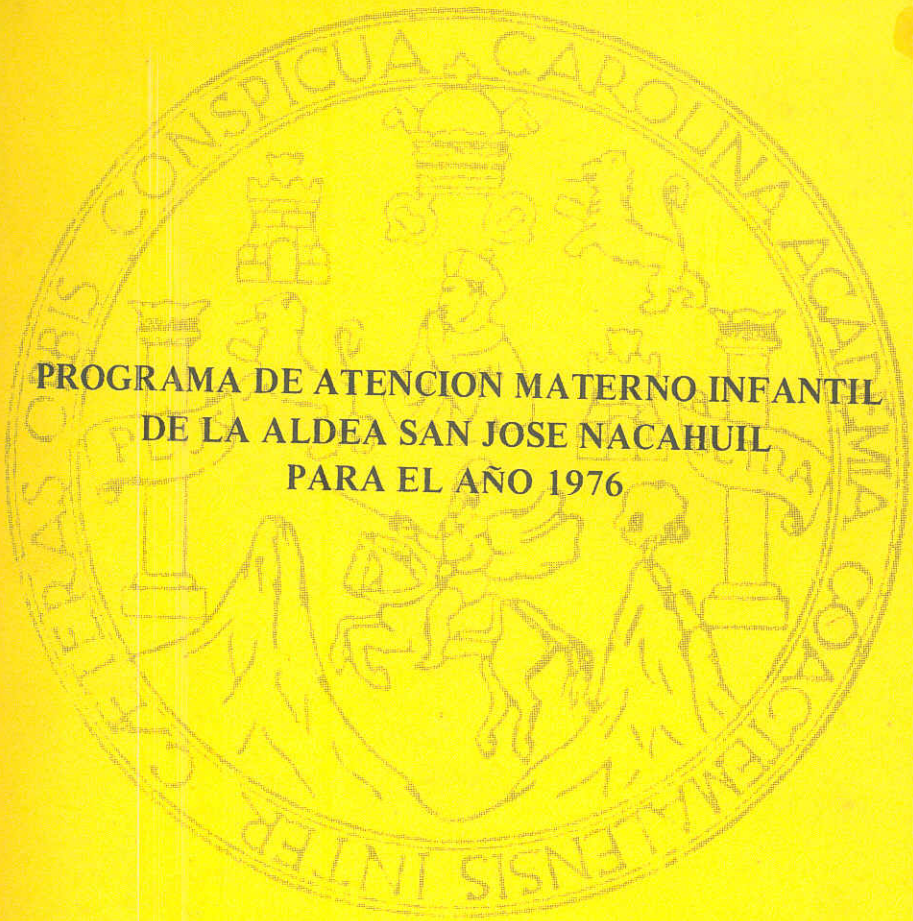
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL DE LA ALDEA SAN JOSE NACAHUIL PARA EL AÑO 1976

EDWIN CIFUENTES

INDICE

I	INTRODUCCION	1
II	DESCRIPCION DEL AREA EN ESTUDIO	2
III	NIVEL DE SALUD DE LA POBLACION	3
IV	FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES	10
V	POLITICA DE SALUD	14
VI	ANALISIS GENERAL E INTERPRETACION	19
VII	PROGRAMA DE SALUD	25

I) INTRODUCCION

La finalidad de la elaboración del programa de materno infantil, fue lograr un ordenamiento de los recursos y actividades que se destinan a la atención de su grupo, en cuanto al mejoramiento de su nivel de salud.

Para efectuar dicho programa, se recopilaron y analizaron una serie de datos, que a nuestro juicio intervienen en el desequilibrio de la salud de madre y niños en la aldea de San José Nacahuil.

La elaboración del programa está basado en los recursos reales disponibles, esto con el fin de no caer en el vicio de programar situaciones utópicas.

Creo, que siguiéndose las normas propuestas en el presente trabajo, y efectuando una vinculación más estrecha entre facultad de Medicina y Ministerio de Salud, se podrán alcanzar las metas establecidas; aunque éstas se concentren en su mayor parte sobre el aspecto puramente médico curativo y no transformen los demás factores que inducen al desequilibrio de la salud.

Aunque este programa puede ser lo que se da en llamar peleación, dentro de las posibilidades del Ministerio de Salud Pública, alcanzar estas metas mencionadas será un paso importante, para más adelante programar la prevención del desequilibrio que pudiera depender del resto de los factores.

II)Descripción del Area en Estudio

Las tierras que ahora forman la extensión jurisdiccional de San José, eran parte integrante del antiguo municipio de San Pedro Sacatepéquez, hasta que por una disposición de 1,828, se le segregaron muchos pueblos y sus ejidos respectivos para constituir los municipios de San José Nacahuil y San Pedro Ayampuc.

En 1,837 la Municipalidad de San Pedro Sacatepéquez gestionó ante el gobierno para recobrar aquellas tierras, con motivo de haberse decretado en ese año una nueva ley agraria, por la que se reconoció la propiedad que los municipios tenían sobre sus terrenos comunales, alegando entonces, los sanpedranos que sus títulos, otorgados en 1740 comprendían dichos terrenos; pero se opusieron los vecinos de San José Nacahuil y San Pedro Ayampuc y el asunto no se resolvió.

Según esos títulos, la extensión territorial de San José Nacahuil es de 26 caballerías que en 1,889 midió y acotó el ingeniero Carlos Benfelt, previa denunciade excesos, entre los linderos siguientes: al Norte colinda con tierras de Chuarrancho, río Las Vacas de por medio desde que recibe la quebrada de Cal hasta que se une al río Aguacate. Al Este sigue la línea que partiendo del encuentro de ambos ríos, va al segundo de ellos hasta el lugar en que recibe las aguas del riachuelo llamado Cuiginicuil; lugar donde luego continúa por la margen izquierda del Aguacate, en línea recta, hasta el Mojón de LLerena.

El pueblo de San José Nacahuil está situado al Noreste de la ciudad de Guatemala de la que dista 3 leguas (12 Km.). Sus terrenos son, en su mayoría áridos y quebrados y contiene algunos bosques de encino. La figura del municipio es la de un polígono irregular, alargado de noroeste a sureste, recorriéndolo una serie de colinas que describen un arco de círculo de concavidad occidental, bordeada a la izquierda por el tortuoso camino que conduce a Chuarrancho y de

cuyas laderas, bastante escombrosas, desciende hacia el este varias quebradas que riegan el territorio de San Antonio Las Flores, mientras que por el oriente se dilatan las vegas del río Aguacate, bajando insensiblemente el terreno de Sur a Norte, desde mil metros de elevación hasta el valle del río Las Vacas a 500 metros sobre el nivel del mar. Al Norte del pueblo y destacándose sobre las mencionadas colinas se yergue el pico volcánico conocido con el nombre de Nacahuil.

La raza predominante en San José Nacahuil es Indígena en un 99o/o y la fuente de trabajo es la agricultura, sembrando principalmente maíz y frijol. Así mismo un pequeño porcentaje de habitantes, se dedican a la elaboración de carbón y corte de leña, así como a la crianza de cerdos y chompipes.

