

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ANALISIS DE LA SITUACION DEL
GRUPO MATERNO-INFANTIL Y ELABORACION DE UN
PROGRAMA DE SALUD PARA EL MUNICIPIO DE
LA UNION, ZACAPA, 1975 - 1980"

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

por

VICTOR ENRIQUE ESTEVEZ ARRAZOLA

Al conferírsele el título de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Mayo de 1976

PLAN DE TESIS

	Página
I.- HIPOTESIS	1
II.- INTRODUCCION	2
III.- OBJETIVOS	4
IV.- MATERIAL Y METODOS	5
V.- ETAPAS DEL TRABAJO	9
VI.- DESARROLLO Y RESULTADOS DEL TRABAJO	11
VII.- CONCLUSIONES	127
VIII.- RECOMENDACIONES	129
IX.- BIBLIOGRAFIA	131
X.- ANEXO	133

I HIPOTESIS

"El nivel de salud de las poblaciones de municipios de 2a. a 4a. categorías, puede mejorarse mediante la racionalización en el uso de los recursos disponibles para atender a los grupos en mayor riesgo de enfermar y morir".

"Los personajes médicos naturales que hasta hoy han atendido el grueso de los problemas de la población rural, poseen conocimientos y habilidades aprovechables para la ejecución de programas de salud, si actúan como complemento de los recursos formales de los servicios de salud en ese nivel, e incorporarlos a ellos".

INTRODUCCION

El bajo nivel de salud que sufre la población de Guatemala, especialmente en sus áreas rurales y aún en sus cabeceras municipales, es debido, y esto en gran parte, por el escaso desarrollo y en muchos casos la ausencia, de recursos de salud en ese nivel.

Por otro lado, como los recursos de salud se han concentrado en las áreas urbanas, la población del medio rural sigue utilizando las diversas formas de atención a los problemas de salud, las cuales han sido utilizadas desde mucho tiempo antes, como por ejemplo tenemos el trabajo que desarrollan las comadronas empíricas en el aspecto de la atención materna y aún en parte de la infantil, así también cabe mencionar la actividad de personajes que debido a la necesidad de estas regiones, de satisfacer sus problemas de salud, van a ocasionar que estos lugares tomen una actitud casi de recelo respecto a individuos con conocimientos científicos de salud y avances modernos, léase; médico y medicina moderna.

Es así como personajes tales como Brujos, Curanderos, Recogedoras o "Pepenadoras" ("Subespecialidad" entre las comadronas empíricas, componedores de huesos, Sobadores y otras "Especialistas", tienen el campo abierto y una participación activa en los problemas de salud de las comunidades rurales.

Si a eso se suma la escasa o nula comprensión del personal de los servicios de salud, respecto al problema Salud

enfermedad en el área rural, y las practicas que estas áreas utilizan para satisfacer esta ingente necesidad, el problema es mayor, ya que si bien en algunos no se provoca el rechazo, si se llega a un grado de indiferencia respecto a las acciones que pueda proporcionar un servicio local de salud.

Este problema se ha ido tratando de resolver y se ha logrado ya alguna mejora, mediante el trabajo con la población organizada, proyectándose los servicios también en el campo de la enseñanza y el adiestramiento, lográndose así la participación de la comunidad para tratar de resolver sus propios problemas, mediante su participación en programas de salud diseñados bajo patrones que surgen de sus propias necesidades.

Por base en lo anterior, se concluye que los servicios de salud, para lograr un impacto que sea bien recibido por la población rural, debe trabajar con programas diseñados de acuerdo a las características de cada comunidad, valiéndose para ello del aprovechamiento de su Personal Nacional de Salud, (Comadronas, brujos, curanderos, sobador, masajadoras, componedor de huesos, etc.-)

Por lo tanto, en este trabajo trataré de probar la veracidad o falsedad de las hipótesis planteadas.

III OBJETIVOS

A.- GENERALES:

- 1.- Contribuir en forma objetiva al conocimiento de los problemas de salud del país.
- 2.- Ayudar a la planificación de proyectos realistas encaminados a resolver los problemas de salud en el país.
- 3.- Relacionar la problemática local con la realidad nacional.
- 4.- Aceptar o rechazar las hipótesis planteadas.

B.- ESPECIFICOS:

- 1.- Lograr un uso más racionalizado de los recursos disponibles de salud a nivel local.
- 2.- Relacionar los recursos disponibles locales con los recursos disponibles a nivel nacional.
- 3.- Presentar un programa de atención en salud desarrollado con datos locales y con los recursos reales con que se cuenta.
- 4.- Relacionar este programa con programas a nivel nacional.

IV MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

- 1.- Recursos humanos responsables directos de los Centros de Salud Tipo "C".-
 - Estudiantes de Medicina en E.P.S.
 - Auxiliares de Enfermería
 - Técnicos en Salud Rural (T.S.R.)
 - Voluntarios

- 2.- Recursos humanos con funciones de Dirección y Supervisión sobre el personal de los Centros de Salud Tipo "C".-
 - Jefes de Area
 - Médicos de UAMAS
 - Enfermera Profesional
 - Trabajadores Sociales
 - Conductores de Vehículos

- 3.- Recursos humanos de Salud "Naturales" de la comunidad.-
 - Comadronas Empíricas
 - Curanderos
 - Brujos
 - Sobadores
 - Compondores de huesos, etc.
 - Farmacéuticos

4.- Recursos Físicos.-

- Edificios
- Equipo Médico-Quirúrgico
- Equipo de Oficina
- Transporte

5.- Medicamentos y materiales médico-quirúrgicos, sanitario y otros.-

6.- Recursos Presupuestarios.-

7.- Recursos aportados por la comunidad.-

8.- Normas y Procedimientos de trabajo aportados por la Facultad de Medicina y asesoramiento del Supervisor-Doctor Fernando Rendón (Protocolo, Material Didáctico, etc.)

MÉTODOS:

- 1.- Los recursos humanos formales se estudiaron mediante un recuento y análisis de su distribución en distintas actividades, en términos de horas asignadas a las mismas, su participación en instrumentos de trabajo, los costos de dicha participación, el rendimiento alcanzado por cada instrumento, y la asignación de éstos a distintos daños.
- 2.- Los recursos humanos de "salud Naturales", se estudiaron mediante encuestas para determinar:

a.- Las categorías, el número de elementos en cada categoría, su distribución geográfica y su prestigio a nivel de la comunidad.

b.- Los conocimientos de los elementos de cada categoría, las bases científicas de los conocimientos, normas y procedimientos de aplicación del conocimiento.

c.- El proceso formativo de las distintas categorías y los años de experiencia media de los elementos de cada categoría.

d.- La amplitud del campo de trabajo de cada categoría.

e.- La incorporación por cada elemento, de conocimientos y prácticas de la medicina moderna; la aplicación de las mismas en la práctica diaria y los mecanismos de captación de esos conocimientos.

f.- El rendimiento anual de cada recurso estudiado.

3.- Los recursos físicos se estudiaron en cuanto a su cantidad, tiempo de uso, depreciación y asignación a distintos programas, actividades o daños.

4.- Los medicamentos y materiales médico-quirúrgicos, sanitarios y otros se estudiaron en cuanto a:

- a.- Tipo
- b.- Utilidad
- c.- Consumo
- d.- Costo

- 5.- Los recursos presupuestarios se estudiaron para establecer su nivel de satisfacción de las necesidades reales y técnicas de los servicios.
- 6.- Los recursos aportados por la comunidad, se estudiaron en cuanto a:
 - a.- Clase o Tipo
 - b.- Cantidad
 - c.- Origen
 - d.- Situación de propiedad
 - e.- Uso
 - f.- Otros
- 7.- Las normas de trabajo y procedimientos, se estudiaron para detectar:
 - a.- Aplicación en las actividades actuales
 - b.- Adecuación a las actividades actuales.

V ETAPAS DEL TRABAJO

A.- ETAPA I:

Incluyó las siguientes actividades:

- 1.- Análisis de los recursos formales, conforme a instrumentos de trabajo diseñados al respecto.
- 2.- Detección, entrevista y clasificación de los recursos médicos naturales, conforme a los instrumentos diseñados para el respecto.
- 3.- Revisión de trabajos de investigación efectuados en la comunidad anteriormente, así como otra información; para actualizar el diagnóstico de la situación de salud local.
- 4.- Elaboración del documento actualizado de diagnóstico de la situación de salud.

B.- ETAPA II:

Se procedió a la formulación de programas de atención médica, fraccionados en los sub-programas Materno, Infantil, Atención Médica General, Inmunizaciones, Planificación Familiar, Adiestramiento, Saneamiento Ambiental.

- 1.- Elaboración de un programa de Atención Médica para la población urbana, con criterio de cobertura

ra no menores del 80%, en base a los recursos disponibles.

- 2.- Elaboración de un programa de Atención Médica para la población urbana, con criterio de cobertura no menores del 80%, en base a las necesidades de la población.
- 3.- Como un complemento se elaboró una proyección de necesidades de recurso para atender la demanda de atención de morbilidad para cinco años, a partir de 1976.

El presente trabajo se desarrolló en el período comprendido entre el 1o. de Agosto de 1975 al 31 de Enero de 1975 en el municipio de LA UNION, del departamento de ZACAPA.

VI

DESARROLLO Y RESULTADOS DEL TRABAJO

DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

La Unión, Municipio del departamento de Zacapa; Municipalidad de 3a. categoría. Extensión territorial aproximada: 211 Kms.²

Colinda al Norte con Zacapa y Gualán (Zacapa); al Este con la república de Honduras; al Sur con Camotán y Jocotán (Chiquimula); al Oeste con Zacapa.

La cabecera municipal está aproximadamente a 1,100 mts. sobre el nivel del mar. Latitud 14°57'54"; Longitud 89°17'24".

La principal vía de comunicación es la carretera departamental Zacapa No. 5, que tiene aproximadamente 31 kms. a la cabecera municipal de Gualán.

De Gualán hay aproximadamente 2 kms. por una carretera que entronca con la Ruta al Atlántico CA-9.

De Gualán a la cabecera departamental Zacapa; sobre la Ruta Nacional No. 20, hay unos 38 kms.

La Unión tiene también caminos de herradura y veredas, que unen a sus poblados entre sí y con los municipios vecinos.

El 3 de febrero de 1904, se erigió en municipio en el lugar llamado Monte Oscuro; y el 2 de julio del mismo año de 1904 el municipio tomó el nombre de Estrada Cabrera (entonces perteneciendo al departamento de Chiquimula); y por Acuerdo Gubernativo, el 9 de marzo de 1907 pasó a ser de la jurisdicción departamental de Zacapa.

Derrocado el gobierno de Estrada Cabrera, el 3 de mayo de 1920, por Acuerdo, se le dio nuevamente el nombre de La Unión.

El 4 de junio de 1949 (época del gobierno de Arévalo), abrió al servicio público una oficina de correos y telecomunicaciones de tercera categoría.

La principal riqueza del municipio la constituyen sus valiosas fincas en las que se siembra café; contando además con una industria maderera, que está en vías de explotación.

Sus habitantes se dedican además a la siembra de maíz y frijol, cultivándose también en su suelo, muy deliciosas naranjas.

La fiesta titular, del Hermano Pedro, se celebra del 23 al 25 de abril.

La religión predominante es la católica, aunque existe un buen número de protestantes.

Cuenta el municipio con un pueblo, 20 aldeas y 15 caseríos.

Tiene los ríos La Jigua, Pexjá, Xurulín, Guaranjá, Carí, Agua Fría, Pacayalito, Naranjo y Timushan; más varias quebradas.

Se le ven los cerros Amargal y Pelón.

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD

CUADRO No. 1

POBLACION POR GRUPOS ETARIOS PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1975 a 1980, MUNICIPIO DE LA UNION, ZACAPA

Edades	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Menores de 1 año	506	519	533	547	562	577
1 a 5 años	1946	1998	2052	2107	2165	2223
6 a 14 años	3615	3712	3811	3914	4019	4127
15 a 44 años	4804	4931	5011	5200	5341	5483
45 a 64 años	1298	1298	1332	1368	1405	1443
65 y más años	506	519	533	547	562	577
TOTALES	12641	12977	13324	13683	14054	14430

FUENTE: UNIDAD DE PLANIFICACION Y ESTADISTICA, MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

PRINCIPALES TASAS ESTADISTICAS EN EL MUNICIPIO DE LA UNION, ZACAPA AÑO 1975.

