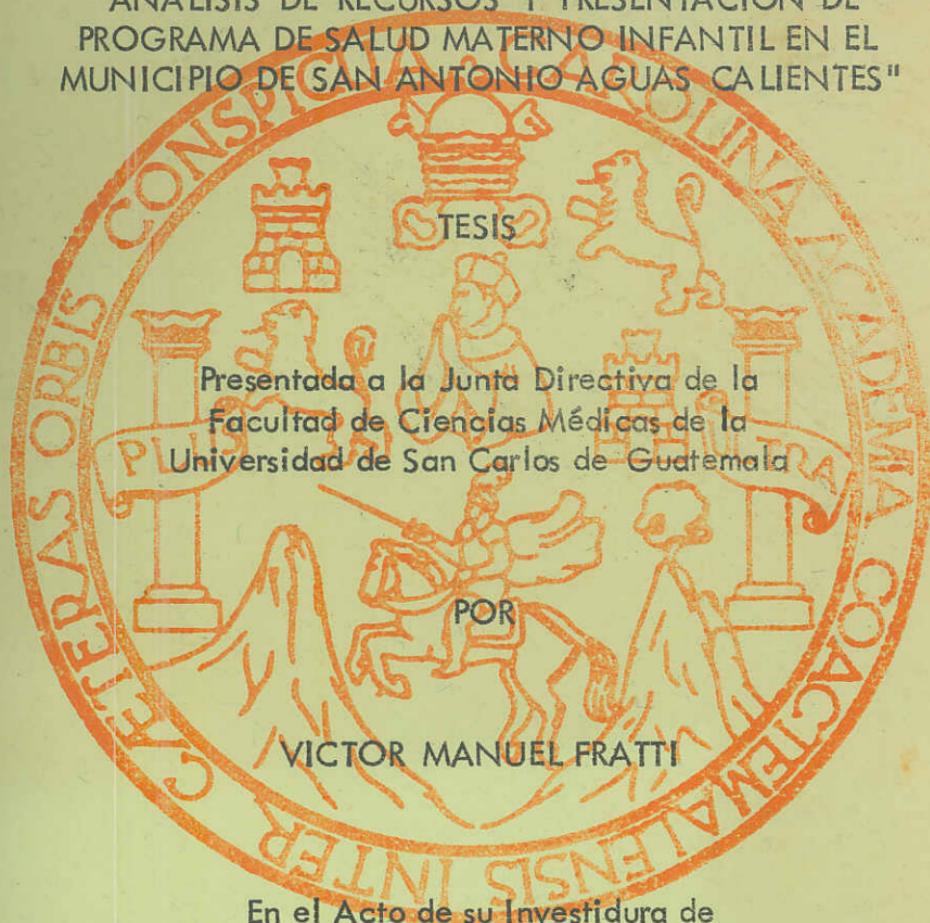


"ANALISIS DE RECURSOS Y PRESENTACION DE
PROGRAMA DE SALUD MATERNO INFANTIL EN EL
MUNICIPIO DE SAN ANTONIO AGUAS CALIENTES"



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

POR

VICTOR MANUEL FRATTI

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

HIPOTESIS

MATERIAL Y METODOS

DIAGNOSTICO DE SITUACION DE SALUD

FACTORES CONDICIONANTES

NIVEL Y ESTRUCTURA DE SALUD

OFERTA DE SERVICIOS MEDICOS

PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL

SUBPROGRAMA MATERNO

SUBPROGRAMA INFANTIL

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION (5)

La Universidad de San Carlos a nivel de todas sus facultades, ha tratado de instituir en el último año de las carreras el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS).

La Facultad de Medicina a través del EPS, ha intentado desarrollar una serie de actividades docentes que permitan al estudiante enfocar de una manera integral los problemas relacionados con las comunidades del área rural, mediante estas actividades docentes (investigación, servicio, docencia) se detectan abordan y se buscan soluciones con enfoque integral a problemas existentes en comunidades extraurbanas, y se demuestra de esta manera que mediante la realización de ésta práctica se contribuye al bienestar del individuo y la colectividad. Por medio de su evaluación es posible detectar los conocimientos, habilidades y criterio del futuro profesional en cuanto a problemas generales.

La finalidad de la práctica, es entrenar al personal médico para investigación y solución de problemas colectivos y capacidad de formular programas de salud en base a las necesidades concretas de la población estudiada.

En nuestro medio se presta atención especial a programas basados en realidades urbanas, las cuales no proyectan las necesidades de la mayoría de la población, que es eminentemente rural, llegan a ser inadecuadas por estar adaptados a una pequeña minoría (urbe) esta falta de adaptabilidad empeorada aún más por la emigración de profesionales hacia el extranjero, los que al retornar ignoran más nuestra triste realidad.