Los indígenas hablan su lengua natural que es el cakchiquel.

Existe una iglesia católica, a la que frecuentan poco, pues no existe cura en la aldea. También hay una escuela de educación primaria con aproximadamente 200 alumnos que asisten irregularmente.

Los lugares poblados son únicamente población urbana y sus alrededores (que se dividen en cuatro cantones), no existiendo otràs aldeas, ni caseríos en el municipio.

MORBILIDAD 1,975
10 Principales Causas.
San José Nacahuil (6 meses)

Causas	-1a	1--4a	5-9a	10-14a	15-19a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	45+a	Total	o/o
I.R.S.	44	71	56	32	26	23	25	26	27	32	39	401	13.10
Anemia	2	60	85	57	36	15	27	10	10	7	6	315	10.29
Impétigo	60	102	74	36	12	5	6	2	3	0	1	301	9.83
Bronquitis	36	79	26	21	17	18	6	10	5	5	4	227	7.41
Parasitismo Intestinal	0	99	54	22	11	5	3	2	3	0	0	198	6.47
G.E.C.A.	20	33	10	7	9	18	5	6	2	3	6	119	3.88
Amigdalitis aguda	9	26	33	17	5	3	3	5	6	1	2	110	3.59
D.P.C.	0	21	38	22	4	0	0	0	0	0	0	85	2.77
Control Pre-Natal	0	0	0	0	11	17	22	7	5	3	0	65	2.12
Enfermedad Péptica	0	0	0	0	4	7	11	7	9	3	4	45	1.47
Resto de Patología												1194	39.07

FUENTE: Archivos del Puesto de Salud.

MORTALIDAD: La mortalidad de San José Nacahuil es indicativa de su deficiente nivel de salud; muestra de ello son las tasas que se consignan a continuación (1974).

Tasa de mortalidad general

= Defunciones totales 1974

Población general

= 26

---- = 23 o/oo

1092

Tasa de mortalidad materna

= Defunciones por causa materna

No. de nacidos vivos

= 5

---- = 49 o/oo

102

Tasa de mortalidad neo natal

= Defunciones menores de 29 días

No. de nacidos vivos

= 1

---- = 9.8 o/oo

102

Tasa de mortalidad post neo natal

= Defunciones mayores de 29 días a 1 año

No. de nacidos vivos

= 3

----- = 29.4 o/oo

102

Tasa de mortalidad infantil

= Tasa de mortalidad neo natal

Tasa de mortalidad post neo natal

= 39.2 o/oo

NOTA: Aclaratoria: El sistema de inscripción de nacidos vivos y el registro de defunciones, debido a que no se efectúa directamente en la aldea de San José Nacahuil, sino en la cabecera municipal, es altamente deficiente por lo que no se consignan diagnósticos de muerte.

DEFUNCIONES 1,974

Causas	-29d.	29-1a	1-4a	5-9a	10-14a	15-19a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	45-1a	Total	o/o
Materna									2	1	1	1	5	18.51
Fiebre		2	1									5	8	29.62
Bronconeumonía		1	2								1		5	18.51
T.B.C.												2	2	7.90
I.R.S.		1										1	2	7.40
Enterocolitis Aguda		1										1	2	7.40
Epilepsia												1	1	3.70
Anasarca												1	1	3.70
Ancianidad												1	1	3.70
													27	100o/o

IV) FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES:

A) POBLACION

El nivel de salud de las poblaciones rurales en Guatemala, varía dependiendo de la región estudiada, pero se puede aceptar en cierta medida que la incidencia de morbilidad en los diferentes grupos estáreos no presenta una variabilidad marcada.

Por lo queal grupo infantil se refiere, independientemente de la región estudiada, será el que más afectado por la morbi-mortalidad, dadas sus características biológicas y el medio socio cultural en que se desenvuelve.

Población urbana estimada para el año de 1976 = 3,145

Indígenas = 100o/o

Ladinos = 0o/o

Alfabetos = 9o/o

Analfabetos = 91o/o

Población escolar 164 habitantes.

(Datos obtenidos de censo practicado en Octubre y Noviembre de 1975)

B) FACTORES SOCIOECONOMICOS

EDUCACION:

En base a los datos anteriores se puede observar que el factor

educacional desempeña un importantísimo papel en relación con la salud de la población, de donde podríamos concluir que un programa de salud nunca podrá ser efectivo si no antes se ha desarrollado un programa educacional.

INGRESOS:

El ingreso promedio familiar es de 24.80 quetzales mensuales.

DISTRIBUCION Y TENENCIA DE LA TIERRA:

Como ocurre la posesión de la tierra en Guatemala, ésta está controlada por grupos minoritarios, dejando en poder de las grandes mayorías de pobladores un mínimo porcentaje de ésta.

Poseen tierra para cultivar 72o/o No poseen tierra para cultivar 28o/o Es de propiedad la tierra 98o/o Arrendada 2o/o Trabajan la tierra 95o/o No trabajan la tierra 5o/o

Los pobladores de la aldea de San José Nacahuil son en su gran mayoría agricultores, siendo por lo general tierra propia, consistente en parcelas de media y una manzana.

Los productos básicos que cultivan son maíz y frijol.

MEDIOS DE PRODUCCION:

Distribución de la fuerza de trabajo:

Agricultores 77o/o

Albañiles 10o/o

Carboneros 11o/o

Por cuenta propia 2o/o

Como se mencionó anteriormente, la fuerza de trabajo está a expensas básicamente de los agricultores que representan el 77o/o; sin embargo, el resto de la población que trabaja como carboneros, albañiles y por su cuenta, también trabajan en cierta medida como agricultores.

(Datos obtenidos de censo practicado en Octubre y Noviembre de 1975)

CULTURA

La lengua original de 100o/o de la población es el cakchiquel.

El 98o/o de la población masculina de más de 7 años, y el 35o/o de la población femenina de más de 7 años hablan castellano.

La cultura original de esta población, ha sido destruída por los diferentes mecanismos existentes, siendo reemplazada por el sistema español = Ladino, con la creación de necesidades inexistentes, y la aplicación de mecanismos opresores que impiden la autodeterminación y el desarrollo económico, social, cultural; como son: La Iglesia Católica, la discriminación racial y el control de la tierra por parte de los sectores minoritarios.

C) AMBIENTE:

Agua

Es de nacimiento natural, localizado en los cerros que rodean la aldea, siendo ésta de magnífica calidad.

Es traída a la aldea por medio de tuberías que la recogen en un

depósito a nivel de los cerros y distribuída por medio de pilas públicas.

Como producto de la alta calidad del agua es que los problemas gastrointestinales no se encuentran entre las primeras causas de morbilidad.

DISPOSICION DE EXCRETAS:

La gran mayoría no posee letrinas para una disposición adecuada de excretas (98o/o), ya que únicamente el 2o/o de la población posee letrinas, de las cuales la mitad son insalubres.

VIVIENDA:

El 61o/o de las viviendas están construídas de adobe y techo de teja.

El 11o/o de las viviendas están construídas de adobe y techo de lámina.

