zona: sintomatología, signología y conducta a seguir (Medicina Simplificada).

Acciones de M.:

- Supervisa trabajo de A.

- Atiende demanda de morbilidad una vez por semana, en menores de 5 años que acuden espontáneamente o referidos por P. Establece nivel de atención.

- Evaluación de los casos previamente seleccionados por A.

- Educación a A. sobre Medicina Simplificada.

- Refiere a Control Auxiliar Especial (CAE.) a niños prematuros, con anomalías congénitas o nacidos por operación cesárea o con ayuda de forceps.

III NIVEL: CENTRO DE SALUD.

Acciones de M.:

- Hace diagnóstico, administra tratamiento y establece sitio de atención para el seguimiento de niños enfermos que acuden espontáneamente o referidos por A. y P. de los niveles inferiores.

- Refiere al Hospital a niños menores de 5 años con enfermedad grave.

- Educa a A. y P. sobre Medicina Simplificada.

- Refiere a CAE. a los niños prematuros, con anomalías

congénitas o nacidos por operación cesárea o con ayuda de forceps.

Acciones de A.:

- Captación y registro de niños que llegan referidos por P. o que acuden espontáneamente.

- Educa a P. sobre Medicina Simplificada. Supervisa la labor de P.

F.- Normas Técnicas de las actividades principales.

Control Auxiliar Especial (CAE) :

Se realizará en el domicilio por una Enfermera Auxiliar para aquellos niños que tengan DPC G - II y III, historia de prematuridad, anomalías congénitas de toda índole y nacidos con ayuda de forceps o nacidos por operación cesárea.

G.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO .

Instrumentos:

- Médico y se medirá por Hora-Médico.
- Auxiliar y se medirá por Hora-Auxiliar.

Rendimiento Normalizado de los Instrumentos:

- Siete consultas por control en el primer año.
- Dos consultas por control en el segundo año.
- Dos consultas por control en el tercer año.
- Un control en el cuarto año.
- Un control en el quinto año.

Distribución de la concentración de las consultas entre los Instrumentos:

Durante el primer año de vida:

- Médico: a los 14 días - 28 días - 2 meses - 6 meses y 10 meses.
- Auxiliar: 3 meses - 8 meses.

Durante el Segundo y Tercer año de vida:

- Médico: 18 meses - 2 años con 6 meses.
- Auxiliar: 2 años y 3 años.

Durante el Cuarto y Quinto año de vida:

- Médico: 5 años.
- Auxiliar: 4 años.

Cálculo del número de Horas-Médico-Año y Horas-Auxiliar-Año: Cuadros 10 y 11.

H.- ATENCION DE DEMANDA POR MORBILIDAD.

Instrumentos:

- Médico y se medirá por Hora-Médico.
- Auxiliar y se medirá por Hora-Auxiliar.

Rendimiento Normalizado de los Instrumentos:

- Médico: 6 consultas por hora.
- Auxiliar: 6 consultas por hora.

Concentración normalizada de consultas esperadas por morbilidad:

- Menores de un año: 3 consultas por año.
- De 1 - 4 años: 2 consultas por año.

Cálculo del número de Horas-Médico-Año y Horas-Auxiliar-Año: Cuadros 12 y 13.

1.- APENDICE.

Hora-Promotor Sub programa Infantil:

En la zona rural tenemos 1,504 familias que son las que tendrán que ser visitas para la captación de niños menores de cinco años.

Basándonos en la encuesta de San Andrés Itzapa realizada en julio-74 que determinó que aproximadamente el 50% de las familias tenían niños menores de cinco años, resulta en consecuencia que de las 1,504 familias de la zona rural de Acate-nango, 752 tendrán niños menores de cinco años. Según las normas que se han establecido, éstas familias serán visitadas cada 2 meses o sea 6 veces al año. Como debe realizarse una primera visita de captación, quedarán 5 visitas restantes.

	Familias	Porcentaje	Visitas
Primera visita	1,504	100%	1,504
5 visitas restantes	752	50%	3,760
TOTAL VISITAS			5,264

El total de visitas divididas entre los 260 días de trabajo al año nos dá: 20 visitas al día para la zona rural.

Tomando en cuenta las actividades que debe realizar un Promotor en cada visita se propone que se efectúen 2 visitas diarias o sea que para la población rural se necesitan 10 promotores.