Número de Nacidos Vivos en el año

$$\text{Tasa de Natalidad} = \frac{\text{Número de Nacidos Vivos en el año}}{\text{Población total en el año}} \times 1,000$$

$$\frac{554}{12,641} \times 1,000 = 43.87 \times 1,000$$

$$\text{Tasa de Mortalidad} = \frac{\text{Número de Muertes en el año}}{\text{Población total en el año}} \times 1,000$$

$$\frac{159}{12,641} \times 1,000 = 12.57 \times 1,000$$

$$\text{Tasa de Fecundidad} = \frac{\text{Nacidos Vivos en el año}}{\text{Mujeres de 15-44 años}} \times 1,000$$

$$\frac{554}{2,520} \times 1,000 = 219.8 \times 1,000$$

$$\text{Tasa de Crecimiento Vegetativo} = \text{Tasa de Natalidad} - \text{Tasa de Mortalidad}$$

$$143.82 - 12.57 = 31.25 \times 1,000$$

$$\text{Embarazos Esperados} = 5\% \text{ de la Población Total}$$

$$\begin{aligned} \text{Población Total} &= 12,641 \\ \text{Embarazos Esperados} &= 632 \end{aligned}$$

$$\text{Abortos Esperados} = 10\% \text{ de los Embarazos Esperados}$$

$$\begin{aligned} \text{Embarazos Esperados} &= 632 \\ \text{Abortos Esperados} &= 63.20 \end{aligned}$$

$$\text{Partos Esperados} = \text{Embarazos Esperados} - \text{Abortos Esperados}$$

$$\begin{aligned} &632 && 63 \end{aligned}$$

$$\text{Partos Esperados} = 569$$

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR LOCALIDADES

a.- Comunidades con 500 a 1,000 habitantes

Cabecera Municipal	Habitantes	603	Viviendas	167
Aldea Tasharté	"	532	"	134
		<u>1135</u>		<u>301</u>

b.- Comunidades con menos de 500 habitantes

Lampocoy	Habitantes	498	Viviendas	130
Campanario	"	488	"	122
Cumbre Alta	"	461	"	108
Tres Pinos	"	452	"	113
Corozal	"	450	"	116
Capucal	"	411	"	122
Carí	"	408	"	102
Taguayní	"	406	"	113
La Jigua	"	342	"	90
Peshjá	"	261	"	59
Agua Fría	"	228	"	57
Peña Blanca	"	220	"	54
Timushán	"	216	"	54
Pacayalito	"	188	"	47
Joconal	"	143	"	37
Guaranjá	"	139	"	50
Veguitas	"	132	"	33
El Sauce	"	92	"	23
Roblaron	"	62	"	16
La Laguna	"	56	"	13
Roblarcito	"	14	"	8
		<u>5667</u>		<u>1567</u>

TOTALES

6802

1868

FACTORES CONDICIONANTES

Información referente al medio

A.- VIVIENDA

Total de habitantes en el distrito	6802
Total de viviendas en el distrito	1868
Promedio de habitantes por vivienda	3.6
Viviendas abastecidas de agua potable	167
Viviendas sin abastecimiento de agua	1701
Viviendas con servicios sanitarios	167
Viviendas sin servicios sanitarios	1701
Viviendas no servidas por tren de aseo	1868

B.- COMERCIOS

Número de comercios registrados	55
---------------------------------	----

C.- SERVICIOS PUBLICOS

Servicios públicos existentes	7
-------------------------------	---

Centro de Salud Tipo "C"

Municipalidad

Instituto Prevocacional

Cooperativa de Ahorro, Crédito y Consumo

Destacamento Policía Nacional

Destacamento Militar

Correos y Telecomunicaciones

D.- INSTRUCCION

Población en edad escolar 10,189
Alumnos no matriculados 8,949

Población Escolar y Escuelas:

Cabecera Municipal	1 Grados: De 1º a 6º	Alumnos: 198
Cabecera Municipal	1 Prevo: De 1º a 3º	Alumnos: 85
Tasharté	1 Grados: De 1º a 5º	Alumnos: 102
Lampocoy	1 Grados: De 1º a 6º	Alumnos: 98
Tres Pinos	1 Grados: De 1º a 6º	Alumnos: 85
Campanario	1 Grados: De 1º a 6º	Alumnos: 83
Agua Fría	1 Grados: De 1º a 6º	Alumnos: 59
Taguayñí	1 Grados: De 1º a 6º	Alumnos: 57
Carí	1 Grados: De 1º a 4º	Alumnos: 56
La Laguna	1 Grados: De 1º a 5º	Alumnos: 56
La Jigua	1 Grados: De 1º a 4º	Alumnos: 49
Peshjá	1 Grados: De 1º a 4º	Alumnos: 48
Guaranjá	1 Grados: De 1º a 5º	Alumnos: 45
Timushán	1 Grados: De 1º a 5º	Alumnos: 39
Cumbre Alta	1 Grados: De 1º a 2º	Alumnos: 38
Corozal	1 Grados: De 1º a 4º	Alumnos: 36
Capucal	1 Grados: De 1º a 3º	Alumnos: 32
Jocondal	1 Grados: 1º	Alumnos: 32
Roblarcito	1 Grados: De 1º a 6º	Alumnos: 25
TOTAL	18 Primarias	1223
	1 Prevocacional	

E.- MORTALIDAD

CUADRO No. 2

10 PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE (POBLACION GENERAL AÑO 1975, MUNICIPIO DE LA UNION, ZACAPÁ)

CODI GO	CAUSAS	NUME RO	PORCEN TAJE
43	Enf. mal Clasificadas	42	35.59
37	Desnutrición Prot.-Cal.	25	21.19
30	Bronconeumonía	17	14.40
03	Gastroenterocolitis Aguda	17	14.40
31	Infección Respiratoria Sup.	3	2.54
48	Lesiones por armas de fuego	2	1.70
27	Insuficiencia Cardíaca	2	1.70
16	Septicemia	1	0.85
16	Erisipela	1	0.85
25	Hipertensión Arterial	1	0.85
44	Resto de Causas	7	5.93
TOTAL		118	100.00

FUENTE: LIBRO DE DEFUNCIONES, REGISTRO CIVIL - DEL MUNICIPIO DE LA UNION, ZACAPÁ

F.- MORBILIDAD

CUADRO No. 3

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA (POBLACION GENERAL), AÑO 1975, CENTRO DE SALUD TIPO "C", MUNICIPIO DE LA UNION, ZACAPA

CAUSAS	NUMERO	PORCENTAJE
1.- Gastroenterocolitis Aguda	173	34.6
2.- Infección Respiratoria Sup.	88	17.6
3.- Bronconeumonía	87	17.4
4.- Embarazos	34	6.8
5.- Bronquitis	30	6.0
6.- Enfermedad Acido-Péptica	14	2.8
7.- Heridas - Traumatismos	13	2.6
8.- Conjuntivitis	10	2.0
9.- Impétigo	8	1.6
10.- Artritis Reumatoidea	8	1.6
11.- Resto de Causas	35	7.0
TOTALES	500	100.0

FUENTE: REGISTROS CLINICOS E INFORMES MENSUALES DEL CENTRO DE SALUD TIPO "C", MUNICIPIO DE LA UNION, ZACAPA

COMENTARIO

- 1.- La población del municipio de La Unión, es en su mayoría, rural; eminentemente agrícola; la gran mayoría no posee tierras propias; habita en instalaciones que carecen de los servicios mínimos necesarios de instalaciones y protección para una vivienda sanitaria; gran parte de la misma es analfabeta y de ingresos económicos bajos.-
- 2.- Existe en esta región una alta mortalidad, principalmente entre el grupo infantil, siendo las principales causas de defunción las enfermedades gastrointestinales y pulmonares de origen infeccioso.-
- 3.- La desnutrición juega un papel importante como causa básica de muerte, ya que predispone a las personas a fallecer por enfermedades, principalmente de origen infeccioso, las que en personas bien nutridas no revisitan de mucha gravedad. Constituye un grado bajo como causa directa de muerte.
- 4.- Los datos que se encuentran en el Registro Civil acerca de los diagnósticos de defunción, no son fuente adecuada para conocer la patología de la población, ya que en su totalidad son dados por personas que no tienen la suficiente preparación para desempeñar tal función.
- 5.- El ambiente se presenta propicio, al igual que su nivel educacional, para la fácil proliferación y desimulación de las enfermedades infecciosas y parasitarias.

6.- Existe en la región un grado bajo de migración, ya que en la misma existe suficiente trabajo para sus habitantes, y además presenta pocos incentivos para los habitantes de otras regiones.-

CUADRO No. 4

ANÁLISIS DE LOS RECURSOS FORMALES

Análisis de Recursos humanos institucionales según tiempo contratado al año; costo, hora y distribución en actividades o programas

CARGO	HORAS		SUELDO		COSTO hora/año	DISTRIBUCION DE TIEMPO EN ACTIVIDADES									
	Día	Año	Mes	Año		Con- sulta	Vi- sita	Vacu- nación	Investi- gación	Hipodermia curación	Adminis- tración	Organiz. comunal			
MEDICO EN E.P.S.	8	2000	165	1980	1.98	500		28	360		52	60			
AUXILIAR DE ENFERMERIA	8	2000	130	1560	0.78		162	28	200	550		60			
PILOTO* DE AMBULANCIA	8	2000	30	360	0.18	T	R	A	N	S	P	O	R	T	E

NOTA: *El piloto de Ambulancia recibe su salario de parte de la Municipalidad local.

Para hacer este análisis se procedió de la siguiente manera:

- 1.- Se asumió que los cargos del tiempo completo de 8 horas diarias, significan (quitando vacaciones, feriados y permisos) 2000 horas anuales de trabajo efectivo y 48 semanas de 44 horas c/u.-
- 2.- Los 2 estudiantes en E.P.S. que trabajaron en 1975 - equivalen a 2000 horas contratadas (1000 horas c/u). En este año solamente existió 1 E.P.S. en permanencia en este Centro, durante el segundo semestre.-
- 3.- El salario anual corresponde a la suma de los 12 salarios nominales disponibles por cargo (salario completo, sin excluir los descuentos).-
- 4.- Costo hora/año de cada cargo, se obtuvo dividiendo - el salario anual entre el número de horas anuales disponibles.-
- 5.- La distribución del tiempo en las distintas actividades, se obtuvo:
 - a) Por investigación de los horarios calendario de trabajo que hubieren operado en 1974 o en el 1er. semestre de 1975.-
 - b) Por entrevista con los funcionarios que trabajaron durante el período y aún permanezcan en sus cargos.
 - c) Por búsqueda de información a nivel del Area de

Salud (con Médicos UAMAS, Sub-Jefe de Area, Enfermera Jefe de Area, etc.)

- d) Por observación personal de como se trabaja actualmente.-
 - e) Por entrevista de los E.P.S. antecesores, para determinar tiempo utilizado en investigación.
- 6.- El Número de horas asignadas a cada actividad por año, se obtuvo multiplicando el número de horas semanales calendarizadas para cada actividad multiplicadas por 48 (semanas anuales).-

7.- Las distintas actividades se definieron así:

a) ACTIVIDAD CONSULTA -

Para el médico E.P.S.: El Número de horas semanales calendarizadas para atender pacientes en las distintas clínicas (tanto en el Centro de Salud Tipo "C", como en otros Puestos de Salud bajo su jurisdicción multiplicadas por 48 semanas.

Para la Auxiliar de Enfermería: El Número de horas calendarizadas para atender preconsulta (datos generales, signos vitales, etc.) y post-consulta (entrega de medicinas, interpretación de órdenes médicas, educación en salud, anotación de fechas de reconsulta, etc.), multiplicadas por 48 semanas.

b) ACTIVIDAD VISITA

Para la Auxiliar de Enfermería: Número de horas semanales calendarizadas para visita de familias o personas a domicilio, multiplicadas por 48 semanas.

c) ACTIVIDAD VACUNACION

Para el médico E.P.S.: Número de horas año destinadas a la programación y ejecución de la campaña de vacunación.-

Para la Auxiliar de Enfermería: Número de horas dedicadas o calendarizadas para la programación y ejecución de la campaña y el tiempo destinado a vacunar niños en el Centro de Salud, según indicación médica.-

d) ACTIVIDAD INVESTIGACION

Para el Médico E.P.S.: Tiempo dedicado (1er. semestre 1975) por el médico E.P.S. para realizar su investigación, multiplicando por 2.

Para la Auxiliar de Enfermería: Tiempo mensual dedicado a la recolección de datos de nacimientos y defunciones, multiplicado por 12 meses, más el tiempo utilizado en ayudar al E.P.S. en aspectos de investigación.-

e) ACTIVIDAD HIPODERMIA Y CURACIONES

Para la Auxiliar de Enfermería: Tiempo semanal

calendarizado para estas labores, multiplicado por 48 semanas.-

f) ACTIVIDAD ADMINISTRACION

El tiempo anual calendarizado, utilizado o estimado en: Recibir supervisión; en atender y asistir a reuniones convocadas por la Jefatura de Area; elaborar informes de trabajo; discutir problemas con el personal; hacer pedidos y gestiones, tramitar expedientes, informes médico-legales, etc.-

g) ACTIVIDAD ORGANIZACION COMUNAL

Tiempo anual calendarizado o utilizado en reuniones con Autoridades; grupos; Clubes; Organización de Trabajo Comunal (eventos deportivos, rifas, otras actividades destinadas a lograr la participación de la colectividad en las acciones de salud).-

b.- Análisis de recursos físicos: Edificio y Equipo Médico-Quirúrgico y de oficina

Se definen como recursos físicos (Edificios, equipo médico-quirúrgico y de oficina), todos aquellos elementos de trabajo, de larga duración, que se deterioran con el uso, que no se destruyen por el mismo uso y que deben estar inventariados como no fungibles.-

Dependiendo del tipo de recurso, tienen distinta duración útil; por ejemplo no dura lo mismo una pinza hemostática que un edificio; y el precio de cada recurso disminuye

ye anualmente y proporcionalmente al tiempo útil que se le asigne.-

Para obtener la información se procedió a efectuar:

- a.- Inventario de las existencias
- b.- Determinación del precio del inventario de cada artículo, para lo cual se consultó el Inventario del Centro de Salud o las notas de envío del mismo.
- c.- Determinación del tiempo en servicio, para lo cual se procedió de la misma manera que la anterior.-
- d.- Determinación del precio actual por depreciación; para lo cual se dividió el precio de inventario entre el número de años de duración estimada, y el resultado se multiplicó por el número de años en servicio. Si los años de servicio fueran superiores a la duración estimada; se le adjudicarían el precio mínimo (dividir el precio de inventario entre la duración estimada).-
- e.- La determinación del grado de uso se hizo así:

Uso Máximo = Cuando el recurso es utilizado constantemente y a diario.-

Uso Mediado = Cuando el recurso es utilizado periódicamente, pero no a diario.-

Uso Mínimo = Cuando el recurso es utilizado eventualmente.-

- f.- Deficit Estimado; consistió en anotar cuantas uni-

dades de cada recurso se necesitan, de acuerdo con la experiencia propia en el centro, así como la del demás personal; de acuerdo también a las características de la demanda de atención. Cuando se consideró necesario cierto tipo de recurso no existente, este se consignó en la columna "Recurso" y el número de unidades en la columna "Déficit estimado".-

- f.- Régimen de propiedad; se anotó si pertenecía al Ministerio de Salud Pública o bien si fuera propiedad de otra institución, se consignó el nombre de la misma y en qué condición se encontraba:

Préstamo
Usufructo vitalicio
Donación

Análisis de medicinas y material médico-quirúrgico y de oficina

Se clasificó como MEDICINA, todo producto con reconocida acción terapéutica; al aplicarse por vía oral, parenteral u otra; y siempre que se tenga conocimiento aceptable de su acción farmacológica, indicaciones y contraindicaciones.-

MATERIAL MEDICO-QUIRURGICO: a todo el elemento de distinta clase y naturaleza, necesario para la administración de medicamentos, realización de procedimientos médico-quirúrgicos, curaciones, etc.- Generalmente podemos mencionar: Jeringas hipodérmicas, gasa, algodón,

alcohol, antisépticos, vendas, campos quirúrgicos, sábanas, toallas, etc.