Los programas de salud actuales están basados en otras poblaciones, así como también los recursos disponibles siendo mal utilizados y mal distribuidos, dando la impresión de su inexistencia, por no tomar en cuenta necesidades investigadas en nuestro medio.

JUSTIFICACION (4)

El proceso de planificación de la salud iniciado en Guatemala en 1964 ha cubierto distintas etapas pero sin llegar a establecer una sistema de planificación general que parta de la base de la estructura de los servicios, por lo que los centros de salud tipo "C" y los servicios integrados de área no tienen programas claramente definidos ni técnicamente elaborados.

La ampliación de la atención médica al área rural con carácter permanente lograda a partir del programa EPS en 1974, hace factible y necesario el inicio de una nueva etapa en el proceso, mediante la elaboración de programas jerárquicos para alcanzar objetivos y metas de mejoramiento del nivel nacional de salud y el fortalecimiento del sistema nacional de atención médica.

OBJETIVOS:

a) De la Facultad de Ciencias Medicas.

- 1- Proporcionar a los estudiantes la oportunidad de participar en una investigación de carácter operacional y en la elaboración de programas de atención integral de la salud.
- 2- Mejorar la calidad de la práctica EPS rural, mediante la elaboración y ejecución de programas de salud dirigidos a mejorar el nivel de salud de las poblaciones donde los estudiantes realizan su práctica rural, final.

b) De la Investigación:

- 1- Desarrollar un sistema de análisis de recursos y de elaboración simplificada de programas de salud para ser ejecutados en el nivel de Centros de Salud tipo "C" con participación de la comunidad y de su personal natural de salud.

MATERIAL Y METODOS

HIPOTESIS

- 1- El nivel de salud de las poblaciones de municipios de 2a. a 4a. categoría puede mejorarse durante la realización en el uso de los recursos disponibles para atender a los grupos en mayor riesgo de enfermar y morir.
- 2- Los personajes naturales en salud 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.

a) MATERIAL:

- 1- Los recursos humanos **responsables** de los centros de salud tipo "C".
 - a- Estudiante de Medicina EPS
 - b- Auxiliar de Enfermería.
- 2- Recursos humanos con **funciones de dirección y supervisión** sobre el personal de los centros de salud tipo "C":
 - a- Jefe de Área
 - b- Enfermera Profesional
 - c- Uamas
- 3- Los recursos humanos de salud "Naturales de la Comunidad".
Comadronas, Componedor de huesos, Sobador.
- 4- Recursos Físicos
 - a- Edificio
 - b- Equipo Médico Quirúrgico
 - c- Equipo de Oficina.
- 5- Recursos presupuestarios.
- 6- Recursos aportados por la comunidad.

7- Normas y procedimientos de Trabajo.

b) METODOS:

- 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 estudiados mediante encuestas para determinar:
 - a- El número de elementos en cada categoría, su distribución Geográfica y prestigio a nivel de la comunidad.
 - b- Los elementos de los conocimientos de cada categoría, las bases científicas de los mismos, normas y procedimientos de aplicación de estos conocimientos.
 - c- El proceso formativo de las distintas categorías y los años de experiencia media de los elementos de cada categoría.
 - d- Amplitud del campo de trabajo de cada categoría.
 - e- Incorporación por cada elemento de conocimientos y prácticas de la medicina moderna, aplicación de las mismas en la práctica diaria y los mecanismos de captación de conocimientos.
 - f- 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 material médico quirúrgico y otros se estudiaron en cuanto a su tipo, utilidad, consumo y 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 su clase de tipo, cantidad, origen en situación de propiedad, uso de otros.
- 7- Las normas y procedimientos de trabajo se estudiaron para detectar su aplicación y adecuación a las actividades actuales.

DIAGNOSTICO DE SITUACION DE SALUD

I- DESCRIPCION DEL AREA:

San Antonio Aguas Calientes es uno de los municipios de Sacatepéquez, cuenta con una extensión de 162 hectáreas (17 kilómetros cuadrados), altura de 4740 pies o sea 1440 metros sobre el nivel del mar. Clima poco templado y ligeramente cálido en verano.