El 28o/o de las viviendas están construídas de bajareque y techo de paja.

El 98o/o de las viviendas tienen piso de tierra.

Unicamente el 25o/o de las viviendas poseen más de una habitación.

VIAS DE COMUNICACION:

Unicamente existe un camino de tierra en pésimo estado que comunica la ciudad de Guatemala con la aldea.

RECREACION:

No existe ningún medio recreativo, más que el impuesto por el sistema, como es la venta de bebidas alcohólicas.

V) POLITICA DE SALUD:

El análisis de la política de salud, se efectuó en base a los datos obtenidos de la revisión de las 10 principales causas de morbilidad general durante el año de 1975, a la par de análisis de la terapéutica básica necesaria para tratar las 10 principales causas de morbilidad general relacionando los medicamentos que se cuentan en el centro de salud, con los medicamentos que se deberían disponer para el tratamiento adecuado de la morbilidad.

Como se puede observar en el cuadro de morbilidad y terapéutica básica, hay falta de medicamentos indispensables, y sin embargo existen otros que son costosos y que no justifican su empleo, ya sea porque no están probados que produzcan efecto terapéutico alguno, o porque no se adapten a la realidad de salud de la población.

ANALISIS DE RECURSOS MEDICO–QUIRURGICOS:

Este análisis se efectuó en base a los datos obtenidos de un inventario general de los recursos del centro de salud, investigando su precio original, tiempo de uso, régimen de propiedad y grado de uso.

Para esto se tomaron los siguientes parámetros:

Edificio de Madera dura 20 años

Edificio de Mixto dura 40 años

Edificio de concreto dura 50 años

El equipo de examen físico dura 10 años

El equipo médico quirúrgico dura 10 años

El mobiliario de madera dura 20 años

El mobiliario de metal dura 25 años

Encontrándose que la mayor parte de los recursos médico-quirúrgicos se encuentran en buen estado.

VI) ANALISIS DE RECURSOS HUMANOS:

Tanto el médico como la auxiliar de enfermería tienen contratadas 2,000 horas anuales, que son distribuidas entre consulta médica general y organización de la comunidad, aunque en este último aspecto se utiliza tiempo extra del que está contratado.

ANALISIS DE RECURSOS FISICOS
MEDICO QUIRURGICOS

Recursos	Número de Unidades	Precio unitario en inventario	Tiempo en Servicio	Precio unitario actual por depreción	Régimen de propiedad	Grado de uso
Balanza para infantes.	1	11.66	1â-1 mes	0.55	D.G.S.S.	máximo
Esfignomenómetro.	1	20.91	"	0.90	D.G.S.S.	máximo
Estetoscopio.	1	1.48	"	0.08	D.G.S.S.	máximo
Esterizador de metal.	1	20.34	"	0.88	D.G.S.S.	máximo
Tijera Recta.	1	0.85	"	0.05	D.G.S.S.	máximo
Pinzas Kelly Rectas.	2	1.50	"	0.08	D.G.S.S.	máximo
Termómetro rectal y oral.	4	0.25	"	0.02	D.G.S.S.	máximo
Tijera Lister.	1	0.87	"	0.05	D.G.S.S.	mediano
Balanza para adultos.	1	44.92	"	1.80	D.G.S.S.	máximo
Mesa para examen.	1	103.04	"	4.25		máximo

ANALISIS DE MEDICINAS

Nombres de Medicinas y Materiales	Cantidad recibida e cada Trimestre (Unidades) Costo				Costo Unitario
	1er. Trim.	2do.Trim.	3er. Trim.	4to.Trim.	Promedio
Fumarato Ferroso Litros	0	2	1	1	5.26
Cloranfenicol cápsulas	100	0	100	100	0.26
Esparadrapó rollo	8	0	0	2	0.50
Gasa 1 paquete	0	1	0	0	0.46
Entero-Sediv sobres	0	1	2	1	0.11
Extracto de Hígado de Bac. Fcos.	0	0	0	24	0.37
Tetraciclina Cápsulas 250mg.	0	0	100	100	0.26
Ampicilina (Ungüento) Cap.500mg.	0	0	100	0	0.13
Terramicina Ungüento	0	6	0	0	0.32
Piperazina Jarabe galones	4	0	4	4	4.71
Bezoato de Bencilo galones	4	4	0	4	3.32

ANALISIS DE RECURSOS HUMANOS

Nombre del cargo y del funcionario	Hrs.año contratadas.	Salario Anual	Costo Hora	Distribución de tiempo en Actividades						
				consulta	Vacunación	Investigación	Hipod. y Curac.	Administración	Visita	Organiz.s, Comun.
E. P. S.	2,000	180	0.65	936	108	208	—	132	208	416
Auxiliar de Enfermería	2,000	140	0.58	936	104		520	100	104	240
Trabajadora Social	450	160	0.33						450	

ANALISIS GENERAL E INTERPRETACION

Para realizar las consideraciones necesarias sobre salud, es indispensable que tengamos una idea clara sobre el concepto epidemiológico de enfermedad y este concepto podría describirse, como la alteración en determinado momento, y por diversas causas, del equilibrio Huesped-Agente-Ambiente.

Definitivamente no se puede llegar a establecer o iniciar un programa de salud, sin que antes no se haya efectuado un análisis del desequilibrio antes mencionado, buscando relacionar adecuadamente estos tres factores.

Actualmente, teniendo en cuenta la deprimente realidad nacional, no podemos entrar a considerar el problema, tomando al individuo como una entidad aislada sino como un conjunto de entidades o sea la comunidad.

Basado en lo anterior podemos entrar a considerar los factores que van a producir el desequilibrio de salud:

I) VIVIENDA
II) TENENCIA DE LA TIERRA
III) CONTROL DE LOS MEDIOS DE PRODUCCION
IV) LIBERTAD
V) EDUCACION
VI) TRABAJO
VII) AMBIENTE
VIII) ALIMENTACION
IX) MEDIOS SANITARIOS
X) RECREACION

En general el desequilibrio de uno o más factores es lo que se va a traducir como enfermedad, ya sea ésta a nivel físico, síquicos o

socioeconómico.

Antes valdría la pena aclarar, que básicamente, de acuerdo al sistema en que se desarrollen las comunidades, así van a estar influídos cada uno de los factores en relación a su equilibrio o desequilibrio, y que definitivamente esto nunca va a ser producto de la casualidad, sino que premeditadamente va a estar planificado y programado, porque no ser así no se podría mantener el status quo, y no como aparentemente sucede, por casualidad o por obra y gracia de algo sobrenatural.

I) VIVIENDA

En la aldea de San José Nacahuil, únicamente el 0.1o/o de la población, poseen viviendas que presentan las condiciones mínimas, para poderlas considerar habitables por entidades humanas; el resto se encuentra en condiciones de infrahombre, pues su estructura no puede adecuarse a la idea de vivienda humana.

II) TENENCIA DE LA TIERRA

De acuerdo a la evaluación de este aspecto del desarrollo de una población, este es un parámetro fundamental en el equilibrio de los tres factores analizados anteriormente.