MATERIAL DE OFICINA: a todo elemento necesario en las labores de administración y mantenimiento; también es de corta duración y se consume en el momento de su uso; no se tomaron en cuenta las existencias actuales al momento de efectuar inventario de las mismas.

Se procedió a efectuar:

- a.- Revisión de los cuatro últimos documentos de envío.-

- b.- En la columna "NOMBRE DE MEDICINAS Y MATERIALES" del instrumento correspondiente, se enlistaron los recursos enviados clasificados en medicinas y materiales.-

- c.- En las columnas comprendidas en el sector "CANTIDAD RECIBIDA EN CADA TRIMESTRE", se anotó según revisión en el envío de cada elemento consignadas. Las cantidades se consideraron en unidades, las que se definieron según el siguiente esquema:

- 1.- Las tabletas, cápsulas, tubos de ungüentos, jeringas, agujas, etc., constituyen cada una, una unidad. Ejemplo: Las tabletas de Aspirina enviadas en frascos, se anota el número de tabletas contenidas (unidades).-

- 2.- Los frascos de penicilina procaína se anotan

cada uno como una unidad, pero se diferen-
cian según el número de unidades de medica-
mento que contengan; así se anotan a parte
 los frascos de 400,000 y los de 4,000,000 u.-
 El mismo criterio se usó para cápsulas o medi-
camentos con distinta concentración.-

3.- Los medicamentos líquidos, sólidos, enviados
 a granel, se consignaron según las cantidades
 y los envases utilizados, así; un galón de po-
ción antidiarreica es una unidad; una libra
 de algodón, es una unidad; una pieza de ga-
sa, es una unidad.-

d.- El costo unitario promedio se obtuvo sumando los
costos unitarios consignados en cada envío y divi-
diendo el resultado entre el número de costos uni-
tarios.-

e.- Las existencias actuales se obtuvieron por inven-
tario de las existencias. 30 de diciembre de 1975.

ANALISIS DE RECURSOS FISICOS

CUADRO No. 5
 RECURSOS FISICOS, CENTRO DE SALUD TIPO "C", -
 MUNICIPIO DE LA UNION, ZACAPA.- PRECIO DE IN-
 VENTARIO Y DEPRECIACION

RECURSO	PRECIO UNITARIO	PRECIO ACTUAL
Edificio	Q. 11,000.00	Q. 11,000.00
Vehículo	Q. 4,103.53	Q. 328.28
Equipo Médico	Q. 552.06	Q. 262.03
Equipo de Oficina	Q. 10.00	Q. 2.50
TOTAL	Q. 15,664.59	Q. 11,593.81

CUADRO No. 6

REGIMEN DE PROPIEDAD, RECURSOS FISICOS DEL CENTRO DE SALUD TIPO "C" DEL MUNICIPIO DE LA UNION, ZACAPA; AÑO 1975

RECURSO	REGIMEN DE PROPIEDAD
Edificio	Municipal (Plan Tripartito)
Vehículo	Ministerio de Salud Pública y A.S.
Equipo Médico Quirúrgico	Ministerio de Salud Pública y A.S.
Equipo de Oficina	Ministerio de Salud Pública y A.S.

CUADRO No. 7

ANALISIS DE MEDICAMENTOS, MATERIAL MEDICO-QUIRURGICO Y DE OFICINA DEL CENTRO DE SALUD TIPO "C", MUNICIPIO DE LA UNION, ZACAPA; AÑO 1975

	TOTAL PRECIOS CONSIGNADOS
a.- MEDICINA	
1er. Trimestre	Q. 25.25
2do. Trimestre	Q. 159.53
3er. Trimestre	Q. 176.18
4to. Trimestre	Q. 202.98
TOTAL 4 TRIMESTRES	Q. 563.92
b.- MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	
1er. Trimestre	Q. 34.65
2do. Trimestre	Q. 10.48
3er. Trimestre	Q. 40.35
4to. Trimestre	Q. 18.73
TOTAL 4 TRIMESTRES	Q. 104.21
c.- MATERIAL DE OFICINA	
1er. Trimestre	Q. 1.96
2do. Trimestre	Q. 12.14
3er. Trimestre	Q. 10.47
4to. Trimestre	Q. 2.25
TOTAL 4 TRIMESTRES	Q. 26.82
SUMA DE TOTALES	Q. 694.95

COMENTARIO

1.- Cuenta el Centro de Salud tipo "C" del municipio de La Unión, Zacapa, con:

a.- Edificio: Recién construido, siendo puesto en funcionamiento en el mes de octubre de 1975.-

b.- Vehículo: Ambulancia rural, marca Willys, modelo 1967, propiedad del Ministerio de Salud Pública, que se encuentra en regulares condiciones.-

c.- Equipo Médico
Quirúrgico: Escaso, con aproximadamente 6 años en servicio; el mobiliario se encuentra en malas condiciones.-

d.- Personal: 1 Médico - Estudiante de Medicina de último año en práctica de E.P.S.

1 Auxiliar de Enfermería

1 Piloto de Ambulancia - Con salario Municipal.

Tanto el personal como el equipo médico-quirúrgico son escasos; siendo recomendable la habilitación de por lo menos otra plaza de Auxiliar de Enfermería; así como incrementos en el renglón de Equipo.-

El piloto de la ambulancia, no posee plaza fija - depende del Ministerio de Salud Pública, dependencia a donde correspondería, sino que su salario es aporta-

do por la Municipalidad local, lo que conlleva problemas de duplicidad de mando:

Centro de Salud - El vehículo es de Salud Pública
Municipalidad - Proporciona el salario

2.- El envío de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico y de Oficina, dividido en envíos trimestrales -- 4 al año -- por lo regular es escaso y no alcanza a cubrir las necesidades de salud de la población. Se envían cantidades de medicamentos inútiles desde el punto de vista terapéutico, cuando bien razonados los envíos con base en el pedido solicitado por el médico del lugar, se puede contar con material terapéutico adecuado, evitándose el enorme gasto innecesario que se hace con el envío de medicamentos que se utilizan al fin y al cabo "por no haber otra cosa".-

3.- Se gastan inútilmente grandes sumas de dinero en campañas antiparasitarias y en la compra de antidiarréicos, cuando si se contara en cada Centro de Salud o Puesto de Salud con el material y equipo mínimo para medios de diagnóstico complementario (laboratorio); que bien puede efectuar el médico y aún la Auxiliar de Enfermería con una pequeña instrucción al respecto; este gasto innecesario se reduciría, pues se daría tratamiento a quien verdaderamente lo necesitara.-

ANÁLISIS DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD "NATURALES"

Detención, entrevista y clasificación de los recursos -

médicos "Naturales".-

Con el objeto de disponer de elementos de juicio para postular una conducta al respecto y que además constituya una información representativa; se logró detectar 10 recursos "naturales" de salud, todos los cuales corresponden al grupo de Comadronas Empíricas.-

De este grupo detectado, 10 en total; 6 de estas; lo llamaremos Grupo A, no habían recibido charlas o adiestramiento previo; con niveles educativos más bajos que un segundo grupo de 4 elementos, lo llamaremos Grupo B, que si ha tenido algún tipo de la charla o instrucción, previa.-

Estos grupos de comadronas prestan sus servicios en las diferentes aldeas, caseríos del municipio de La Unión, departamento de Zacapa, asimismo en su cabecera municipal.

Fueron detectadas previo a un cursillo de adiestramiento efectuado en el puesto de Salud de la localidad, en el período comprendido entre el 16 al 30 de septiembre de 1975.-

Se utilizó para el efecto un instrumento de trabajo previamente diseñado.

Análisis:

1.- El procedimiento para la recolección de los datos y respuestas solicitadas en el instrumento, se hizo con los elementos detectados y que podían escribir y leer, que respondieran por su propia cuenta y solamente se les aclaraba las dudas sobre las preguntas, sin llegar a tra-

tar de influir en la respuesta; todo tipo de comentario al respecto hubo de abstenerse.-

En aquellas personas que no podían llenar las respuestas por su propia mano, se les fue indicando cada una de las preguntas y las respuestas y las respuestas que daban se anotaban; en aquellas respuestas muy extensas, se procedió a anotar el fondo de la misma.

1.- DATOS GENERALES:

Fueron tabulados para ambos grupos

a.- Nombre:

No fue tabulado

b.- Edad:

CUADRO No. 8

EDAD TABULADA EN INTERVALOS DE 5 AÑOS; RECURSOS HUMANOS DE SALUD "NATURALES"; MUNICIPIO DE LA UNION, ZACAPA, AÑO 1975

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
18 - 22	2	20
23 - 27	1	10
28 - 32	1	10
33 - 37	-	--
38 - 42	-	--
43 - 47	2	20
48 - 52	-	-
53 - 57	2	20
58 - 62	2	20
TOTALES	10	100

Como se puede ver en el cuadro No. 8; tabuladas en intervalos de 5 años; las edades varían de 18 a 59 años para ambos grupos, encontrándose el mayor porcentaje entre las edades comprendidas entre 43 a 62 años; donde se encuentran 6 individuos de los 10 detectados, lo que hace un 60% del número de unidades detectadas.-

La menor edad correspondió a 18 años; mientras que la mayor edad, fue 59 años.-

c.- Sexo:

La totalidad de los recursos Médicos "Naturales" detectados, pertenecen al sexo FEMENINO.-

d.- Residencia Habitual:

CUADRO No. 9

RESIDENCIA HABITUAL, RECURSOS HUMANOS DE SALUD "NATURALES", MUNICIPIO DE LA UNION, ZACAPA, AÑO 1975

ALDEA	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	NUMERO	PORCENTAJE
Tres Pinos	La Unión	Zacapa	2	20
La Unión	La Unión	Zacapa	1	10
Lampocoy	La Unión	Zacapa	1	10
Capucal	La Unión	Zacapa	1	10
Campanario	La Unión	Zacapa	1	10
Carí	La Unión	Zacapa	1	10
Cumbre Alta	La Unión	Zacapa	1	10
Veguitas	La Unión	Zacapa	1	10
Ambulante	Ambulante	Ambulante	1	10
TOTALES			10	100

La totalidad presta sus servicios en el municipio de La Unión, departamento de Zacapa; 8 unidades detectadas o sea el 80% del total, tienen su domicilio en aldeas del municipio; 10% o sea 1 unidad, reside en la cabecera municipal; y el 10% o sea 1 unidad detectada, que no tiene residencia fija, por lo que se le tabula como Ambulante; aunque permanece la mayoría del tiempo en la cabecera municipal y en la aldea Veguitas.-

e.- Tipo de Trabajo en Salud

El 100% lo desarrolla como Comadronas Empíricas; aun que existen recursos humanos "naturales" de salud que desarrollen las otras actividades mencionadas como sobadores, curanderos, componedores de huesos, etc.; lo que sucede fue que fueron detectados, pero se negaron a responder el instrumento.-

f.- Tiempo de Ejercerlo:

CUADRO No. 10

TIEMPO DE PRESTAR SUS SERVICIOS EN SALUD

TIEMPO DE EJERCERLO	NUMERO	PORCENTAJE
0 - 1 años	1	10
2 - 3 años	1	10
4 - 5 años	-	-
6 - 7 años	-	-
8 - 9 años	-	-
10 - 11 años	-	-
12 - 13 años	1	10
14 - 15 años	2	20
16 - 17 años	-	-
18 - 19 años	2	20
20 - 21 años	2	20
22 - 23 años	-	-
24 - 25 años	-	-
26 - 27 años	-	-
28 - 29 años	-	-
30 - 31 años	-	-
32 - 33 años	-	-
34 - 35 años	-	-
36 - 37 años	-	-
38 - 39 años	-	-
40 o más	1	10
TOTALES	10	100

Como se puede observar en el Cuadro No. 10; el tiempo de prestar sus servicios en salud, varía de 0 a 40 años; ya que hubo un elemento con solamente 6 meses de laborar como comadrona empírica; mientras que un elemento lleva ya 40 años de servir como comadrona empírica; siendo así que el menor tiempo es de 6 meses, mientras que el mayor es de 40 años; en esta muestra, el promedio varía entre los 12 a los 21 años de laborar como comadronas empíricas, lo que hace un 60% del total de la muestra.

g.- Número aproximado de personas atendidas en el año:

CUADRO No. 11

CONCENTRACION DE ACTIVIDADES, RECURSOS HUMANOS DE SALUD "NATURALES", MUNICIPIO DE LA UNION, ZACAPA

NUMERO DE PERSONAS ATENDIDAS AL AÑO	NUMERO	PORCENTAJE
1	1	10
2	-	-
3	1	10
4	1	10
5	1	10
6	3	30
7	1	10
8	-	-
9	-	-
10	1	10
11	-	-
12 ó más	1	10
TOTALES	10	100

Se logró detectar que un mayor porcentaje, que corresponde a un 30%, o sean 3 elementos de los 10 detectados; atienden un promedio de 6 pacientes al año; se encontró 1 elemento que atiende de 12 a 20 pacientes al año; así como 1 elemento que solamente atiende una persona por año en promedio.-

II.- CONOCIMIENTOS SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD

Se tabuló en orden decreciente de incidencia de las respuestas obtenidas.-

a.- Grupo Materno:

1.- Con qué enfermedades se puede complicar el Embarazo?

GRUPO A

Náuseas
Dolor de Rabadilla
Agruras
Anemia
Hemorragias
Mareos
Sin Apetito
Cansamiento
Dolor en todo el cuerpo
Tuberculosis
Sarampión
Varicela
Hinchazón
Rubeola

GRUPO B

Hinchazón
Anemia
Várices
Eclampsia
Vómitos
Náuseas
Hemorroides

2.- ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes del parto?