Limitado al norte con terrenos de Parramos - jurisdicción de Chimaltenango y Pastores, al oriente con terrenos de San Lorenzo el Cubo, al sur con San Andrés Ceballos que es una aldea del municipio, y terrenos de San Miguel Dueñas y Santiago Zamora. Al oeste con Santa Catarina Barahona. Dista 8 kilómetros de la cabecera departamental, sus carreteras son de tierra. La producción del municipio es agrícola (maíz, frijol, café, papa, horticultura, naranjas, limones) y a base de textiles que además de ayudar a la economía del municipio le confiere interés turístico.

El comercio lo realizan los indígenas con la cabecera departamental y con Escuintla hacia donde llevan sus productos. - El lenguaje que hablan los nativos en el Cackchiquel. (3)

HISTORIA: Según el código de Livingston se registró como municipio San Antonio Aguas Calientes en el año de 1827. No existen datos completos sobre la fundación, pero se aproxima al año de 1540. (Se cree que los nativos de San Antonio Aguas Calientes fueron absorbidos por los españoles para trabajos forzados y la construcción de templos hoy convertidos en ruinas). Los vecinos de Aguas Calientes se originan de nativos autóctonos de la localidad y emigrantes de San Antonio Nijapa (Chi-

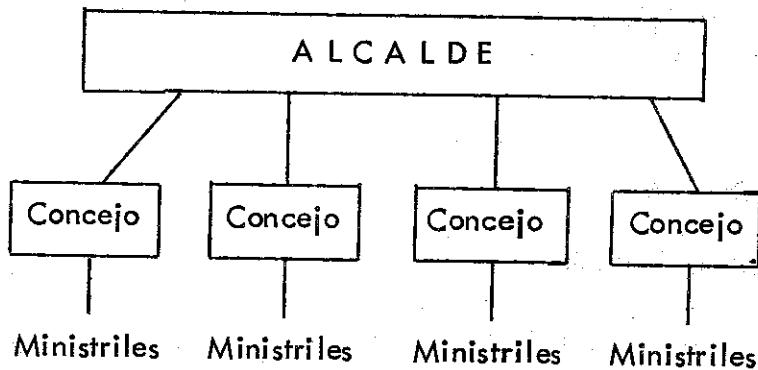
maltenango).

El lugar fué llamado Aguas Calientes porque antes existía una laguna llamada Quilesinapa que tenía en sus orillas vertientes de Agua Caliente y la que fué llenada hace 10 años porque habitaba el mosquito Anopheles.

CUSTUMBRES: Hay dos cofradías en San Antonio Aguas Calientes: La de San Antonio y la de la Virgen, las que se encargan de las fiestas de la localidad. (Son festividades móviles). Presentan ritos matrimoniales sumamente interesantes. Comidas favoritas son el Nixtamal, el pepián como platillo favorito típico, consumen también la bebida llamada chicha.

POLITICA:

Diagrama de la Estructura Política



El Alcalde de la localidad es la persona que resuelve la mayoría de los problemas de orden jurídico social y económico del municipio. Representa al gobernador y resuelve juicios que no ameritan pasar al departamento de Sacatepéquez.

El edificio de la municipalidad lugar donde estaban guardados valiosos documentos fué destruido completamente por el sismo del 4 de febrero y parte del legado cultural del pueblo fue dañado (escritos de varios siglos de antiguedad).

URBANIZACION:

Las calles son de tierra la mayoría eran transitadas por automóviles pero después del terremoto la mayoría de casas de adobe que fueron destruidas dejaron abundante material (río) en las calles.

No hay drenajes haciéndose mayor sus necesidades en época de invierno. El alumbrado público abarca actualmente el centro de la localidad por los trabajos de reconstrucción de los principales edificios que fueron dañados los cuales son, la Municipalidad, la Escuela Pública, la farmacia de la localidad, la iglesia católica (de más de 300 años de haber sido construida), la iglesia evangélica y los dos colegios religiosos.

ECONOMIA:

Medios de Producción:

La totalidad de los hombres mayores de doce años trabajan en la tierra, de los cuales el 60% son propietarios y el resto arrendatarios. La producción es agrícola eminentemente y los instrumentos de trabajo más usados son el azadón y el machete, pocos campesinos usan abonos para la tierra, el producto de la cosecha es utilizado para el consumo y la venta.

La situación de producción agrícola no ha variado después del terremoto del 4 de febrero, porque la tierra no sufrió daños.

En la producción artesanal la mujer indígena juega un papel importante en el ingreso familiar. Todas las mujeres mayores de ocho años saben tejer y utilizan este producto para consumo y la venta y sus puestos de venta hacen pintoresco el lugar y de interés turístico el cual era frecuentado por muchos turistas pero actualmente en la época por el sismo ha sido afectado este tipo de producción y directamente ha dañado a la economía familiar.