En la aldea la tenencia de la tierra es de tipo minifundista, siendo el promedio de tierra utilizable de cada familia de 8 a 10 miembros, de media a una manzana.

Por lo que podemos tener idea de la manera de cómo éste parámetro va a influír intensamente en el desequilibrio de salud.

III) CONTROL DE LOS MEDIOS DE PRODUCCION

Como ocurre en los países mal llamados subdesarrollados, los medios de producción van a estar controlados por entidades que generalmente, desde generaciones anteriores (conquista y colonia), han poseído estos medios, y en este caso la aldea de San José Nacahuil no podría ser la excepción.

Básicamente la producción de la aldea está a expensas de productos agrícolas y en cierta medida de carbón y leña.

IV) LIBERTAD

A este respecto la palabra libertad podría tener una serie de interpretaciones de acuerdo al sistema en que se desarrolle esta idea. Pero en el caso que nos ocupa, la interpretación que yo le doy, la idea de libertad es una idea artificial, manejada por sectores interesados, ya que frecuentemente se usa la frase "Es libre de ir y hacer lo que le plazca", pero de lo que no es libre es de poder decidir de su propia infraestructura, en cuanto a cambio y beneficio propio.

Por lo que este parámetro es el parámetro básico del equilibrio.

V) EDUCACION

La facilidad para la educación en la aldea consiste en una escuela primaria con 164 alumnos.

Lo anterior significa que los sistemas educativos a este nivel son nulos, como consecuencia de ésto, no creo yo que haya mayor problema en entender por qué las condiciones de salud, o por qué el desequilibrio de los factores es tan intenso.

Está de más decir que un programa de salud deberá ser

precedido de un programa educacional, pues de lo contrario muy difícilmente se podrá alcanzar las metas que se hayan propuesto en el programa de salud.

VI) TRABAJO

El trabajo es la forma de conseguir los recursos para mantener un nivel de vida adecuado.

Las fuentes de trabajo en la aldea son de naturaleza agraria y en la producción de carbón y leña. El salario mensual por familia es de Q.24.80 en promedio, a pesar de que en cierta manera las fuentes de trabajo existen, lo que se obtiene de ellas es prácticamente nada, teniendo en cuenta el alto costo de la vida. Por lo que entonces se comprenderá cómo influye este factor en la producción de enfermedades.

VII) AMBIENTE

El clima de la aldea es templado, no existiendo una contaminación ambiental atmosférica, está rodeada por numerosos bosques de encino, el agua es de muy buena calidad proveniente de fuentes naturales localizadas en los cerros que la rodean. No existe ningún tipo de drenajes, el número de letrinas es mínimo y las basuras son abandonadas en cualquier lugar indiscriminadamente, pues no existe un depósito municipal para el efecto. Los animales, tanto aves como porcinos, deambulan libremente por las calles de la aldea, excretando en cualquier lugar los deshechos orgánicos de su metabolismo.

A nivel habitacional, ya que en la mayoría de las casas un solo cuarto funciona como cocina, comedor y dormitorio, el ambiente generalmente está cargado por el humo proveniente de la cocina siendo ésta a expensas de carbón y leña. Asimismo los animales

domésticos tilizan las habitaciones como resguardo de las inclemencias del tiempo, siendo estos vectores importantísimos en la transmisión de enfermedad.

VIII) ALIMENTACION

La alimentación es a expensas de maíz y frijol, pues los animales de crianza son generalmente usados para la venta, ya que no representan ninguna fuente de ingreso alimenticio, debido a que los pobladores tienen prioridad en los ingresos económicos que les representa su venta.

El ingreso protéico calórico es altamente deficiente, debido a que no existen medios adecuados para obtenerlos; como consecuencia de ésto se observan síndromes pluricarenciales tanto en niños como en adultos, por lo que desempeña el factor nutricional, se van a derivar una serie de patologías muy extensas, a partir de este renglón se puede entrar a considerar su importancia en la producción de enfermedades.

IX) MEDIOS SANITARIOS

Para el desarrollo de toda comunidad los servicios sanitarios son un factor importante como medio de prevención del desarrollo de enfermedades.

En la aldea de San José Nacahuil estos medios son sumamente escasos, se podría decir que no existen, ya que a excepción de la potabilidad del agua, el resto de los medios sanitarios brillan por su ausencia..

X) RECREACION

La salud integral contempla el normal desenvolvimiento del

aspecto síquico del individuo. En una comunidad deberán existir diversos medios recreativos, con lo que el individuo pueda descansar mente y cuerpo y al mismo tiempo sirva a la canalización de sus frustraciones.

En la aldea de San José Nacahuil lamentablemente no se cuenta con ningún tipo de medio recreativo, existiendo únicamente expendios de bebidas alcohólicas que actúan con tal finalidad, pero que en realidad su objetivo se encuentra más hallá del conocimiento de los pobladores.

Las conclusiones de este análisis son muy obvias, por lo que creo conveniente que cada quién que lea y razone sobre el particular, deberá sacar las suyas propias, cosa que dependerá de la imagen que cada lector tenga sobre la problemática nacional, tanto en el aspecto puro de salud, como de los demás factores que se interrelacionan con éste.

PROGRAMA DE SALUD

SUB PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Consta de la atención medica del grupo materno infantil cuyo objetivo es la cobertura del 100o/o de embarazadas y el 100o/o de niños de 0-4 años. Así como la cobertura del 80o/o de embarazadas y 80o/o de niños de 0-4 años en el área rural.

El programa se lleva a cabo elaborando previamente:

A) Sub programa materno infantil

B) Sub programa de atención médica general

C) Sub programa de saneamiento ambiental

D) Sub programa de organización comunal

I) OBJETIVOS GENERALES

A) Básicamente se trata de incrementar o mejorar el nivel de salud de la comunidad, en base de la elaboración de un programa que contemple el uso de recursos reales con que se pueda resolver los problemas detectados.

B) Contribuir a mejorar la atención médica y detección de problemas, a nivel del Centro de Salud.

C) Hacer conciencia en la población, en el sentido de que su participación en los problemas de salud es vital para el desarrollo del programa, así como para el conocimiento de la comunidad del objeto y de los objetivos de dicho programa.

II) SUB PROGRAMA MATERNO

A) Protección del 100o/o de la poblacion urbana materna, y del 80o/o rural, cuya finalidad es la disminución de la morbi-mortalidad de dicho grupo.

B) Atención del 100o/o de los embarazos del área urbana y 80o/o rural.

C) Detección de embarazos antes del quinto mes.

D) Detección de embarazos de alto riesgo, refiriendo a centros hospitalarios aquellas pacientes que no puedan ser tratadas en el centro de salud.

E) Brindar a toda embarazada cinco concultas pre natales y una post natal.

F) Efectuar a cada embarazada: exámenes de laboratorio de:
ORINA
HB
VDRL
PAPANICOLAU

G) Proporcionar a cada embarazada suplemento nutricional consistente en:

1 Vaso de leche diaria
60 mg. de fumarato ferroso diario.
2 lbs. de Incaparina por mes.

H) Efectuar dos visitas a domicilio por mes a cada embarazada de alto riesgo.