Normas: un Promotor por cada 130 familias.

Un Promotor trabajará 4 horas diarias.

Tenemos para la zona urbana:

	Familias	Porcentaje	Visitas
Primera visita	691	100%	691
5 visitas restantes	345	50%	1,725
TOTAL VISITAS			2,416

El total de visitas divididas entre los 260 días de trabajo al año nos dá: 9 visitas al día.

Tomando en cuenta lo que debe realizar un Promotor en cada visita y la cercanía de las casas, se propone que efectúen cuatro visitas diarias, o sea que para la zona urbana se necesitan 2 promotores.

Normas: un Promotor para cada 264 familias.

Un Promotor trabajará 4 horas diarias.

Para la elaboración de éste sub programa infantil las fuentes consultadas corresponden a los siguientes números en la Bibliografía: 2, 4, 5, 6, 7 y 9.

CUADRO 10.

Edad	Población por edad	Concentración normalizada y por consulta al año	Rendimiento S/norma	Instrumento	Horas	
					Por día	Por año
Menores de 1 año	422	5 consultas por año 2,110 consultas	6 consultas por hora	M.	1.4	352
1 - 2 años	434	1 consulta al año 434 consultas	6 consultas por hora	M.	0.26	72
2 - 3 años	434	1 consulta al año 434 consultas	6 consultas por hora	M.	0.26	72
3 - 4 años	434	0 consultas	6 consultas por hora	M.	0	0
4 - 5 años	434	1 consulta al año 434 consultas	6 consultas por hora	M.	0.26	72

CALCULO DEL NUMERO DE HORAS-MEDICO-AÑO NECESARIAS PARA ATENDER LAS
CONSULTAS DEL COMPONENTE TECNICO: CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

CUADRO 11.

Edad	Población por edad	Concentración normalizada y por consulta al año	Rendimiento S/norma	Instrumento	Horas	
					Por día	Por año
Menores de 1 año	422	2 consultas al año 844 consultas	6 consultas por hora	A.	0.6	141
1 - 2 años	434	1 consulta al año 434 consultas	6 consultas por hora	A.	0.26	72
2 - 3 años	434	1 consulta al año 434 consultas	6 consultas por hora	A.	0.26	72
3 - 4 años	434	1 consulta al año 434 consultas	6 consultas por hora	A.	0.26	72
4 - 5 años	434	0 consultas	6 consultas por hora	A.	0.	0

CALCULO DEL NUMERO DE HORAS-AUXILIAR-AÑO NECESARIAS PARA
ATENDER LAS CONSULTAS DEL C.T.: CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

	Edad	Población por edad	Concentración norma	No. de consultas al año	Rendimiento	Instrumento	Horas	
							Por día	Por año
CUADRO 12.	Menos de 1 a.	422	3 consultas al año	1,266	6 consultas por hora	M.	0.8	211
	1-4 a.	1,735	2 consultas al año	3,470	6 consultas por hora	M.	2.2	567
CUADRO 13.	Menos de 1 a.	422	3 consultas al año	1,266	6 consultas por hora	A.	0.8	211
	1-4 a.	1,735	2 consultas al año	3,470	6 consultas por hora	A.	2.2	567

PROGRAMA MATERNO INFANTIL.

A.- Metas de Actividades:

- Detección precóz del embarazo 100%.
- Control y seguimiento del embarazo 100%.
- Atención del Parto institucional y domiciliario 100%.
- Tratamiento de la patología gineco obstétrica 100%.
- Atención del puerperio 100%.
- Educación higiénica y nutricional 100%.
- Reducir el problema de DPC en un 20% para el Grado - I, en un 15% para el Grado - II, y en un 100% para el Grado - III.
- Vacuna antisarampionosa al 80% de la población susceptible.
- Inmunizaciones con DPT. y Polio oral al 80% de la población susceptible.
- Vacuna antivariólica al 100% de la población escolar urbana.
- Inmunización con BCG, al 80% de los niños menores de 5 años.

B.- Evaluación:

Indicadores de cobertura del sub programa materno, tasa de mortalidad materna, tasa de morbilidad materna (sangrado vaginal, eclampsia, placenta previa), número de abortos, mortalidad perinatal, índice de prematuridad.