Grupo A

Nacimiento de nalgas
Nacimiento de pies
Transversa
Procidencia de Miembro Superior

Grupo B

Parto en podálica
Parto en transversa
Procidencia de Miembro Sup.
Hemorragia
Placenta previa

3.- De qué se enferman más las señoras después del parto?

Grupo A

Dolor de estómago
Debilidad
Hemorragia
Anemia
Calenturas
Tos
Fiebre
Dolores en caderas

Grupo B

Hemorragia
Fiebre Puerperal
Debilidad
Cólicos

4.- Por qué nacen niños pequeños?

Grupo A

Por falta de alimento en la madre
Por falta de tiempo gestacional
Por enfermedades maternas

Grupo B

Falta de buena dieta materna
Desnutrición materno-fetal
Prematurez

5.- ¿Qué le recomienda que coma la madre cuando está embarazada o dando de mamar?

Grupo A

Los 3 grupos básicos
Carne
Huevos
Leche
Verduras
Incaparina

Grupo B

Los 3 grupos básicos
Carne
Huevos
Leche
Verduras
Frutas
Incaparina

6.- ¿Qué le recomiendan a la madre que haga para el cuidado del niño antes de los 28 días?

Grupo A

Aseo
Alimentación
Pecho
Biberones

Grupo B

Aseo
Alimentación materna
Alimentación artificial
Pecho
Agua hervida

7.- ¿Qué le recomiendan a la madre que haga para el cuidado del niño después del primer mes, hasta el año de edad?

Grupo A

Aseo
Jugos de Frutas
Pureés de Frutas
Incaparina
Leche
Alimentación por etapas

Grupo B

Aseo
Alimentación por etapas, al año debe comer de todo
Incaparina

8.- Qué le recomiendan a la madre que haga para el cuidado del niño de 1 a 4 años?

<u>Grupo A</u>	<u>Grupo B</u>
Alimentación balanceada	Aseo
Aseo	Alimentación balanceada
	Controles con el Médico
	Vacunas

9.- Cuánto tiempo cree usted que debe dar de mamar la madre?

<u>Grupo A</u>	<u>Grupo B</u>
1 año	9 meses
1 año	3 a 6 meses
1 año	6 a 9 meses
1 año, 6 meses	6 meses
6 a 9 meses	
8 meses	

10.- A qué edad se le puede dar otros alimentos al niño, además del pecho?

<u>Grupo A</u>	<u>Grupo B</u>
1 mes	3 meses
3 meses	3 meses
3 meses	3 meses
4 meses	6 meses
6 meses	
8 meses	

11.- A qué edad el niño ya puede comer de todo?

<u>Grupo A</u>	<u>Grupo B</u>
1 año	1 año
1 a 2 años	
2 años	

12.- De qué se enferman y se mueren más frecuentemente las mujeres de 15 a 44 años, cuando no están embarazadas?

<u>Grupo A</u>	<u>Grupo B</u>
Anemia	Fiebre
Hemorragia Vaginal	Anemia
Fiebre	Tos
Tos	Gripes
"Mal desarrollo"	Diarreas
"Cansamiento"	Infecciones
	Pulmonía
	Cáncer

b.- Grupo Infantil, Pre-escolar y Escolar:

1.- De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los niños de 0 a 28 días?

Grupo A

Tos Ferina
Diarrea
Fiebre
Desnutrición
Poliomielitis
Dolor de estómago

Grupo B

Fiebre
Catarro
Vómitos
Diarrea
Bronconeumonía

2.- De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los niños desde el 2º mes hasta cumplir el 1er. año?

Grupo A

Fiebre
Disentería
Diarrea
Vómitos
Tos
Sarampión

Grupo B

Dentición
Vómitos
Diarreas
Infecciones

3.- De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los niños de 1 a 4 años?

Grupo A

Diarreas
Parásitos

Grupo B

Falta de vacunas
Poliomielitis

Grupo A

Malnutrición
Fiebre
Vómitos

Grupo B

Tos Ferina
Disentería
Infecciones
Parasitismo Intestinal
Malnutrición

4.- De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los niños de 5 a 9 años?

Grupo A

Fiebre
Tos Ferina
Dolor de Cabeza
Parásitos
Anemia
"Tos de Ansia"

Grupo B

Edemas o "Hinchamiento"
Tos Ferina
Sarampión
Forúnculos
Infecciones
Desnutrición
Parasitismo Intestinal

5.- De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los niños de 10 a 14 años?

Grupo A

Fiebre
Dolor de Cabeza
Anemias
"Mal Desarrollo"

Grupo B

Resfriados
"Mal Desarrollo"
Desnutrición
Anemia

c.- Problemas de Salud Generales de la Población:

1.- De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los hombres de 15 a 44 años?

Grupo A

"Mal Desarrollo"
Tuberculosis
Fiebres
"Colerín" (náuseas-vómitos)

Grupo B

Anemia
Desnutrición
Disentería
Infección Intestinal
Fiebre
Derrame Cerebral
Ataque Cardíaco
Hepatitis
Úlceras Gástricas
Gastritis
Cáncer

2.- De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los hombres y las mujeres después de los 45 años?

Grupo A

Desnutrición del adulto
Fiebre Tifoidea
Hemorragia Vaginal
Bronconeumonía

Grupo B

"Ataques"
Fiebre
Desnutrición Crónica
Infecciones
Padecimientos Cardíacos
Padecimientos Hepáticos
Hipertensión Arterial
Úlcera Gástrica
Cáncer

d.- Problemas Específicos:

1.- Tuberculosis

Grupo A

Conocen el Problema: 4
No lo Conocen: 2

Grupo B

Conocen el Problema: 3
No lo Conocen: 1

2.- Malaria

Grupo A

Conocen el Problema: 3
No lo Conocen: 1

Grupo B

Conocen el Problema: 3
No lo Conocen: 1

3.- Desnutrición:

Grupo A

Conocen el Problema: 6
No lo Conocen: -

Grupo B

Conocen el Problema: 4
No lo Conocen: -

4.- Accidentes

Grupo A

Hay muchos Accidentes: Si
Los más frecuentes son:
Heridas con machete
Heridas con cuchillo
Baleados
Caídas

Grupo B

Hay muchos Accidentes: Si
Los más frecuentes son:
Heridas corto contundentes
Heridas con cuchillo y por arma de fuego, - golpes y caídas

Es el consenso general para ambos grupos, que tiene mucho que ver el comportamiento de cada persona para prevenir los accidentes, y además que factores tales como el licor, favorecen a que el número de accidentes aumente.-

En lo que respecta al tratamiento, es también consenso general que este depende de la gravedad del traumatismo; en casos leves recomiendan limpieza de heridas con antiséptico y curaciones, mientras que en casos más severos, solicitar el reconocimiento del Médico es la conducta.- Ninguna recomendó en traumatismos óseos practicar "sobamientos".-

e.- Otros Problemas del Area:

Grupo A

Problema Socio-Económico

Grupo B

Problema Socio-Económico

III.- CIENCIA Y TECNOLOGIA QUE APLICA ANTE LOS PROBLEMAS

a.- Como conoce o diagnóstica los riesgos de enfermar o morir por Grupos Etarios

Grupo A

Sin Respuesta

Grupo B

Dependiendo de las edades hay varias enfer-

Grupo A

Grupo B

medades que atacan a determinado grupo de edad, así se tienen por ejemplo las enfermedades de la infancia.

b.- Como previene o evita que den esos males

Grupo A

Sin respuesta

Grupo B

Alimentación balanceada
controles médicos periódicos, vacunaciones

c.- Como cura esos males

Grupo A

Sin respuesta

Grupo B

Con controles médicos

d.- Las enfermedades de la embarazada como las conoce o diagnóstica

Grupo A

Por hinchazones en sus piernas
Náuseas y vómitos fuertes

Grupo B

Edemas en miembros inferiores
Vómitos Severos

e.- Como las trata

Grupo A

Consulta con el Médico

Grupo B

Consulta con el Médico

f.- Como las previene

Grupo A

Con dietas

Grupo B

Consultando con el Médico, quien efectuará el primer reconocimiento de la embarazada

g.- Los problemas del parto como los conoce o diagnóstica

Grupo A

Examinando a la paciente encuentran do mala posición del niño en el -
vientre

Grupo B

Por partos prolongados
Partos anteriores con problemas
Prenatal con problemas

h.- Como los previene

Grupo A

Se consulta con el Médico

Grupo B

Se consulta al Médico
Un buen prenatal llevará a un parto normal en la mayoría de las veces

i.- Como las trata

Grupo A

Se consulta al Médico

Grupo B

Se consulta al Médico

j.- Los problemas del puerperio como los conoce o diagnóstica

Grupo A

Fiebre
Hemorragia

Grupo B

Fiebre
Hemorragia vaginal
Fetidez en secreción vaginal

k.- Como los previene

Grupo A

Atendiendo el parto con el mayor aseo y cuidado

Grupo B

Aseo e higiene durante la atención del parto

l.- Como los trata

Grupo A

Se consulta con el Médico

Grupo B

Se consulta con el Médico

COMENTARIO

- 1.- Se obtuvieron respuestas similares para ambos grupos, a pesar de la división mencionada que se hizo de los mismos, y de que no se trató de influir en las respuestas.-
- 2.- La mayoría de respuestas obtenidas, permiten vislumbrar una disposición adecuada de conocimiento —aunque empírico— en estos elementos; que les permite dar se cuenta que existen problemas que no pueden resolver y que deben acudir a la persona más indicada; en este caso el médico; al presentárseles.-

Han aprendido a reconocer como enfermedades; — procesos a los que anteriormente les daban caracteres y orígenes diferentes a los reales.—

- 3.- Los recursos "naturales" humanos de salud, pueden ser de mucha utilidad en programas de salud para áreas rurales, actuando como complemento de los recursos formales, mediante incorporaciones de estos recursos a dichos programas.-
- 4.- Es recomendable fomentar el desarrollo de Cursos de Adiestramiento para este tipo de recurso; los cuales deberán efectuarse en forma constante y frecuente, para así lograr la mayor incorporación de estos elementos a los distintos programas locales de salud.-

ELABORACION DEL PROGRAMA DE SALUD

a.- DEFINICION:

Se sabe que es de suma importancia el conocer el nivel de salud de un pueblo y sus factores condicionantes y determinantes, pero también es importante que las personas dedicadas a preservar la salud o a lograr una recuperación y rehabilitación óptimas, posean los elementos de juicio necesarios y puedan hacer planes y programas para lograr los niveles de atención deseados, es decir, desarrollar la Planificación de la Salud.

Planificación es: "Un proceso mediante el cual se precisan objetivos, utilizando ciertas técnicas que sitúan en el tiempo y en el espacio las metas que se persiguen"; dicho de otro modo, es la forma de ordenar, estimar y seleccionar los recursos, fijar las metas de salud, mediante programas — que la mantengan o mejoren.

Ante nosotros se alza un problema muy complejo: nada menos que tratar de mejorar la salud de una población; se hace necesario que a nivel central se constituya un equipo integrado por múltiples disciplinas tales como Economistas, Trabajadores Sociales, Estadísticos, Sociólogos, Médicos, — Odontólogos, etc.; todos con capacidad para interpretar las necesidades de la comunidad, tomando en cuenta la multi-causalidad de las enfermedades, no solamente desde el punto de vista biológico, sino en forma integral.

Este equipo existirá a nivel central, concebirá los planes nacionales de una manera general y propondrá las normas que regirán los programas locales, pero como una re —

gión no es igual a otra, mucho menos una población lo es a otra, por muy pequeñas que sean; es de estos niveles de donde deben partir los programas, los cuales se harán en base a un mejor conocimiento de la comunidad.

En muchos lugares existirá un Centro de Salud con un equipo casi completo, (Médico, Enfermera, Trabajador Social, Nutricionista, Laboratorista, Inspector Sanitario, etc.) y ellos harán los programas en conjunto; pero en otros lugares —la mayoría— donde únicamente estará solo el Médico con la Auxiliar de Enfermería; el primero hará los programas de su localidad y además entrenará a quienes dependen de él, para que estén también en capacidad de programar de acuerdo a su propia experiencia.

El origen de la Planificación de la Salud se remonta a los años 60 y en gran parte adopta el lenguaje de los Economistas, quienes formulan y hacen sus metas en términos monetarios, y ven la contribución en el desarrollo, en términos semejantes.

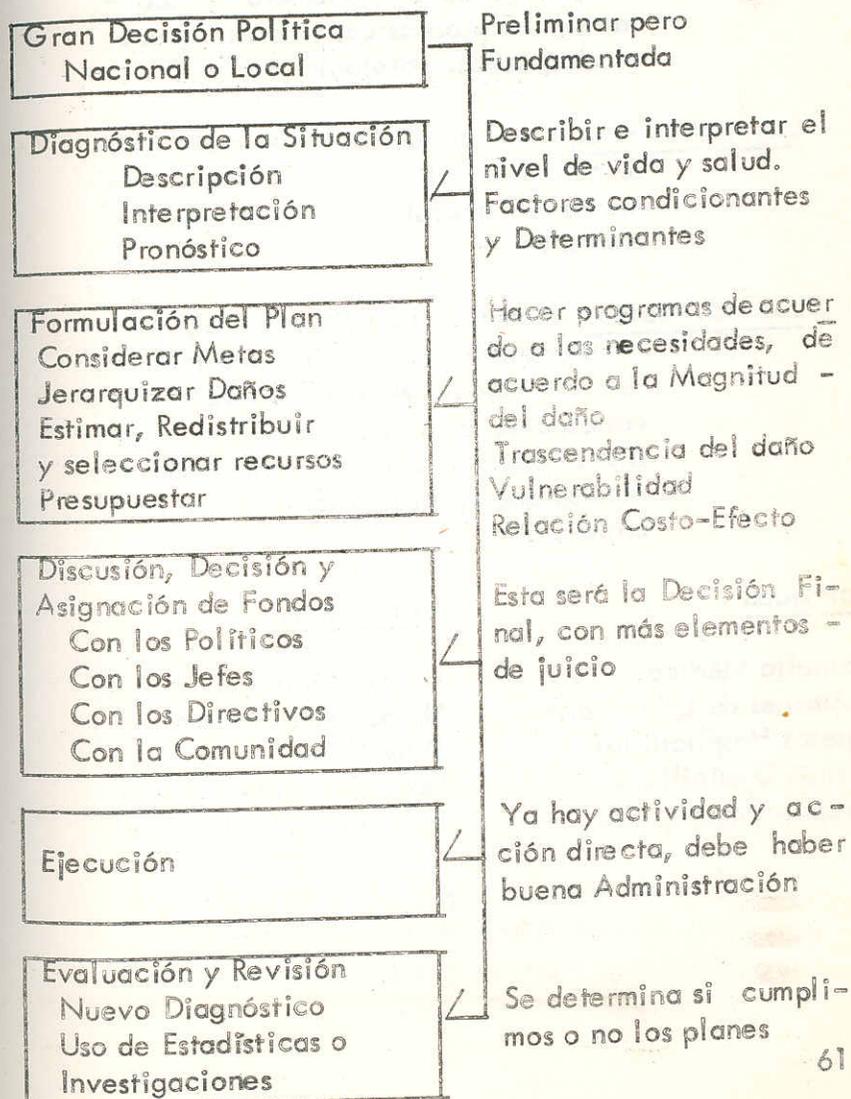
En el Campo de la Salud, es difícil sobremanera establecer la contribución que se da al desarrollo, aún percibiéndose un grado de bienes en la sociedad cuando se logra una salud óptima.