I) Adiestramiento de comadronas empiricas.

J) Planificación familiar.

III) SERVICIOS QUE SE PRESTAN ATRAVES DEL PROGRAMA

A) Atencion durante el embarazo

1) Diagnóstico temprano (antes del quinto mes)

2) Atención y seguimento del embarazo (determinación alto riesgo).

3) Evaluación del embarazo conjuntamente con la comadrona.

4) Examen de orina HB, VDRL, PAPANICOLAU.

5) Suplemento nutricional.

B) Atención del parto.

C) Atención Post parto.

Una consulta por puerpera.

IV) PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS

A) Atención durante el embarazo.

Diagnóstico precoz y captación de mujeres con sospecha de embarazo.

Población total = 3060 habitantes.

Mujeres de 15—44 años = 765.

Embarazos esperados = 153.

Población objetivo = 765.

Cobertura 100o/o = 765.

B) Atención que no es posible prestar.

No se detectan:

Primigestas

Pacientes nuevas en el área.

NORMAS

Todo paciente femenino de 15-44 años será visitada por el recurso comadrona-promotor así:

Cada dos meses si tiene niños de 0-4 años.

Cada año si hay niños mayores de 5 años.

COMPROBACION DE LAS MUJERES CON EMBARAZO

Medios:

Toda paciente detectada por la comadrona.

Toda paciente que acuda espontáneamente al servicio.

Toda paciente que acuda al programa por otra vía.

Cobertura O 100o/o.

Método:

Se inscribe la paciente, se confirma o se niega el embarazo por parte del médico, se hace la ficha materna y la evaluación del tipo de control pre natal.

DIFERENTES TIPOS Y SITIOS DE CONTROL

Primer control y último control lo efectúa el médico, los tres controles restantes los efectúa la enfermera auxiliar, y un control post parto lo efectúa el médico.

CONTROL DE EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO

1o. control	21 semanas	Por médico
2o. control	24 semanas	Por enfermera auxiliar
3o. control	28 semanas	Por enfermera auxiliar
4o. control	32 semanas	Por enfermera auxiliar
5o. control	36 semanas	Por enfermera auxiliar
6o. control	38 semanas	Por médico

Se efectuarán 2 visitas a domicilio por enfermera auxiliar y se podrán efectuar el número de consultas pre natales extraordinarias según el criterio del médico.

Consideración de Embarazo de Alto Riesgo

1. Pacientes menores de 14 años y mayores de 38 primigestas.
2. Mayor de 38 años gran multíparas.
3. Diagnóstico de Hipertensión —pre-eclampsia— toxemias de embarazos anteriores.
4. Historia de dos abortos o más consecutivos previos.
5. Historia de parto s prematuros.
6. Historia de mortinatos.
7. Diabetes.
8. Cardiopatas.
9. Insuficiencia Renal.
10. Historia de Incompatibilidad Rh y ABO.
11. Presentaciones Anómalas.
12. Enferrmedades Venerias.
13. Anemia.

Población Materno Urbana 1,976
Sub-programa Materno

Población	Concentración	Cobertura	Actividades a efectuar		Rendimiento		Tiempo Necesario			Balance	
			Consulta por M.D.	Consulta por A.E.	Médico 4 consultas por hora	A.E. 6 consultas por hora	Horas M.D.	Horas A.E.	Total M.D.	Total A.E.
Embarazadas	Consulta/h	100 o/o								
153	2 por médico 1 por A.E. Examenes	153	306	459	4	6	76	152	1 763	1 533
	1 orina	153								
	1 V.D.R.L.	153								
	1 H. B	153								
	1 Papanicolau	153								
	2 visitas x Emb... alto riesgo	36		36		1		72		1 461
	Suplemento alimenticio a g//Emb. 1 vaso leche /d e incaparina	153		153		4		208		1 253
	Fumarato Ferroso 200 mg. PO	200 Mg PO tid. 36								
	Emb. alto riesgo 20 o/o referidas al Hosp.	153								

B) ATENCION DEL PARTO

1) Pacientes atendidas en hospitales, deberán ser referidas debidamente al puesto de salud para su control post natal o planificación familiar.

2) Pacientes atendidas en casa, la comadrona deberá efectuar:

a) Confirmación del control pre natal en el centro de salud.
b) Toda paciente de alto riesgo trasladarla al hospital correspondiente.
c) Preparación del sitio de atención.
d) Atención del parto.
e) Cuidados del recien nacido
f) Instrucción acerca del post-parto inmediato.
g) En las 24 horas siguientes notificará al Centro de Salud sobre datos del parto y del recién nacido.
h) Atención del puerperio.

SUB PROGRAMA DE ATENCION INFANTIL

I) OBJETIVO ESPECIFICO:

Disminución de la morbi-mortalidad infantil (niños menores de 4 años) del area urbana.

COBERTURA

Atención del 100 o/o de la población infantil y preescolar.

CONCENTRACION

Proporcionar a la población infantil menores de 1 año, 5 consultas por año.

Proporcionar a los niños de 1-4 años, dos consultas anuales por control de niño sano.

CALIDAD

Detección de niños de alto riesgo, y referirlos a nivel hospitalario, aquellos que no puedan tratarse en Centro de Salud.

Un control de Hb. y examen de heces a la población de 1-4 años.

Suplemento alimenticio.

Efectuar dos visitas a domicilio a c/niño de alto riesgo.

Proporcionar al 100 o/o de la población infantil (menos de 1 año), inmunización con vacuna triple, antipolio y al año la vacuna anti-sarampión.

Educación familiar sobre aspectos de salud.

II SERVICIOS QUE SE PRESTAN ATRAVES DEL PROGRAMA

Control de crecimiento y desarrollo.

Inmunización.

Atención de morbilidad general de 0-4 años.

Suplemento nutricional.

Control de pacientes de alto riesgo, por medio de visita domiciliaria.

Examen de Hb y Heces.

Charlas educativas.

No podrán ser captados recién nacidos de primigestas no inscritos en el programa materno y niños inmigrantes.

III) DIFERENTES TIPOS Y SITIOS DE CONTROL

CONTROL A NIÑOS MENORES DE 1 AÑO:

Se efectuarán cinco controles por año en concepto de niño sano.

1o. =	30 días	por médico
2o. =	2 meses	por enfermera auxiliar
3o. =	6 meses	por enfermera auxiliar
4o. =	9 meses	por enfermera auxiliar
5o. =	12 meses	por médico

CONTROL A NIÑOS DE 1 a 4 AÑOS:

Se efectuará dos controles anuales en concepto de niño sano.