Tasa de mortalidad infantil, neo natal, post neonatal, tasa de mortalidad de 1 - 4 años, tasa de mortalidad porcentual en menores de 5 años, porcentaje de desnutrición según clasificación peso para talla, porcentaje de lactantes inscritos, porcentaje de pre escolares inscritos, precocidad de inscripción de lactantes, morbilidad por DPC., cobertura de inmunizaciones, tasa de natalidad y crecimiento vegetativo de la población.

C.- Bases Técnico Administrativas Generales:

Las actividades del programa materno infantil constituyen actualmente asuntos de máxima prioridad en el área de salud. - Estas actividades deben desarrollarse integralmente tomando en cuenta las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud en una población susceptible.

Serán responsables de la supervisión técnica y administrativa del programa, el Médico Jefe del Distrito VII que fungirá como Director del Programa, el estudiante EPS. de Medicina que será el Sub director del Programa, los estudiantes EPS. de Odontología y Servicio Social, y los estudiantes de Medicina Integral. PROSAC., y el Médico Jefe de Area proporcionarán asesoría y supervisión a través de los canales respectivos.

CAPITULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- 1.- La comunidad, los Educadores, el sector privado y otros sectores, guardan pobre relación y realizan pocas acciones en conjunto con el Equipo de Salud.
- 2.- Los recursos humanos y materiales son escasos y existe una adecuada utilización de los mismos. La comunidad tiene muchos recursos que aportar y que multiplican los siempre limitados medios institucionales. Además de los aportes físicos y materiales ha de intentarse colaboración en los aspectos Técnicos, la incorporación de Promotores de Salud está demostrando ser efectiva.
- 3.- El esquema de Programación que se propone en este trabajo tiene las siguientes características:
 - a) Sale del esquema Clásico Tradicional ya conocido.
 - b) Busca mejor penetración en la comunidad, a través de los Promotores de Salud.
 - c) Se preocupa de la educación integral de la familia y de la auto educación exhaustiva dentro del Grupo de Trabajo.

RECOMENDACIONES

- 1.- Buscar acercamiento de los distintos sectores de la comunidad para favorecer el desarrollo de la misma, mediante participación activa de sus miembros en las actividades de la Política de Salud.
- 2.- Aumentar los recursos humanos y materiales y hacer uso adecuado de los mismos.
- 3.- Se recomienda principalmente el que todos y cada uno de los miembros que constituyen el Area de Salud de Chimaltenango, tomen interés y aúnen energías para que éste Programa sea puesto en marcha el primero de junio de 1976.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Diccionario Geográfico de Guatemala. Tomo I. Guatemala 1970. p. 937.
- 2.- Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. "Información General Sobre la Situación del Grupo Materno Infantil en Guatemala". Guatemala 1974. 23 p. (Mimeografiado).
- 3.- Alonzo, Lui Alberto. "Programa de Atención Materno Infantil y Familiar en el Area de Salud de Totonicapán". Guatemala 1974. 44 p.
- 4.- López, Víctor M. Flores, Miguel E. "Programa de Atención Materno Infantil Colonia Justo Rufino Barrios". Guatemala 1974.
- 5.- Reyna, José M. Vides, Jorge. Sosa de Linares, Teresa. "Programa de Atención Materno Infantil y de Orientación Familiar de Población Urbana del Municipio de Huehuetenango". Guatemala 1974. 23 p. (Mimeografiado).
- 6.- Secretaría de Salud Municipal. Universidad del Valle. "Programa de Atención Médica sub programa materno infantil". Reunión del Grupo de Trabajo. Cali, julio-agosto, 1972.

Guatemala Ministerio de Salud Pública y A.S. Unidad de Planificación y Estadística. República de Guatemala Departamento de Chimaltenango Población Calculada año 1972-1980. Guatemala 1972. 207 p.

Plan de Salud del "Area Prosa" 1971. Guatemala 1971. 100 p.

Carías, Rolando. Monografía, Estudio de la Situación de Salud y Programación en el Municipio de Acatenango, Chimaltenango. Guatemala 1970. 36 p.

López, Lúcia y colaboradores: "Información sobre la Atención Obstétrica en Chile". Sección Materno Infantil Servicio Nacional de Salud. Santiago 1971. (Mimeografiado).

Dr. Rodrigo Cobar

ASESOR:

Humberto Aguilas S.
Dr. Humberto Aguilas S.

Director de Fase III.

Secretario General

Vo. Bo.

Decano