La Planificación obedece a los planteamientos del método científico, como lo son:

- Observación
- Formulación de Hipótesis
- Comprobación de las mismas
- Presentación de fórmulas para resolver los problemas

encontrados
Evaluación posterior

Por consiguiente, el método sigue este proceso:



b.- MODELOS PARA FORMULAR UN PLAN

Inicialmente se cuenta con tres elementos que son:

- 1.- Población: Es a quién se dará atención o actividades y se definirá en Número de Habitantes, sus propias costumbres, grupos etarios, sexos, patología, etc.-
- 2.- Las Actividades: Corresponden a los servicios que se otorgarán, ejemplo: Consultas, Exámenes de Laboratorio, Visitas domiciliarias, etc.-
- 3.- Los Instrumentos: Llamados también recursos, son los elementos que permiten realizar las actividades. A cada actividad le corresponde un instrumento, pero referido en horas y según el profesional o recurso que ejecuta o facilita las acciones, así:

<u>Actividad</u>	<u>Instrumentos</u>
Consulta Médica	Horas/Médico
Exámenes de Laboratorio	Horas/Laboratorista
Egresos Hospitalarios	Días/Cama
Visitas Domiciliarias	Horas/Visitadora Social
Grupos Organizados	Horas/Trabajador Social

Es decir, para programar interesa conocer el número de horas que trabaja cada profesional y no necesariamente el

número de profesionales existentes.

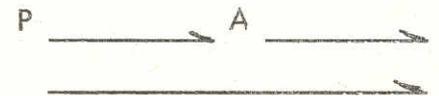
Para construir el modelo se puede colocar un cuadro esquemático, así:

P = Población
A = Actividades
I = Instrumentos

Se pueden formular tres alternativas:

1.- Partiendo de la Población:

Se tiene una población (P) a la que se le otorgará cierto número de consultas (A) y se necesitará determinado número de Instrumentos (I), así:



Este tipo de Planificación es el ideal, porque se parte de la población con sus necesidades y problemas reales y se darán servicios de acuerdo a ellas, preparando los instrumentos necesarios.

Se dice que ésta forma de programar es la ideal o justa, porque se parte de la población con sus necesidades, y así se procura cubrir, sin discriminaciones, a todos los habitantes de la comunidad, teniendo siempre en cuenta las prioridades y la multicausalidad de los problemas de salud ya señalados. Así la Medicina cumple su función histórica.-

2.- Partiendo de las Actividades:

De acuerdo a lo que se realizó (A), según estadísticas, en años anteriores, se incrementa en algún porcentaje para los años venideros, en tal forma que se cubra cierto número de población (P), para lo que se necesitan tales o cuales instrumentos (I), así:

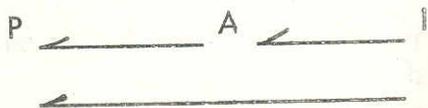


Este tipo de programación se proyecta al futuro, mediante extrapolación simple, de acuerdo a la demanda real efectiva.-

Es muy utilizado en países capitalistas avanzados.

3.- Partiendo de los Instrumentos:

De acuerdo a los Recursos (I) —que se tratan de optimizar— se trata de dar cierto número de Actividades (A), que cubrirán tal o cual Población (P), así:



Esta es la forma de planificar en los países en vías de desarrollo, en los que, debido a la escasez de recursos o instrumentos, es poca la población que será cu-

bierta, es decir, que en cierto modo se "reparte la pobreza". Al atender de esta manera, solamente se estarán atendiendo prioridades; la población cubierta en cierto modo es mínima, lo que no permite una cobertura útil, es decir, que las acciones en salud no son realmente efectivas.-

Es ya el momento de introducir otros elementos que permitirán complementar y comprender aún más el modelo, estos elementos son:

1.- La Cobertura: Es la población cubierta expresada en porcentaje

$$\text{Cobertura} = \frac{\text{Población Atendida}}{\text{Población Total}} \times 100$$

2.- Concentración de Actividades: Es el número de acciones o atenciones que por persona se dan a través de determinado tiempo. Este número preferentemente se obtiene, de acuerdo a la experiencia clínica, epidemiológica e investigaciones operacionales.

3.- Rendimiento del Instrumento: Es el número de actividades que en unidad de tiempo puede efectuar un profesional. Ejemplo: 6 consultas por hora. Este número surge de investigaciones Psico-fisiológicas y administrativas; la clínica también es importante.

Estos dos últimos elementos, sirven de convertidores de los demás; ya que si se disminuye la Concentración de Actividades hasta límites aceptables y aumenta el Rendimiento del Instrumento, se logran más Actividades, y por lo tanto, más Cobertura de Población. Por otro lado, si el Recurso o Instrumento es numeroso, la Cobertura aumenta.

c.- PROGRAMAS DE ATENCION MEDICA

1.- Sub-Programa Materno-Infantil

a.- Generalidades: Atención Materno-Infantil - son todas las actividades que deben desarrollar los Servicios Integrados de Salud, tendientes a promover, proteger y recuperar la salud de las madres durante el embarazo, el parto y en el puerperio; y de niños recién nacidos, lactantes, pre-escolares y escolares.-

Los niños menores de 15 años y las mujeres en edad reproductiva, constituyen alrededor del 68% de la población de Guatemala.-

Esto señala por qué el Médico, en su práctica general, se enfrenta con relativa frecuencia a problemas de salud de estos dos grupos.-

Las características del individuo durante la etapa de crecimiento y desarrollo y los cambios de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, modificados por condiciones

económicas, sociales y culturales desfavorables, hacen a uno y otra muy susceptibles a riesgos de diversa índole.-

Este alto riesgo se manifiesta con elevadas tasas de Morbi-mortalidad Infantil, Pre-escolar, Escolar y Materna, siendo esta última, en nuestro medio, 10 veces más alta que las que poseen países en condiciones generales diferentes.-

El proceso de la reproducción humana y el de crecimiento y desarrollo establece un período de estrecha relación entre la madre y el niño, formándose así un binomio susceptible a riesgos comunes, y el cual requiere para protección de sus componentes, de atenciones comunes y muchas veces, simultáneas.-

La magnitud del problema obliga a poner atención prioritaria a este grupo de la población, mediante programas específicos, los que en tal carácter deben incluir objetivos precisos, normas y procedimientos de trabajo efectivos, asignación y uso racional de recursos y evaluación sistemática de los resultados de las acciones emprendidas.-

b.- Objetivos Generales

En la Madre: Controlar los riesgos propios del binomio Madre-Hijo para que el embarazo transcurra nor

malmente, que el parto se realice sin complicaciones y término con el nacimiento de un niño normal y a término.-

En el Niño: Controlar los riesgos propios del niño pre-escolar (menor de 5 años-? promover que su crecimiento y nutrición transcurran dentro de los cánones normales, para que su paso a la siguiente etapa de su vida (edad escolar), lo realice con el máximo de sus potencialidades orgánicas e intelectuales.-

c.- Objetivos Específicos:

- 1.- Cubrir con los diferentes servicios que ofrece el programa Materno-Infantil, al 100% de la población del área.-
- 2.- Detectar y seleccionar tempranamente a las madres y niños que presenten alguna evidencia de enfermedad, para enviarlos a los diferentes niveles de atención, según las necesidades de su caso en particular. Serán de especial atención las siguientes entidades:

MADRE: Durante el embarazo:

- 1.- Hemorragias del 1er. tri-

mestre
Hemorragias del 2do. trimestre
Hemorragias del 3er. trimestre

2.- Toxemias

3.- Infecciones

Urinarias
Sífilis

Durante el parto:

1.- Hemorragias

2.- Complicaciones del parto

NIÑO: Período Neonatal (0 - 28 días):

- 1.- Tétanos
- 2.- Oftalmía del recién nacido
- 3.- Septicemia
- 4.- Eritroblastosis Fetal
Ictericia
- 5.- Lúes congénita
- 6.- Cianosis

Cardiopatías -
Congénitas

1 a 4 años:

- 1.- Desnutrición (Enfermedades Carenciales)
- 2.- Gastroenterocolitis Aguda
- 3.- Enfermedades Respiratorias
 - Tuberculosis
 - Tos Ferina
 - Bronconeumonía
 - Difteria
- 4.- Enfermedades Infecciosas
 - Viruela
 - Varicela
 - Sarampión
 - Tétanos

Servicios que se prestarán a través del programa:

Para cumplir con los objetivos del programa Materno-Infantil, se ofrecerán los siguientes servicios:

MADRE: 1.- Atención durante el embarazo

- a) Diagnóstico precoz (antes del 5º mes).
- b) Inscripción y determinación del estado del actual embarazo y del tipo y sitio de control, de acuerdo a los antecedentes Materno-fetales y evolución del embarazo.- Educación sobre el embarazo, parto y puerperio. Cuidados del recién nacido.

2.- Atención del parto

- a) Determinación del sitio de atención de acuerdo a los antecedentes Materno-fetales y evolución del embarazo.
- b) Atención del parto, en el sitio que le corresponde, según los antecedentes y evolución del embarazo.

3.- Atención post-parto

- a) Control a los 28 días post-parto

NIÑO: 1.- A los 28 días de nacido

- a) Determinación del estado de salud
- b) Educación materna sobre el cuidado del niño
- c) Servicios que ofrece el programa infantil
- d) Signos y Síntomas de alarma

2.- De 28 días a 4 años

- a) Determinación del estado de salud
- b) Atención de enfermedad en cualquiera de los niveles de atención
- c) Control de crecimiento y desarrollo
- d) Inmunizaciones
- e) Educación materna en cuidados del niño
- f) Signos y síntomas de alarma

Procedimientos y Técnicas

1.- Atención durante el embarazo

a) Diagnóstico precoz (antes del 5º mes)

Esto se cumplirá a través de 2 actividades:

- a) Captando a las mujeres con sospecha de embarazo
- b) Comprobando el embarazo en aquellas que lo están

b) Captación de mujeres con sospecha de embarazo

Objetivo: Detectar precozmente, antes del 5º mes, a todas las mujeres que vivan en el distrito o áreas de salud

Población Objetivo: Hay que recordar que un porcentaje de aproximadamente 11.7% de embarazos, terminan antes del 5º mes, es decir que la población objetivo será aquella que sí continúa con su embarazo, es decir, un 86.3% (Embarazos Esperados)

Cobertura: Se pretende una cobertura del 100%, sin embargo, con el tema propuesto, no son detectables las siguientes categorías de mujeres:

- a) Que no acuden al Centro de Sa-

lud

- b) Que conocen la causa de ameno-
rrea y no buscan control en el
Centro de Salud

Para lograr una mayor proyección, el programa deberá desarrollar una amplia campaña educativa, destacando la importancia del cuidado de la madre durante el embarazo, parto y puerperio.-

Normas: Por contar como personal únicamente al Médico y la Auxiliar de Enfermería, no es posible desarrollar actividad de Visita Domiciliaria, la cual sería de beneficio para lograr la detección de mayor número de embarazadas, siendo así que la única manera de detectar este grupo de mujeres es solamente cuando visitan el Centro de Salud.-

Además de este sistema de captación, las mujeres con sospecha de embarazo, o embarazo confirmado, podrán ser detectadas por la comadrona y otras personas de la comunidad.