1o. =	6 meses	por médico
2o. =	1 año	por enfermera auxiliar

Población Infantil 1,976
Sub-programa Infantil

Población Infantil 0-4 a	Concentración	Consulta/h.	Cobertura 100 o/o	Actividades Consulta M. D.	Actividades Consulta A. E.	Rendimiento Médico No. consultas por hora	Rendimiento A. E. No. consultas por hora	Tiempo necesario Horas M. D.	Tiempo necesario Horas A. E.	Balance M. D.	Balance A. E.
1-4 a = 107	2 por médico 3 por A. E.		107	214	321	4	6	53.5	107	1 947	1 893
		2 visitas a domicilio, niños alto riesgo (10 o/o).	10		10		1		20		
		Suplemento alimenticio madres lactantes vaso Incaparina.	107		107		4		428		
1-4 a = 433	1 por médico 1 por A. E.		433	433	433	4	6	108	180	1 839	1 713
		Heces	433								
		Hb	433								
		2 visitas a domicilio, alto riesgo 10 o/o.	43				1		86		
		Suplemento nutricional a todo niño 1-4 a.	433								

PROGRAMA DE INMUNIZACION

I) OBJETIVOS ESPECIFICOS

A) Proteger con vacuna al 100 o/o de niños urbanos susceptibles a:

Tos Ferina
Difteria
Tétanos
Poliomielitis
Sarampión
Tuberculosis

B) Proteger al 80 o/o de niños rurales susceptibles a dichas enfermedades.

C) Reforzar al 100 o/o urbano y al 80 o/o rural de los niños vacunados el año anterior.

II) ACTIVIDADES

A) Planificación de fechas para vacunación tanto a nivel urbano como a rural.

B) Efectuar una campaña intensa de divulgación de dicho programa.

C) Promover la existencia de por lo menos dos puestos de vacunación en el area rural.

Programa de Inmunización

Población	Concentración	Cobertura	Actividades (dosis a aplicar)		Rendimiento		Tiempo necesario		Balance
	2 dosis D.P.T.		33 o/o	66 o/o					
Nacidos 1,975	2 dosis Polio 1 dosis Polio 1 dosis B.C.G.	100 o/o	M. D.	A. E.	M. D.	A. E.	M. D.	A. E.	M. D.	A. E.
145	870	145	287	574	16 v x H.		16 v x H.	18 Hrs.	36	454
0-1 año										
145	2 refuerzos									
0-4 años	290	290	96	191	16 v x H	16 v x H.	6	32	448	278

Nota: San José Nacahuil es exclusivamente área urbana.

PROGRAMA DE ATENCION MEDICA GENERAL

Este programa esta dirigido a cubrir la demanda de atención médica general a través de la consulta, referencia de pacientes de alto ri riesgo y casos de cirugía menor.

I) OBJETIVOS ESPECIFICOS

A) Atención de la demanda de servicios médicos.

B) Disminución de la mortalidad.

C) Referencia a nivel hospitalario de pacientes de alto riesgo.

II) ACTIVIDADES

A) Proporcionar dos consultas por morbilidad demandada por persona al año.

B) Referencia de pacientes de alto riesgo a nivel hospitalario.

Programa de Atención Médica General

Población	Concentración	Cobertura	Actividades		Rendimiento por hora		Tiempo Necesario		Balance
			Consulta	Consulta	Pacientes por Médico	Pacientes por A. E.	Horas M. D.	Horas E. A. M. D. A. E.	
1,975	2 consultas	100 o/o	M. D.	E. A.					
2.486	por morbilidad				4	6			
1,976									
2.734	5 468	2 734	5 468	–	4	4	1 367	1 367	472 346

PROGRAMA DE ATENCION MEDICA GENERAL Y NECESIDADES TERAPEUTICAS PARA 1976
(10 principales causas)

causas	Atendidos 1,975	1,976 10 o/o incremento	Terapeutica Básica	Cantidad Anual
I.R.S.	204	224	A.S.A. 1 Tab. c/6 h. =12 Tab. Espectorante 5c.c. c/4 h. =140 c.c. Efedrina nasal 1 cc Tid x 3d, =9 c.c.	2.688 Tab. A. S. A. 31.360 c.c. Espectorante 2016 c.c. Efedrina nasal
Anemia	195	214	Fumarato Ferroso 600 mg. Po tia AAcido Fólico 5 mg. Vit. B 12 10 ampollas	128.400 mg. Fumarato Ferroso 1.070 mg. Acido Fólico 1.990 amp. Vit. B 12
Parasitismo Intestinal	181	199	Piperazina 10 c.c. PO Mebenzole 1 Tab. c/12 h. PO x 2 días	1 990 c.c. Piperatzina 790 Tab.
Impétigo	97	107	Hostacilina 2 Fcos. Jabón Antiséptico 50cc/Pte.	214 Fcos. Hostacilina 5 350 cc Antiséptico
Control Pre-natal	65	72	Fumerato Ferroso 600 mg. Po t:a cápsulas Pre-natales 270	60.072 mg. Fumarato Ferroso 19.440 cápsulas pre-natales
Enfermedad Péptica	45	42	Antiácidos 2 Fcos. x 30 días Anticolinérgico 10 cc PO tid x 10 d. Tranquilizante 1 Tab. PoO tid x 10 d.	98 Fcos. Antiácido 4 900 cc Anticolinérgico 980 Tab. Tranquilizante
Bronquitis	39	43	A.S.A. 1 Tab. PO c/6 h. =12 Ta Espectorante 140 c.c. Hostacilina 2 Fcos. Eritromicina 7 gr.	516 Tabs. A.S.A. 6020 c.c. Espectorante 86 Fcos. Hostacilina 301 gr. Eritromicina

Continuación del cuadro PROGRAMA DE ATENCION MEDICA GENERAL Y NECESIDADES TERAPEUTICAS PARA 1976 (10 PRINCIPALES CAUSAS)

Causas	Atendidos 1975	1,976 10 o/o incremento	Terapeutica Básica	Cantidad Anual
Amigdalitis Aguda	38	42	Hostacilina 2 Fcos. A.S.A. 1 Tab. c/6 h. =16 Tab.	82 Fcos. Hostacilina 1072 Tab. A.S.A.
D.P.C.	69	32	Suplemento Nutricional	Suplemento Nutricional para el 100 o/o
G.E.C.A.	36	29	Antihemético 10 cc x Pte. 2 sobres de electrolitos Ampicilina. Cloranfenicol 20 g.	290 c.c. Antieméticos 58 sobres electrolitos 580 gr. Cloranfenicol 580 gr. Ampicilina

PROGRAMA DE ORGANIZACION COMUNAL

I) OBJETIVOS GENERALES

A) Organización de la comunidad en base a la programación de salud.

B) Incluir a la comunidad con participación activa en el programa de salud.

C) Efectuar una eextensa divulgación sobre los objetivos, y ventajas para la comunidad en relación al incremento de bienestar social, físico, siquico y ambiental del individuo.

D) Incrementar el desarrollo de instalaciones ya existentes y poner en marcha nuevas, que sean encaminadas al cumplimiento de los programas de salud.

E) Dirigir la atención sobre los recursos y subenciones asegurables para el desarrollo de la comunidad.

F) Lograr por medio de esto una mejora de los servicios públicos y de las diferentes depeendencias estatales.

II) OBJETIVOS ESPECIFICOS

A) Proporcionar el asesoramiento necesario para la creación de diversos grupos comunales a todo nivel.

B) Lograr una coordinación adecuada en cada nivel de la comunidad para con el centro de salud, y en forma conjunta desarrollar los objetivos de los programas de salud.