FACTORES CONDICIONANTES

POBLACION:

Según datos de la dirección general de estadística la población de San Antonio Aguas Calientes para 1975 es de 4253 habitantes repartidos en dos áreas la urbana y la rural (por población rural se toman en consideración las dos aldeas, San Andrés Ceballos y Santiago Zamora).

Mujeres de edad reproductiva (15 a 45 años) son 810. Equivale al 29 por ciento de la población total.

El grupo menor de 15 años está constituido por las siguientes cifras:

Niños menores de 1 año	152
Niños de 1 a 2 años	180
Niños de 0 a 4 años	716
Niños de 5 a 9 años	734
Niños de 10 a 14 años	546

La población menor de 15 años corresponde a un 41 por ciento de la población total.

El grupo materno infantil en su totalidad constituye el 70 por ciento de la población. Es un municipio formado en su mayoría por gente joven.

EDUCACION:

Los niños son llevados a la escuela a los siete años de

edad cronológica "pero con edad mental aproximada de cinco años" (según comentarios de la mayoría de los maestros), lo que es explicable este retardo en el desarrollo mental por baja educación del seno familiar y desnutrición existente.

Había una escuela pública donde existían todos los grados de primaria atendidos por maestros de ambos sexos, con horario de trabajo de 7 A.M. a 12/30 P.M., la cual fué demolido por considerarse edificio inhabitable a causa del sismo.

Funcionaron en el municipio dos colegios (también demolidos) donde los alumnos pagaban un quetzal de cuota mensual, enseñanza primaria y con mejores condiciones educativas que la escuela pública.

Los niños presentan retardo en el aprendizaje en aproximadamente 38 por ciento (cifra aproximada lograda mediante entrevistas a maestros de la escuela).

Hay descerción escolar notable que se acentúa durante los meses de cosecha por ser considerado el niño de temprana edad como fuente de trabajo y que actualmente es mayor a causa de la reconstrucción de hogares dañados por el sismo.

Muchos niños llegan sin desayunar a la escuela, problemas que resolvieron los colegios al darles refacción gratuita.

Niños que reprueban el primer año primaria es un 40 por ciento, y los escolares que continúan en la prevocacional es 1.2%.

La época post-sismo ha afectado mucho la educación en la localidad por la acentuación de la descerción escolar y el comienzo tardío del año lectivo.

En la población el 45 por ciento son alfabetas y el 55 por ciento son analfabetas.

NUTRICION: (8)

La familia consume maíz, frijol, café los siete días de la semana en un 95 por ciento, y alimentos como huevos, pan y frutas lo consumen un 17 por ciento de las familias 3 días a la semana. La alimentación del escolar es igual que el resto del grupo familiar en un 60 por ciento y a sólo el 15 por ciento se les da prioridad de tomar refacción escolar.

Esto refleja en parte el bajo rendimiento escolar y la constante queja de los maestros de niños con dificultades para el aprendizaje.

Durante el primer año de vida el niño se alimenta exclusivamente de leche materna, siendo el destete prolongado hasta el año seis meses. Reciben producto de origen animal durante el primer año de vida el 21 por ciento, pan el 23 por ciento y productos lácteos animales el 16.4%. Lactancia materna se lleva a cabo en el 85 por ciento de los lactantes.

VIVIENDA:

En San Antonio había un promedio de 721 viviendas, siendo los lotes de una cuerda. En su mayoría el piso era de tierra (84 por ciento) con paredes de palma o paja (40 por ciento) y de adobe o bajareque 34 por ciento.

La vivienda típica en San Antonio tiene dos habitaciones; la primera que es usada por el grupo familiar para sala, comedor,

cocina y dormitorio. Existiendo un alto porcentaje de hacinamiento; comen en el suelo duermen en el suelo usando petas, al comer no se lavan las manos, no usan cubiertos y sus trastos son de barro.

La otra habitación es usada para adoración de imágenes en la cual tienen santos y objetos religiosos.

Se efectuó un censo en marzo de este año (1976) en el cual se estimaron las pérdidas de las viviendas y número de las mismas:

Primer Cantón:	103
Segundo Cantón:	64
Tercer Cantón:	88
Cuarto Cantón:	65

Las viviendas que sufrieron por la acción telúrica fueron de adobe, y las que tuvieron entre estas los más serios daños fueron las construidas de adobe de soga. Las que tenían mezcla de adobe con cal persistieron sostenidas (aunque su inhabitabilidad hace necesaria que sean demolidas).