Procesamiento de la Información

La información recogida al ser detectada la señora con embarazo o sospecha del mismo, es recogida en ficha clínica para control del Embarazo.- Fi

Utilidad de la Información

a) Planear la prestación del servicio:

- 1.- Confirmar la presencia del embarazo
- 2.- Determinar el estado del embarazo y el sitio del control prenatal

b) Investigación:

- 1.- Conocer las tasas de fecundidad

b) Confirmar el embarazo en aquellas que lo están

Objetivo: En las mujeres con atraso menstrual y/o sospecha de embarazo, confirmar o negar la presencia de éste.-

Población Objetivo:

- 1.- Todas las mujeres que creen estar embarazadas y acuden al Centro de Salud para su control
- 2.- Todas las mujeres que por cualquier otra vía de detección acuden al Centro de Salud
- 3.- Todas las mujeres que por cualquier otro motivo acuden al Centro de Salud, donde se les detecta el embarazo

Cobertura: Se pretende una cobertura del 100 % de las mujeres embarazadas que viven en el área

Procesamiento de la Información:

Los datos de esta información pueden dar como resultados:

- 1.- Embarazo Confirmado
- 2.- Continúa en duda
- 3.- Embarazo descartado

Si se confirma, se inscribe a la señora en el programa.-

Si continúa en duda, se continúan los análisis, hasta confirmar o descartar el embarazo.-

Si se descarta, pues se continúan los análisis y tratamiento para la causa nosológica, pero sin inscribir a la señora en el programa materno.-

Utilidad de la Información

- 1.- Planear la prestación del servicio
- 2.- Investigación

a) Conocer tasas de:

- Fecundidad
- Embarazos
- Natalidad
- Abortos
- Mortinatos

b) Relación entre mujeres con sospecha de embarazo y embarazo confirmado

c) Modo como terminó el embarazo

3.- Inscripción y determinación del estado del actual embarazo y del tipo y sitio del control, de acuerdo a los antecedentes materno-fetales y evolución del parto.- Educación

Objetivo: Inscribir a las mujeres embarazadas, de terminar el estado actual del embarazo y definir el sitio y tipo de control prenatal, teniendo en cuenta los antecedentes materno-fetales y la evolución del embarazo.-

Población Objetivo: Todas las mujeres a las cuales se les ha confirmado la presencia de embarazo.-

Cobertura: Se pretende cubrir el 100% de las mujeres que están embarazadas y viven en el área.-

Normas:

Una vez confirmado el embarazo, se desarrollan los siguientes procedimientos:

a) Inscripción de la paciente y elaboración de su ficha de Higiene Materna D.S.L. 2.-

b) Interrogatorio a la madre sobre sus antecedentes materno-fetales.

c) Interrogación a la madre sobre la evolución del embarazo, signos y síntomas, examen físico y laboratorio —si hubiere medios para efectuarlos; Hb-Ht, orina y Serología—

d) De acuerdo a los resultados se define el sitio y tipo de control posterior del embarazo.-

Existen dos criterios para definir el tipo y sitio de control prenatal que tendrá la señora:

1.- En base a los Antecedentes Materno-Fetales

2.- En base a la Evolución por Signos y Síntomas, Examen Físico y Hallazgos de Laboratorio

De esta manera, a una señora que por sus Antecedentes Materno-Fetales se le ha definido un determinado tipo y sitio de control, puede cambiar a otro si la Evolución de su embarazo no es normal, y volver a su antiguo tipo de control cuando se normalice.-

Se realizan cuatro controles prenatales y un control post-parto, siendo realizados tres de estos por el Médico y dos por la Auxiliar de Enfermería, quién sabrá conocer la evolución normal del embarazo y en caso de sospecha o anomalía, se consultará con el Médico.-

La auxiliar en los controles investigará:

1.- Breve relato de evolución del embarazo

2.- Síntomas

3.- Signos Vitales: **Peso**

Presión Arterial

Temperatura

4.- Examen Físico: **Edemas**

Altura Uterina

Fetocardia

El esquema será el siguiente:

Primer control --- Antes de la 20 semana --- Por Médico

Segundo control -- Entre la 26 semana --- Por Auxiliar

Tercer control --- Entre la 32 semana --- Por Auxiliar

Cuarto control --- Entre la 38 y 40 sem. --- Por Médico

Quinto control --- A los 28 días post-parto -- Por Médico

Este tipo de control lo tendrán las señoras con antecedentes Materno-Fetales y Evolución normal, así también el grupo de pacientes a continuación detallados, las cuales serán controladas más estrechamente, por Médico, y dependiendo del criterio del mismo, y de la evolución del embarazo, se determinará si en un momento dado son referidas al hospital. Este grupo es:

1.- Antecedentes Materno-Fetales

- Historia de Diabetes Familiar
- Enfermedad hipertensiva - Epilepsia - Trastornos mentales
- Historia de mortinatos, pero no en el último embarazo

- Historia de Recién Nacidos con Ictericia y/o de muertes neonatales

- Historia reciente de tuberculosis activa

- Cesárea previa, Miomectomía, Cirugía Cervico-vaginal

- Historia de complicación en el último parto, incluyendo puerperio, hemorragias, parto prolongado, infecciones, intervenciones (fórceps)

- Primigrávidas entre 15 y 34 años

- Multiparas de 1-6, mayores de 40 años

- Historia de 3 ó más abortos no consecutivos

- Madres que viven en tugurios

- Historia de Hipertensión, Pre-eclampsia o toxemia en embarazos anteriores

- Historia de niños prematuros

- Intervalo de embarazo menor de 1 año o mayor de 4 años

2.- Evolución del Embarazo

Dependiendo de los siguientes signos y síntomas:

- Vómito severo
- Pintas de sangre y dolor bajito
- Cefalea intensa
- Dolor epigástrico de moderado a intenso
- Síntomas urinarios: Tenesmo, disuria
- Fiebre
- Ausencia de movimientos fetales
- Líquido Amniótico por vagina
- Flujo vaginal purulento
- Várices en miembros inferiores complicadas
- Contracciones uterinas frecuentes y/o intensas

- Hemorroides complicadas
- Embarazo múltiple
- Hemoglobina menor de 9.0 gramos
- Peso inicial menor de 40 Kgs. ó mayor de 80 Kgs.
- Talla inferior de 150 cms.
- Incremento en el peso, de más de 1 libra por semana, entre el 4º y 8º mes de embarazo
- Presión arterial sistólica mayor de 150 mm. de Hg
- Presión arterial diastólica mayor de 90 mm. de Hg
- Edema G I-II y/o en cara y albúmina positiva en orina, si hubiere laboratorio o como efectuar análisis
- Edema G III-IV
- Albuminuria positiva después del 8º mes
- Disociación de 2 centímetros o más en el incremento de la altura uterina
- Disociación de 3 ó más semanas entre Altura Uterina y Edad Gestacional
- Presentación Diferente a la Cefálica, que persiste a la 38 semana
- Fetocardia negativa o por debajo de 120, o por encima de 160
- Patología de los senos
- Cualquier otro tipo de patología

Serán de especial interés:

1.- Antecedentes Materno-Fetales

- Historia de 3 ó más abortos consecutivos previos
- Historia de mortinato en el último embarazo
- Historia de Diabetes personal
- Historia de Cardiopatía

- Historia de Cáncer
- Historia de Isoinmunización en embarazos anteriores

2.- Evolución del Embarazo

- Hemorragia Vaginal
- Convulsiones

EL PROGRAMA EN NUMEROS

En números, el programa queda así:

SUB-PROGRAMA MATERNO

Población: 12641 habitantes

Rural: 10,112

Urbana: 2,529

Mujeres de 15 a 44 años: 2,520

Menores de 15 años: 7,067

Embarazos Esperados: 632

Partos Probables: 582

Cobertura: 100 %

Concentración de Actividades: 4 consultas prenatal;
1 post-parto; 3 por Médico;
2 por Auxiliar Enfermera

Rendimiento: 6 pacientes por hora

Horas Disponibles: 2000 horas/Médico - 2000 horas/Auxiliar

Cuadro 12

SUB PROGRAMA MATERNO

SUB PROGRAMA MATERNO	POBLACION	COBERTURA	CONCEN- TRACION		RENDI- MIENTO		HORAS REQUERIDAS		HORAS DISPONIBLES		BALANCE	
			Médico	Aux.	Médico	Aux.	Médico	Aux.	Médico	Aux.		
	Embarazos Esperados	100%	5		6							
	632	632	3,160		527		316	211	2,000	2,000	1,684	1,789
			Médico	Aux.	Médico	Aux.						
			1,896	1,264	316	211						

Según el cuadro 12, en el programa de atención materna, nuestra población objetivo son 632 Embarazos Esperados, a los que se trata de dar una cobertura del 100%, es decir, cubrir los 632 embarazos. Se utilizarán 5 consultas por paciente al año, lo que dará un total de 3,160 consultas al año. De estas, 1,896 son dadas por Médico (3 por persona) y 1,264 por la Auxiliar de Enfermería (2 por persona).

Se exige un rendimiento de 6 pacientes vistos en una hora, de donde se reduce que utilizaremos 527 horas en atender o cubrir las 3,160 consultas al año.

De este número de horas, el Médico ocupa 316 horas, mientras que la Auxiliar ocupa 211 horas.-

Tanto Médico como Auxiliar de Enfermería, tienen disponibles 2,000 horas al año, a lo que se le resta la cantidad de horas requeridas, 316 para el Médico y 211 para la Auxiliar, nos da un Balance de 1,684 horas disponibles para el Médico y 1,789 horas disponibles para la Auxiliar de Enfermería.-

Aunque no entra en la programación, un encamamiento formal y programado para el número de partos probables, si se considera la necesidad de contar con cierto número de camas, en aquellos casos en que se necesitare atender partos en el Centro de Salud.-

Se cuenta para el efecto con 2 camas, aunque podría utilizarse otra más en caso necesario. No se cuenta con cunas para recién nacidos, lo que sería una necesidad tangible.-

SUB-PROGRAMA INFANTIL

Población Infantil: (Infantil, Pre-escolar y Escolar)

Para los propósitos del diseño de programas de atención del niño, se incluye en el grupo Infantil a los menores de 15 años. Sin embargo, frecuentemente se encuentran referencias a la edad infantil como equivalente a los habitantes menores de 1 año, así como el grupo Pre-escolar (niños de 1-4 años), y al grupo Escolar, de los 5 a los 14 años.-

Esta clasificación responde a que cada grupo tiene características propias de crecimiento y desarrollo y están sometidos a riesgos predominantes en relación al grupo e tario.-

La condición de crecimiento y desarrollo rápido que ocurre en este período de la vida y a la gran dependencia socio-económica de sus componentes, permite generalizar el término "Infantil" para los menores de 15 años.-

En otros países el grupo masculino comprendido de 15 a 21 años (Adolescencia), por las características anteriores, queda también incluido. Sin embargo, en nuestro país, esto no ocurre debido a que el riesgo de morir de este último grupo es mínimo en comparación al de los menores de 5 años y a razones socio-económicas, tal y como se ve en las familias campesinas y entre los pobladores marginados, donde los niños a corta edad (Pre-Escolar y Escolar), pasan a formar parte de la fuerza de trabajo familiar, debido a que las circunstancias los obligan a buscar la forma de aumentar su ingreso.-

a.- Objetivos

Detectar y seleccionar tempranamente los niños que presentan alguna evidencia de enfermedad para darles atención según las necesidades de cada caso en particular.-

Determinación de la morbilidad en la población infantil y atención de la misma en cualquiera de los niveles del programa según el tratamiento requerido en cada caso en particular.-

Población Objetivo: La población menor de 5 años

Cobertura: Se pretende cubrir el 100% de los niños menores de 5 años que viven en el área.

Con el sistema propuesto es posible que no se detecten tempranamente los siguientes casos:

- Recién Nacidos de primíparas no inscritas en el programa materno
- Niños recién llegados al área

Para cubrir estos grupos, el programa deberá desarrollar una amplia campaña educativa en la comunidad, sobre la importancia del programa infantil.

La población infantil, está integrada así:

Menores de 1 año:	506
De 1 a 2 años:	423
De 2 a 3 años:	423
De 3 a 4 años:	500
De 4 a 5 años:	600

Población Menor de 5 años: 2,452

Cobertura: 100%

Concentración de Actividades:

Menores de 1 año:	5 consultas por año 3 por Médico 2 por Auxiliar de Enfermería
De 1 a 2 años:	3 consultas al año 2 por Médico 1 por Auxiliar de Enfermería
De 2 a 3 años:	3 consultas al año 2 por Médico 1 por Auxiliar de Enfermería
De 3 a 4 años:	2 consultas al año 1 por Médico 1 por Auxiliar de Enfermería
De 4 a 5 años:	2 consultas al año 1 por Médico 1 por Auxiliar de Enfermería

Rendimiento: 6 pacientes por hora
Horas Disponibles: 1,684 horas/Médico - 1,789 horas/Auxiliar

Cuadro 13

SUB PROGRAMA INFANTIL

SUB PROGRAMA INFANTIL	POBLACION	COBERTURA	CONCENTRACION		RENDIMIENTO		HORAS REQUERIDAS		HORAS DISPONIBLES		BALANCE	
			Médico	Aux.	Médico	Aux.	Médico	Aux.	Médico	Aux.		
	Menores de 1 año	100 %	5		6							
	506	506	2,530		422		253	169	1,684	1,789	1,431	1,620
			Médico	Aux.	Médico	Aux.						
			1,518	1,012	253	169						

En el cuadro 13, ya en el Sub=Programa Infantil; para la atención de Menores de 1 año; Población Objetivo: esta es de 506 niños menores de 1 año, a los que se les pretende dar una Cobertura del 100%, es decir, cubrir a los 506 menores de 1 año.-

Se utilizarán 5 consultas por paciente al año, lo que dará un total de 2,530 consultas al año. De éstas, 1,518 - son dadas por el Médico (3 por persona) y 1,012, por la - Auxiliar de Enfermería (2 por persona).-

Se exige un Rendimiento de 6 pacientes vistos en una hora, de donde se deduce que se utilizan 422 horas en - atender o cubrir las 2,530 consultas al año.-

De este número de horas, el Médico ocupa 253 horas, mientras que la Auxiliar de Enfermería, ocupa 169 horas.-

El Médico tiene disponibles para el programa Infantil 1,684 horas mientras que la Auxiliar de Enfermería tiene disponibles 1,789 horas. Si a esto se le resta el número de horas requeridas para la atención de los Menores de 1 año, tendremos:

Médico: Horas disponibles = 1,684
Horas Requeridas = 253

Balance..... = 1,431 horas disponibles/
Médico

Auxiliar: Horas disponibles = 1,789
Horas Requeridas = 169

Balance = 1,620 horas disponibles/
Auxiliar

Cuadro 14

SUB PROGRAMA INFANTIL

SUB PROGRAMA INFANTIL	POBLACION	COBERTURA	CONCENTRACION		RENDIMIENTO		HORAS REQUERIDAS		HORAS DISPONIBLES		BALANCE	
			Médico	Aux.	Médico	Aux.	Médico	Aux.	Médico	Aux.		
	1 a 2 años	100 %	3		6							
	423	423	1,269		212		141	71	1,431	1,620	1,290	1,549
			Médico	Aux.	Médico	Aux.						
			846	423	141	71						

En el Cuadro 14, siempre del Sub-programa Infantil, - para la atención del grupo de 1 a 2 años de edad: Población Objetivo, ésta la componen 423 niños de 1 a 2 años, a quienes se pretende dar una Cobertura del 100%, es decir, beneficiar a los 423 niños de 1 a 2 años.-

Se utilizarán 3 consultas por paciente al año, lo que dará un total de 1,269 consultas al año, de las cuales 846 corresponden al Médico (2 por persona) y 423 por la Auxiliar de Enfermería (1 por persona).-

Se continúa exigiendo un Rendimiento de 6 pacientes vistos en una hora, de donde se deduce que se utilizarán - 212 horas en atender o cubrir las 1,269 consultas al año.-

De este número de horas, el Médico ocupa 141 horas, mientras que la Auxiliar de Enfermería ocupa 71 horas.-

El Médico tiene disponible para esta fase del programa Infantil, 1,431 horas, mientras que la Auxiliar de Enfermería, tiene disponibles 1,620 horas. Si a esto se le resta el número de horas requeridas para la atención del grupo de 1 a 2 años, queda:

Médico: Horas disponibles = 1,431
Horas Requeridas = 141

Balance = 1,290 horas disponibles/Médico

Auxiliar: Horas disponibles = 1,620
Horas Requeridas = 71

Balance = 1,549 horas disponibles/Auxiliar

Cuadro 15

SUB PROGRAMA INFANTIL

SUB PROGRAMA INFANTIL	POBLACION	COBERTURA	CONCENTRACION		RENDIMIENTO		HORAS REQUERIDAS		HORAS DISPONIBLES		BALANCE	
			Médico	Aux.	Médico	Aux.	Médico	Aux.	Médico	Aux.	Médico	Aux.
	2 a 3 años	100 %	3		6							
	423	423	1,269		212		141	71	1,290	1,549	1,149	1,478
			Médico	Aux.	Médico	Aux.						
			846	423	141	71						

En el Cuadro 15, siempre del Sub-programa Infantil, - para la atención del grupo de 2 a 3 años de edad. Población Objetivo: ésta la componen 423 niños de 2 a 3 años, a quienes se les pretende dar una Cobertura del 100%, es decir, beneficiar a los 423 niños que la componen.