III) ACTIVIDADES

A) Lograr la cooperación de los organismos públicos y privados que

funcionan en la comunidad.

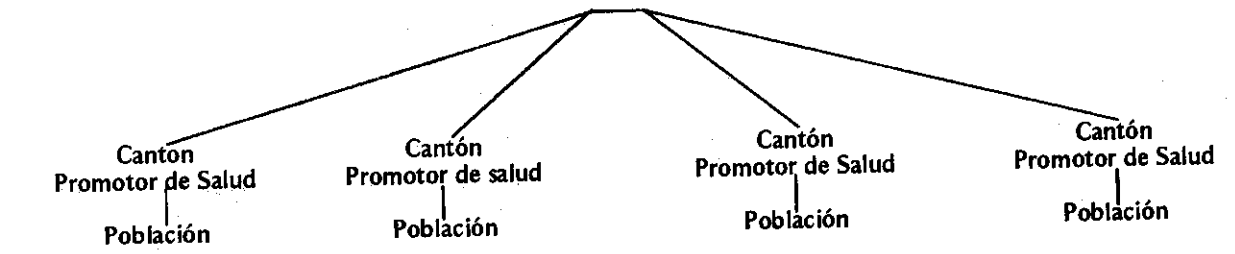
B) Reunir a los vecinos de la comunidad y seleccionar a las personas más aptas para desarrollar funciones de promoción de salud. Estas personas dependerán totalmente del Centro de Salud en donde serán entrenadas debidamente para fungir como promotores de salud. Cada cantón contará por lo menos con dos de dichos promotores.

Programa de Organización Comunal

Población	Concentración Cobertura	Actividades		Rendimiento		Tiempo	Necesario	Balance	
		M. D.	A. E.	M. D.	A. E.	Horas M. D.	Horas A. E.	M. D.	A. E.
Organización Comunal						260 h. x actividad	260 h. x actividad		
a. Club Juvenil	1 h.		1 h.	1 h.					
b. Club Madres				1 h.	1 h.				
c. Reuniones Maestros				1 h.	1 h.				
d. Reuniones Autoridades				1 h.	1 h.				
e. Reuniones Com. Pro-Salud				1 h.	1 h.				
f. Comité Deportes				5 h./Sem.	5 h./Sem.				
Reuniones con comadronas 3 veces x Sem.				3 x h.	156 h.				
Otras actividades				10			10		
a. fc cc MM				2 h. c/2m.			12 h.		
b. U.A.M.A.				2 h x S.		104 h.			
c. Enf. U.A.M.A.				1 h. x 3	1 h. x S.	52 h.	52 h.		
d. Administración				5 h. x m.	5 h. x m.	60 h.	60 h.		
e. Promotores de Salud				5 h. x m.		24 h.			
f. D.G.S.S.				4 h. x m.		24 h.			
g. Gestiones				1 h x 3		52 h.			
								-296	0

ORGANOGRAMA DE DESARROLLO COMUNAL

COMITE CENTRAL
EPS
Autoridad Municipal
Auxiliar Enfermería
Trabajadora Social
Inspector de Saneamiento ambiental
Maestros Rurales
Promotores de Salud
Miembros del comité de Salud



CLUB DE DEPORTES
CLUB JUVENIL
MAESTROS

COMADRONAS

Actividades del Centro de Salud San José Nacahuil

AUTORIDADES

CLUB DE MADRES
COMITE DE DEPORTES
PROMOTORES

VII) EVALUACION DE LOS PROGRAMAS:

La parte principal de todo programa, es la evaluación del mismo, de modo que nos permite tener idea de su efectividad, y a la vez es un indicador de cambio.

Se puede realizar bajo dos puntos de vista importantes, la evaluación interna y la evaluación externa.

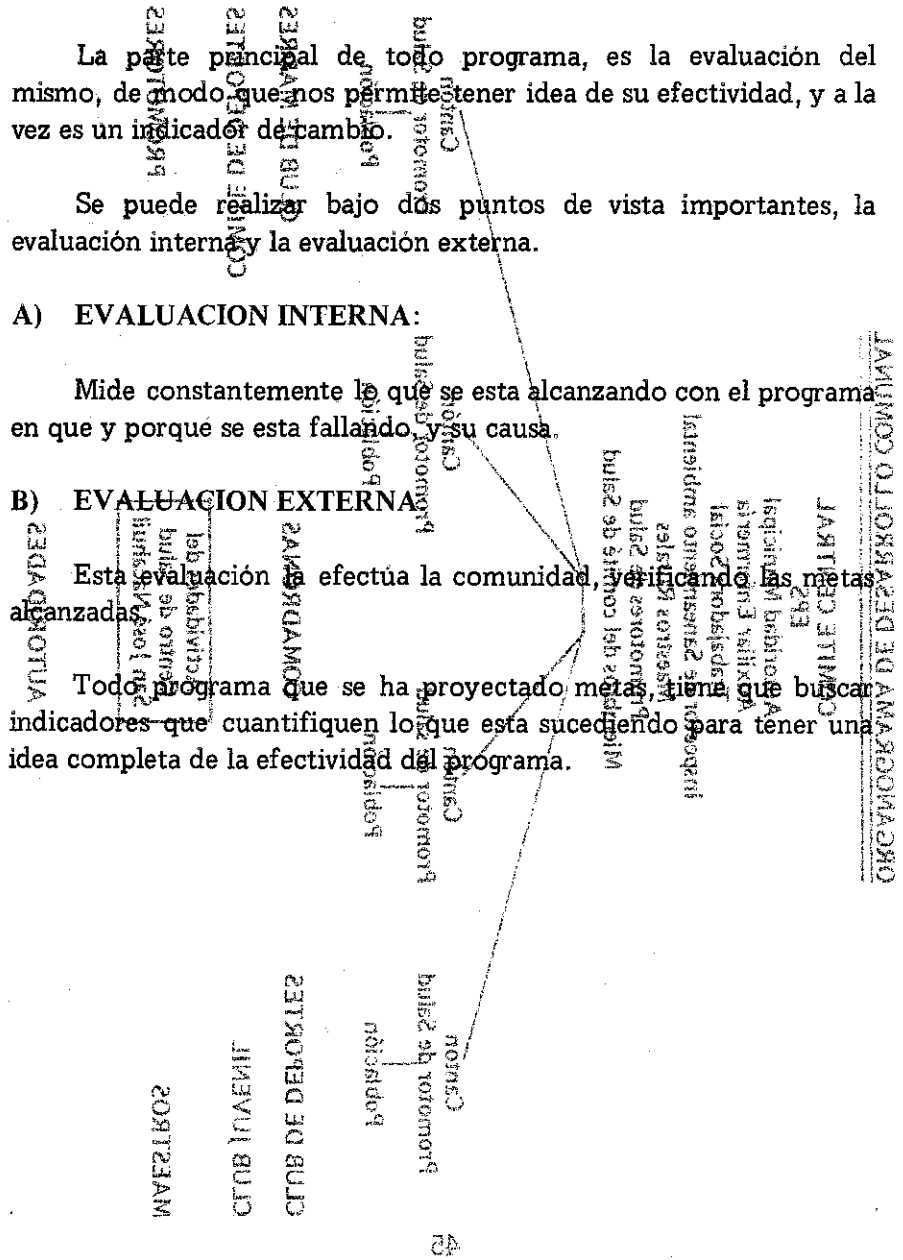
A) EVALUACION INTERNA:

Mide constantemente lo que se esta alcanzando con el programa en que y porque se esta fallando, y su causa.

B) EVALUACION EXTERNA:

Esta evaluación la efectúa la comunidad, verificando las metas alcanzadas.

Todo programa que se ha proyectado metas, tiene que buscar indicadores que cuantifiquen lo que esta sucediendo para tener una idea completa de la efectividad del programa.



EVALUACION DE SUB PROGRAMA MATERNO

PMI	METAS	INDICADORES
1	Atender el 100 o/o de las embarazadas del area urbana.	o/o de embarazadas que son atendidas mensualmente. para nuestra comunidad son 153 embarazos esperados para 1976, lo que significa la atención que se atenderá por mes = 8.49 o/o.
2	Detección temprana del embarazo. Antes del 5o. mes.	Medir el incremento mensual de pacientes captadas antes del 5o. mes.
3	Detectar el embarazo de alto riesgo para su referencia a nivel hospitalario (20 o/o) 30 embarazadas de alto riesgo.	Se medirá por medio de la referencia hospitalaria de estas pacientes.
4	Proporcionar a toda embarazada 5 consultas prenatales y una post natal. 918 consultas.	Se medirá a través del control clínico de las pacientes.
5	Efectuar a cada embarazada un examen de orina, VDRL, HB Y PAPANICOLAU. 765 exámenes.	Se medirá por la cantidad de exámenes mensuales. 63 por mes como meta.

PMI	METAS	INDICADORES
6	Proporcionar a cada embarazada suplemento nutricional: Leche 3 libras por mes; Incaparina 2 libras por mes; Soya 2 libras por mes; CBS 2 libras por mes. Un total de 11 libras de suplemento opor embarazada. 1,683 libras.	Se medirá por el número de embarazadas que logren mejorar su peso.
7	Hacer dos visitas a domicilio a cada embarazada de alto riesgo (20 o/o) = 30 un total de 60 visitas.	Se medirá por el número de visitas efectuadas a traves de la enfermera auxiliar.
8	Adiestrar comadronas empíricas tradicionales.	Se medirá por el número que asisten a las actividades de adiestramiento.

EVALUACION DEL SUB PROGRAMA DE ATENCION INFANTIL

A) 0-1 año

P. Inf.	METAS	INDICADORES
1	Atención del 100 o/o de niños de 0-1 año area urbana. Total 107.	Se medirá por el o/o de niños de 0-1 año atendidos por mes. 9 niños por mes como meta.
2	Proporcionar a los menores de un año, cinco consultas por año. Total 535 consultas.	Se medirá a traves del control mensual de pacientes. Total 44 consultas como meta.
3	B) 1-4 años	
1	Atender al 100 o/o de niños 1-4 años area urbana. Total 433	Se medirá por el porcentaje de niños atendidos po r mes. 36 pacientes por mes como meta.
2	Proporcionar a los niños de 1-4 años dos consultas anuales por niño sano. Total 866 consultas.	Se medirá por el número de pacientes mensuales. 72 por mes como meta.
3	Detectar niños de alto riesgo para su referencia hospitalaria (10 o/o)-86.	Se medirá por medio de las referencias hospitalarias al centro de salud. Tot. 32 como meta.

P.inf.	METAS	INDICADORES
4	Proporcionar a cada niño de 1-4 años suplemento alimenticio así: incaparina 2 libras por mes; bulbur 2 libras por mes, soya 2 libras por mes, CBS 2 libras por mes, leche 3 libras por mes. Total: 14,124 lbs. anuales.	Se medirá por el o/o de aumento de peso.
5	Efectuar a cada niño de 1-4 años exm. heces y HB (1). Total 214 exámenes.	Se medirá por la cantidad de examenes mensuales.
6	Efectuar dos visitas a domicilio a cada niño de alto riesgo. Total 20.	Se medirá por el número de visitas realizadas.

EVALUACION DEL PROGRAMA DE INMUNIZACION

P.inm.	METAS1	INDICADORES
1	Proteger mediante inmunización al 100 o/o niños urbanos susceptibles (DPT polio, sarampión y BCG) 870 dosis.	Se medirá por el número de niños vacunados por mes.
2	Proteger al 80 o/o de niños rurales susceptibles a dichas enfermedades.	Se medirá por el número de niños vacunados por mes.
3	Reforzar al 100 o/o de niños urbanos nacidos en 1975 con dos refuerzos (DPT, polio). Total 290 dosis.	Se medirá por el número de niños reforzados por mes. 12 niños por mes.
4	Reforzar el 80 o/o de niños rurales.	Se medirá por el número de niños reforzados por mes.
5	Determinar el porcentaje de niños afectados por problemas susceptibles de inmunización. (Que no sean las anteriores), y programar su atención.	Se medirá el número de niños por mes.

EVALUACION DEL PROGRAMA DE ATENCION MEDICA GENERAL

PAMG.	METAS	INDICADORES
1	Proporcionar dos consultas por morbilidad a los casos esperados para 1976. Incremento de 10 o/o sobre el año anterior. Total 2,734 consultas.	Se medirá a traves de la cantidad de consultas mensuales. Total 227 consultas como meta mensual.
2	A pacientes de alto riesgo se referiran a nivel hospitalario. Total 136.	Se medirá por el número de referencias hospitalarias al centro de salud. Total 136.

EVALUACION DE PROGRAMA DE ORGANIZACION COMUNAL

Se evaluará por el cumplimiento de los programas establecidos, lo cual incidirá directamente sobre la disminución de las tasas de morb-mortalidad.

RECOMENDACIONES

I. Dadas las condiciones del grupo materno infantil y la precaridad de los recursos que actualmente cuenta el Ministerio de Salud Pública, es recomendable que las autoridades utilicen los programas elaborados por los estudiantes de último año de Medicina en E. P. S., pues ofrecen normas de trabajo que permiten que esos recursos se conviertan en actividades con las que puede lograrse mejoras en el nivel de salud de la población rural.

II. Para lograr las metas de beneficio social de las que tanto se propugna, es necesario que los servicios de salud del área rural sean mejor atendidos en cuanto a sus recursos humanos, terapéuticos y de equipo.

III. Deberá efectuarse una interrelación mas estrecha entre los servicios de salud y la facultad de Medicina, pues es allí, donde existe la grieta que no permite una planificación adecuada de los Programas Sanitarios.

Br. Edwin Cifuentes P.

Dr. Carlos Walheim
Asesor

Dr. Rodolfo Pérez C.
Revisor

Dr. Julio de León
Director de Fase III

Vo. Bo.
Dr. Mareano Guerrero Rojas
Secretario

Dr. Carlos Armando Soto
Decano