Se utilizarán 3 consultas por paciente al año, lo que - dará un total de 1,269 consultas al año, de las cuales 846 corresponde al Médico (2 por persona) y 423 por la Auxiliar de Enfermería (1 por persona).-

Se continúa exigiendo un Rendimiento de 6 pacientes vistos en una hora, de donde se deduce que se utilizarán - 212 horas en atender o cubrir las 1,269 consultas al año.-

De este número de horas, el Médico ocupa 141 horas, mientras que la Auxiliar de Enfermería ocupa 71 horas.-

El Médico tiene disponible para esta fase del programa Infantil, 1,290 horas, mientras que la Auxiliar de Enfermería tiene disponibles 1,549 horas. Si a esto se le resta el número de horas requeridas para la atención del grupo - de 2 a 3 años, queda:

Médico: Horas disponibles = 1,290
Horas Requeridas = 141

Balance = 1,149 horas disponibles/Médico

Auxiliar: Horas disponibles = 1,549
Horas Requeridas = 71

Balance = 1,478 horas disponibles/Auxiliar

Cuadro 16

SUB PROGRAMA INFANTIL

SUB PROGRAMA INFANTIL	POBLACION	COBERTURA	CONCENTRACION		RENDIMIENTO		HORAS REQUERIDAS		HORAS DISPONIBLES		BALANCE	
							Médico	Aux.	Médico	Aux.	Médico	Aux.
	3 a 4 años	100 %	2		6							
	500	500	1,000		167		84	83	1,149	1,478	1,065	1,395
			Médico	Aux.	Médico	Aux.						
			500	500	84	83						

En el Cuadro 16, siempre del Sub-programa Infantil, - para la atención del grupo de 3 a 4 años de edad. Población Objetivo: ésta la componen 500 niños de 3 a 4 años, a quienes se les pretende dar una Cobertura del 100%, es decir, beneficiar con el programa a los 500 niños que componen el grupo.-

Se utilizarán 2 consultas por paciente al año, lo que dará un total de 1,000 consultas al año, de las cuales 500 corresponden para el Médico (1 por persona), 500 para la Auxiliar de Enfermería (1 por persona).-

Se continúa exigiendo un Rendimiento de 6 pacientes vistos en una hora, de donde se deduce que se utilizarán - 167 horas en atender o cubrir las 1,000 consultas al año.-

De este número de horas, el Médico ocupa 84 horas, mientras que la Auxiliar de Enfermería ocupa 83 horas.-

El Médico tiene disponible para esta fase del programa Infantil, 1,149 horas, mientras que la Auxiliar de Enfermería, tiene disponibles 1,489 horas. Si a esto se le resta el número de horas requeridas para la atención del grupo de 3 a 4 años, queda:

Médico: Horas disponibles = 1,149
Horas Requeridas = 84

Balance = 1,065 horas disponibles/Médico

Auxiliar: Horas disponibles = 1,478
Horas Requeridas = 83

Balance = 1,395 horas disponibles/Auxiliar

Cuadro 17

SUB PROGRAMA INFANTIL

SUB PROGRAMA INFANTIL	POBLACION	COBERTURA	CONCENTRA- CION		RENDIMIEN- TO		HORAS REQUERIDAS		HORAS DISPONIBLES		BALANCE	
			Médico	Aux.	Médico	Aux.	Médico	Aux.	Médico	Aux.		
	4 a 5 años	100 %	2		6							
	600	600	1,200		200		100	100	1,065	1,395	965	1,295
			Médico	Aux.	Médico	Aux.						
			600	600	100	100						

En el Cuadro 17, último del Sub-programa Infantil, - para la atención del grupo de 4 a 5 años de edad. Población Objetivo: ésta la componen 600 niños de 4 a 5 años, a quienes se les pretende dar una Cobertura del 100%, es decir, beneficiar con el programa a los 600 niños que componen el grupo etario en mención.-

Se utilizarán 2 consultas por paciente al año, lo que indica que en un año se verá en 2 oportunidades a cada paciente. Esto dará un total de 1,200 consultas al año, de las cuales 600 corresponden al Médico (1 por persona), y 600 a la Auxiliar de Enfermería (también 1 por persona).-

Se continúa exigiendo un Rendimiento de 6 pacientes por hora, es decir, que en una hora se verán 6 pacientes, - de donde se deduce que se utilizarán 200 horas en atender o cubrir las 1,200 consultas al año.-

De éste número de horas, el Médico ocupa 100 horas, mientras que la Auxiliar de Enfermería también utiliza 100 horas.-

El Médico tiene disponible para esta fase del programa Infantil, 1,065 horas, mientras que la Auxiliar de Enfermería, tiene disponibles 1,395 horas. Si a esto se le resta el número de horas requeridas para la atención del grupo de 4 a 5 años, queda:

Médico:	Horas disponibles = 1,065
	Horas Requeridas = 100
	Balance = 965

Auxiliar: Horas disponibles = 1,395
Horas Requeridas = 100
Balance = 1,296

Total de Horas Utilizadas en el Programa de Atención Materno-Infantil:

Médico: 1,035 Auxiliar de Enfermería: 705

Total de Horas Disponibles para otros Programas:

Médico: 965 Auxiliar de Enfermería: 1,295

SUB-PROGRAMA ATENCION MEDICA GENERAL

Este Sub-programa comprende como población objetivo a la totalidad de la población, ya que no se puede determinar que grupo etario va a utilizar el programa.-

Para fines de programación se propuso que la Población objetivo la compondrán aquellos pacientes que visiten espontáneamente el Centro de Salud.-

El número de estos pacientes se obtuvo mediante recuento del número de consultas nuevas durante el año (Primeras consultas).-

Así tenemos:

Población Objetivo:

Pacientes que consultan espontáneamente: 1,000

Cobertura: 100 %

Concentración de Actividades:

3 consultas para cada paciente, así:

2 consultas por Médico
1 consulta por Auxiliar

Rendimientos:

6 pacientes en una hora

Horas Disponibles:

965 Horas/Médico
1,296 Horas/Auxiliar

Cuadro 18

SUB PROGRAMA ATENCION MEDICA GENERAL

SUB PROGRAMA ATENCION MEDICA GENERAL	POBLACION	COBERTURA	CONCENTRACION		RENDIMIENTO		HORAS REQUERIDAS		HORAS DISPONIBLES		BALANCE	
			Médico	Aux.	Médico	Aux.	Médico	Aux.	Médico	Aux.	Médico	Aux.
	Pacientes que consultan espontáneamente	100 %	3		6							
	1,000	1,000	3,000		500		333	167	965	1,295	632	1,128
			Médico	Aux.	Médico	Aux.						
			2,000	1,000	333	167						

En el Cuadro 18 del programa de Salud, Sub-programa de Atención Médica General, la Población Objetivo la componen todos aquellos habitantes que visitan espontáneamente el Centro de Salud en busca de atención médica.-

Se les determinó por medio del recuento de consulta externa, primeras consultas durante el año, lo que arrojó un número de 1,000 pacientes.-

Se utilizarán 3 consultas para cada paciente durante el año. Esto dará un total de 3,000 consultas al año, de las cuales 2,000 corresponden para el Médico (2 para cada paciente), y 1,000 para la Auxiliar de Enfermería (1 para cada paciente).-

Se exigen un Rendimiento de 6 pacientes por hora, es decir, que en una hora se verán 6 pacientes, de donde se deduce que se utilizarán 500 horas para atender o cubrir las 3,000 consultas al año.-

De este número de horas, el Médico utiliza 333 horas, mientras que la Auxiliar de Enfermería, utiliza 167 horas.-

El Médico tiene disponible para este Sub-programa, 965 horas, mientras que la Auxiliar de Enfermería, tiene disponibles 1,295 horas. Si a esto se le resta el número de horas requeridas para la atención de los pacientes que Consultan espontáneamente al Centro de Salud, queda:

Médico: Horas disponibles = 965
Horas Requeridas = 333

Balance = 632 horas disponibles/Médico

Auxiliar: Horas disponibles = 1,295
Horas Requeridas = 167
Balance = 1,120 horas disponibles/Auxiliar

Total de Horas Utilizadas en el Programa de Atención Médica General, Materno-Infantil:

Médico: 1,368 Auxiliar de Enfermería: 872

Total de Horas Disponibles para otros Programas:

Médico: 632 Auxiliar de Enfermería: 1,128

SUB-PROGRAMA INMUNIZACIONES

Comprende:

ID.P.T.
ANTIPOLIO
ANTISARAMPION

El Sub-programa se hizo en base a 2 actividades en el año.-

La Población Objetivo comprende todo el grupo de niños menores de 5 años.-

Se pretende una Cobertura del 100 %.-

Se exige un Rendimiento de 20 vacunas/Hora en pro-

medio.-

Así tenemos:

Población Objetivo: Niños Menores de 5 años: 2,452

Cobertura: 100 %

Concentración de Actividades: 2 campañas al año

Rendimiento: 20 vacunas en una hora

Siendo la Población Objetivo, los niños menores de 5 años, los cuales suman 2,452, se pretende con este Sub-programa, dar una Cobertura del 100 %, es decir, cubrir a todos los niños menores de 5 años.-

Se efectuarán 2 campañas al año, con lo que se obtendrá una cantidad de 4,804 niños menores de 5 años vacunados.-

Se exige un Rendimiento de 20 vacunas administradas en una hora, de donde se deduce que se utilizarán 240 horas para cubrir a los 4,804 niños, ocupando Médico y Auxiliar de Enfermería 120 horas cada uno.-

El Médico tiene 632 horas disponibles y la Auxiliar de Enfermería, 1,128 horas disponibles. Si a esto se le resta el número de horas Requeridas para el Sub-programa de Inmunizaciones, queda:

Médico: Horas disponibles = 620
Horas Requeridas = 120

Balance = 512 horas disponibles/
Médico

Auxiliar: Horas disponibles = 1,128
Horas Requeridas = 120

Balance = 1,008 horas disponi-
bles/Auxiliar

SUB-PROGRAMA PLANIFICACION FAMILIAR

Encaminado a aquellas parejas que de mutuo acuerdo deseen planificar su familia, es decir, adaptar sus recursos a determinado número de familia.-

El programa comprenderá:

- Charlas Instructivas
- Contraconceptivos orales
- Contraconceptivos por presencia: D.I.U.
- Otros Métodos

La Población Objetivo será todas las Mujeres en edad fértil, ya que no se puede determinar un número más adecuado que busquen como planificar su familia. Se desconoce quienes desean obtener los servicios del Sub-programa de Planificación Familiar.-

Siendo así, la Población Objetivo queda: Mujeres en

edad fértil, de 15 a 44 años: 2,520.-

Se pretende una Cobertura del 100% de las parejas - que solicitan el servicio, y cuya mujer pertenece al grupo de 15 a 44 años.-

Así tenemos:

Población Objetivo: Mujeres en edad fértil, 15 a 44 años: 2,520

Cobertura: 100 %

Concentración de Actividades:

1 consulta al año, generalmente efectuada por la Auxiliar de Enfermería.-

Rendimiento: 6 pacientes por hora.-

Siendo la Población Objetivo aquellas mujeres en edad fértil, que entran en el grupo de 15 a 44 años, y que comprende una cantidad de 2,520, se pretende con este Sub programa, dar una Cobertura del 100 %, es decir, cubrir a todas las mujeres de 15 a 44 años.-

Se dará una consulta al año por usuaria. Generalmente esta consulta es efectuada por la Auxiliar de Enfermería, y salvo casos de duda u otra razón son vistos por el Médico, es decir, que al año serán 2,520 consultas, las cuales - en su mayoría serán atendidas por la Auxiliar de Enfermería, por lo que se le atribuyen a ella el total de consultas -

al año.-

Se exige un Rendimiento de 6 pacientes en una hora, es decir, que se ocuparán 420 horas en atender las 2,520 consultas al año, ocupando el Médico 0 horas en este Sub-programa, mientras que la Auxiliar de Enfermería ocupa un total de 420 horas al año en este sub-programa.-

El Médico tiene 512 horas disponibles, la Auxiliar de Enfermería 1,008 horas disponibles. Si se resta la cantidad de horas utilizadas en este Sub-programa, queda:

Médico: Horas disponibles = 512
Horas Requeridas = 0

Balance = 512 horas disponibles/
Médico

Auxiliar: Horas disponibles = 1,008
Horas Requeridas = 420

Balance = 588 horas disponibles/
Auxiliar

Total de Horas Utilizadas en el Programa Atención Médica General, Materno-Infantil, Inmunizaciones, Planificación Familiar:

Médico: 1,488 Auxiliar de Enfermería: 1,412

Total de Horas Disponibles para otros Programas:

Médico: 512 Auxiliar de Enfermería: 588

SUB-PROGRAMA ADIESTRAMIENTO

Objetivo: Adiestrar a grupos de recursos "Naturales" de Salud, para una mejor incorporación de los mismos a los programas de Salud locales.-

Población Objetivo: Grupos de Recursos "Naturales" de Salud, los cuales en su mayoría corresponden a Comadronas Empíricas, aunque puede también amoldarse para el Adiestramiento de Promotores de Salud.-

Cobertura: Se pretende una Cobertura del 100 % del grupo de Recursos Médicos "Naturales", que prestan sus servicios empíricos en la comunidad.-

Concentración de Actividades: Se efectuarán 4 cursillos al año, los cuales estarán repartidos así:

- 1er. Cursillo -- Mes de Marzo
- 2do. Cursillo -- Mes de Junio
- 3er. Cursillo -- Mes de Septiembre
- 4to. Cursillo -- Mes de Diciembre

Cada cursillo tendrá una duración de 15 días.-

Rendimiento: Se trabajará un promedio de 4 horas diarias en cada cursillo.-

Así se tiene:

Población: Recursos Médicos "Naturales", aproximadamente: 20

Cobertura: 100 %

Concentración de Actividades: 4 cursillos al año, de 15 días de duración cada cursillo.

Rendimiento: 4 horas diarias de actividades.

Siendo la Población Objetivo, aquellos recursos "Naturales" de salud detectados en la comunidad, los cuales suman un promedio de 20 elementos, se pretende con este Sub-programa, cubrir el 100 %, es decir, a todos los elementos "Naturales" de salud, detectados.-

Se efectuarán 4 cursillos al año, con una duración de 15 días por cursillo, trabajando un promedio de 4 horas diarias, lo que da un total de 60 horas ocupadas en cada cursillo, de donde Médico y Auxiliar de Enfermería comparten 30 horas cada uno.-

Si se ocupan 60 horas en un cursillo, en 4 cursillos se ocuparán 240 horas, de las cuales Médico y Auxiliar de Enfermería comparten 120 horas cada uno.-

El Médico tiene 512 horas disponibles, y la Auxiliar de Enfermería 588 horas disponibles. Si a esto se le resta el número de horas requeridas para este Sub-programa de Adiestramiento, queda:

Médico: Horas disponibles = 512
Horas Requeridas = 120

Balance = 392 horas disponibles/
Médico

Auxiliar: Horas disponibles = 588
Horas Requeridas = 120

Balance = 468 horas disponibles/
Auxiliar

Total de Horas Utilizadas en el Programa Atención Médica General, Materno-Infantil, Inmunizaciones, Planificación Familiar, Adiestramiento:

Médico: 1,608 Auxiliar de Enfermería: 1,532

Total de Horas Disponibles para otros Programas:

Médico: 392 Auxiliar de Enfermería: 468

El número de Horas disponibles después de los Sub-programas mencionados, serán ocupados para:

Médico:	Investigación	300 horas
	Administración	52 horas
	Organización Comunal	30 horas
	Atender Emergencias	10 horas

Auxiliar de Enfermería:

	Investigación	200 horas
	Administración	40 horas
	Organización Comunal	30 horas
	Tratamientos Curaciones	196 horas
	Hipodermia	
	Pre-consulta	

Total de Horas Utilizadas en el Programa de Salud completo:

Médico: 2,000 horas Auxiliar de Enfermería: 2,000

Total de Horas Disponibles para otras Actividades:

Médico: 0 Auxiliar de Enfermería: 0

Cobertura Total del Programa: 100 %

SANEAMIENTO AMBIENTAL

Objetivo: Mejorar las condiciones ambientales de la comunidad

Población Objetivo: La totalidad de viviendas del área; así como sus Servicios Públicos, particulares, comercios, industrias, etc. - Zoonosis.-

Cobertura: 100 %

Actividades:

Saneamiento Básico: A. E. B. V.

Aguas
Excretas
Basuras
Vivienda

Saneamiento Básico: Letrinización

Inspección Sanitaria

Expedientes: Licencias Sanitarias, etc.

Zoonosis: Consulta/rabia, otras.

El encargado de llevar a cabo las actividades de este programa es el Inspector de Saneamiento, pero en esta comunidad nunca ha existido un Inspector de Saneamiento - que labore en forma permanente, sino que el Inspector del Centro de Salud de Gualán, realizaba alguna actividad en esta comunidad. El resto es por iniciativa de los propios vecinos.-

Es de hacer notar que en esta comunidad se necesita - con verdadera urgencia, los servicios de un programa de Saneamiento con una persona encargada del mismo, que labore en forma permanente, con un horario de 2,000 horas - anuales.-

LOGROS Y COMENTARIO

- 1.- Se logró desarrollar un programa, que partiendo de la población, que es lo ideal; y utilizando los recursos - reales con que se cuenta, logrará una cobertura del - 100 %.-
- 2.- Mejor atención se lograría con más personal, mayores recursos, pero se trabaja con lo que se tienen, y se obtienen resultados satisfactorios.-

- 3.- Hace falta una plaza permanente para Inspector de Saneamiento Ambiental; nunca ha existido uno en el municipio, y este verdaderamente lo necesita.-

VII CONCLUSIONES

- 1.- El problema de salud en el municipio de La Unión no se resolverá únicamente mejorando y ampliando los Servicios de Salud, sino que se necesita del concurso colectivo de instituciones estatales, religiosas y autónomas, para elaborar planes de manera conjunta, que redundarán en beneficio de la comunidad.-
- 2.- Ha existido un desequilibrio entre Agente-Huésped-Ambiente, que se ha reflejado en la fácil diseminación y proliferación de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias.-
- 3.- Ha hecho falta un buen programa de Saneamiento Ambiental, con el cual sería más fácil controlar los procesos mórbidos que más atacan a este municipio.-
- 4.- Tanto el personal como el material y equipo médico - quirúrgico son escasos; asimismo ocurre con la cantidad de medicamentos enviados trimestralmente; la cual no alcanza a cubrir las necesidades de salud de la población; además no se proporciona material terapéutico propio para determinados cuadros que se presentan con frecuencia y que pueden ser tratados adecuadamente si se contara con él mismo.-
- 5.- Ausencia de medios de diagnóstico complementarios - (laboratorio) en los Centros y Puestos de Salud, para -

un mejor control de las enfermedades parasitarias infecciosas y carenciales.-

- 6.- La falta de personal profesional de la salud en el área rural, ha contribuido a que la población solicite y dependa de los "personajes naturales de salud"; los cuales pueden ser de mucha utilidad en programas de salud para áreas rurales, actuando como complemento de los recursos formales, mediante incorporaciones de estos recursos naturales a dichos programas.-
- 7.- El grupo materno infantil ha carecido de protección, ya que no ha existido ningún programa destinado a ofrecer ningún control pre ni post-natal a la madre, ni al niño durante los primeros años de su vida.-
- 8.- Con el programa elaborado se logra proporcionar protección a ese enorme grupo que es el materno infantil, y además proporcionar mayor atención al resto de la población.-
- 9.- La elaboración de programas utilizando los recursos reales con que se cuenta, nos proporcionan normas que regirán los programas locales, los cuales se podrán integrar a los planes elaborados a nivel nacional.-
- 10.- Ambas Hipótesis de las cuales se partió para el presente estudio, quedan confirmadas por lo anterior.-

VIII RECOMENDACIONES

- 1.- Efectuar planes para el desarrollo de la comunidad de manera conjunta entre todas las instituciones estatales, municipales, religiosas y autónomas.-
- 2.- Mejorar el nivel de educación de la población en general, mediante programas de alfabetización y creación de centros permanentes de estudios, adaptando los programas educativos a las necesidades de la población.-
- 3.- Realizar programas de saneamiento ambiental, dando prioridad a la letrinización, instalación de abastos de agua y mejoramiento de la vivienda.-
- 4.- Tratar de habilitar otra plaza para Auxiliar de Enfermería para el Centro de Salud.-
- 5.- Crear plaza fija para el Piloto de la Ambulancia, de parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que es donde corresponde, ya que labora en vehículo de Salud Pública y es asalariado por parte de la Municipalidad local, lo que conlleva a duplicidad de mandos.-
- 6.- Crear una plaza permanente para Inspector de Saneamiento Ambiental, ya que en el municipio hace falta mucho trabajo al respecto.-

- 7.- Incrementar mayor cantidad de equipo Médico Quirúrgico, así como renovar el mobiliario del Centro de Salud, ya que se está trabajando en un local reciente, adecuado, pero con mobiliario en malas condiciones; además, incrementar la cantidad de medicamentos, - equipo Médico-Quirúrgico y de oficina en cada uno de los envíos trimestrales.-
- 8.- Incorporar a los recursos "naturales" de salud, como complemento de los recursos formales; a los programas de salud locales.-
- 9.- Habilitar por lo menos a todos los Centros de Salud con laboratorios clínicos, para un mejor control diagnóstico.-
- 10.- Continuar con este tipo de investigaciones en la comunidad.-

IX BIBLIOGRAFIA

- 1.- Análisis de los Recursos Formales.- Instrumentos de Trabajo 1-A, 1-B, 1-C.- Mimeografiados por la Facultad de Ciencias Médicas, Fase III.-
- 2.- Detección, Entrevista y Clasificación de los Recursos Médicos Naturales.- Instrumentos de Trabajo No. 2.- Mimeografiados por la Facultad de Ciencias Médicas, Fase III.-
- 3.- Inventario del Centro de Salud Tipo "C" del Municipio de La Unión, departamento de Zacapa, 31 diciembre 1975.-
- 4.- Consignación de envíos Trimestrales de Medicina, Equipo Médico-quirúrgico y de Oficina.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sección Suministros y Farmacia.- Duplicado en poder del Centro de Salud Tipo "C". La Unión, Zacapa, 1975.-
- 5.- Unidad de Planificación y Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.- REPUBLICA DE GUATEMALA, DEPARTAMENTO DE ZACAPA. POBLACION CALCULADA, AÑOS 1972 - 1980.-
- 6.- Municipalidad de La Unión, Zacapa.- LIBRO DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES.- Año 1975.-

- 7.- Br. Flores Larios, Juan Manuel.- **DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DEL GRUPO MATERNO INFANTIL AÑO DE 1974.**- Trabajo de Investigación presentado a la Fase III de la Facultad de Ciencias Médicas al finalizar la práctica de E.P.S. Rural, julio - 1975.-
- 8.- Secretaría de Salud Municipal, Universidad del Valle- División de Salud, - PROGRAMA DE ATENCION MEDICA, SUB-PROGRAMA MATERNO-INFANTIL.- Cali, julio-agosto 1972.- Reproducido por Fase III Facultad de Ciencias Médicas, Fines Docentes.-
- 9.- Dr. Sánchez, José Rómulo.- **LA PLANIFICACION DE LA SALUD.**- Texto mimeografiado, Reproducido por Fase III Facultad de Ciencias Médicas, Fase III, 1975.-
- 10.- Dr. Soto, Carlos E., y Profesores Ciencias de la Conducta Facultad de Ciencias Médicas Fase III.- **SALUD MATERNO-INFANTIL.**- Texto Mimeografiado, Reproducido con fines Docentes, 1975.-
- 11.- Dr. Rendón Contreras, Fernando. Consultas Personales.-

X
ANEXO

LISTA DE CAUSAS DE DEFUNCION POR GRUPO
PROGRAMA DE INVESTIGACION DE MORTALIDAD

CODIGO	GRUPOS DE CAUSAS
01	Fiebre Tifoidea
02	Disentería bacilar y amebiasis
03	Enteritis y otras enfermedades diarreicas
04	Tuberculosis del Aparato Respiratorio
05	Otras Tuberculosis, incluyendo efectos tardíos
06	Difteria
07	Tos Ferina
08	Angina estreptocócica y escarlatina
09	Infecciones meningocócicas
10	Poliomielitis aguda
11	Viruela
12	Sarampión
13	Tifus y otras rickettiosis
14	Paludismo
15	Sífilis y sus secuelas
16	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias
17	Tumores malignos, incluyendo los neoplasmas de tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos
18	Tumores benignos y tumores de naturaleza no especificada
19	Diabetes mellitus
20	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales
21	Anemias

CODIGO

GRUPOS DE CAUSAS

- 22 Meningitis
- 23 Fiebre reumática activa
- 24 Enfermedades reumáticas crónicas del corazón
- 25 Enfermedades hipertensivas
- 26 Enfermedades isquémicas del corazón
- 27 Otras enfermedades del corazón
- 28 Enfermedades cerebrovasculares
- 29 Influenza
- 30 Neumonía
- 31 Bronquitis, enfisema y asma
- 32 Úlcera péptica
- 33 Apendicitis
- 34 Obstrucción intestinal y hernia
- 35 Cirrosis hepática
- 36 Nefritis y nefrosis
- 37 Desnutrición protéico y calórico
- 38 Aborto
- 39 Otras complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio parto sin mención de complicaciones
- 40 Anomalías congénitas
- 41 Lesiones al nacer, distócicos y otras afecciones Anóxicas o hipóxicas perinatales
- 42 Otras causas de mortalidad perinatal
- 43 Síntomas y estados morbosos mal definidos
- 44 Todas las demás enfermedades
- 45 Accidentes de vehículos de motor
- 46 Los demás accidentes
- 47 Suicidio y lesiones autoinfligidas
- 48 Las demás causas externas.

Br. Víctor Enrique Estévez A.

Dr. Fernando Rendón C.
Asesor.

Dr. Jorge Palma M.
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto Gómez
Decano