FAMILIA:

Por lo general el seno familiar está constituido por cinco miembros. El 78 por ciento de las familias son propietarios de sus viviendas, la gran mayoría de familias trabajan por su cuenta. La mujer desempeña un puesto importante como fuerza de trabajo y fuente de ingreso.

Después de la catástrofe, las familias que viven en las trescientas veintiuna quedaron sin viviendas.

SANEAMIENTO AMBIENTAL:

El Municipio de San Antonio Aguas Calientes carece de drenajes, problema que se hace más notorio en época de invierno.

En lo que respecta a basuras como no hay disposición final adecuada, las personas dejan las basuras en el patio, otros construyen hoyos donde la depositan sirviéndoles posteriormente para la elaboración de abonos, hay basureros abiertos lo que es un peligro para la comunidad.

Actualmente se lleva un control estricto sobre posibles focos y brotes epidémicos el que es efectuado por estudiantes de quinto año de medicina enviados para ese fin.

AGUA:

San Antonio carece de agua propia, su abastecimiento es por el municipio de Santa Catarina Barahona municipio colindante.

Agua escasa y los vecinos para obtener mayores cantidades dejan abiertos los chorros durante la noche. Macroscópicamente se ve limpia y pura, y según análisis de bacteriología de la Dirección General de Servicios de Salud la reporta como contaminada; de caracteres generales agua turbia, con sedimento y gérmenes innumerables, prueba de confirmación negativa hacen constar la presencia de numerosas bacterias cultivo negativo.

A causa del movimiento telúrico fueron rotas varias cañerías; con lo que el suministro es aún más escaso y por sectores.

LETRINAS:

En San Antonio se hizo campaña de letrinización en 1973, que según inspectores de saneamiento alcanzó el 90 por ciento de éxito.

El 60 por ciento de familias tienen letrinas insanitarias. Un 30 por ciento poseen letrinas sanitarias. Un 10 por ciento efectúan sus necesidades a flor de tierra.

OTROS:

Hay un rastro de ganado en la salida hacia San Miguel Dueñas, matan una res a la semana. En pésimas condiciones sanitarias.

NIVEL Y ESTRUCTURA DE SALUD

A. MORTALIDAD GENERAL:

Los datos que se presentan a continuación, están basados en los registros de la municipalidad y adolecen de defectos; porque los diagnósticos son dados por la familia del fallecido y apuntados en las listas sin modificaciones; prevaleciendo en ellos la mentalidad metafísica para explicación de fenómenos morbosos. Solo el 5 por ciento son dados por médicos.

En el año de 1974 fallecieron 50 personas, lo que significa una tasa de mortalidad de 11.8 por 1000 anual (tasa de mortalidad aceptable, comparado con otras poblaciones).

El diagnóstico de las enfermedades carece de valor porque al revisar los archivos la entidad conocida como síntomas y estados morbosos mal definidos corresponde a la mayoría de las defunciones (términos tales como gota biliar, hinchazón, viento-cólico, etc.) ver cuadro número 1, en el orden de frecuencia las enfermedades del aparato digestivo equivalen a un 16 por ciento, siguiéndoles las enfermedades del aparato respiratorio (incluida la bronquitis, enfisema, asma bronquial) 14 por ciento enfermedades neoplásicas corresponden al 8 por ciento.

Estos sistemas completamente anticuados de clasificación de las enfermedades a nivel de los municipios debe ser mejorado, ya que repercute en daño sobre el conocimiento de causas de muerte en el área rural.

B. MORTALIDAD MATERNA:

En el año 1974 no se registró ninguna defunción en la ma-

dre embarazada, no significando esto que la gestante esté bajo control prenatal eficiente. (Ver cuadro 2).

C. MORTALIDAD INFANTIL:

Niños menores de un año fallecieron doce, de uno a cuatro años fallecieron seis, de cuatro a catorce años fallecieron dos.

En el grupo infantil hubieron 18 muertos (menores de cinco años) porcentaje tal elevado que llega al 40 por ciento de la mortalidad general (cifra alarmante que refleja el estado de salud del grupo infantil, por lo que debe ser enfocado de una manera completa y consciente).

MORBILIDAD INFANTIL:

En el centro de salud se carece de archivos, y de informes mensuales de consultas, (se tomará como fuentes de referencias el trabajo de la EPS Julia Marina Arriola). (6)

En el año de 1974 se vieron un total de 730 consultas (ignorándose el número de reconsultas). De las cuales 330 corresponden a la morbilidad de personas mayores de 12 años lo que significa un 46 por ciento. El restante 54 por ciento está dedicado a la población infantil. Ver cuadro 5. Niños menores de un año fueron atendidos en 60 consultas, desfaciendo las enfermedades infecciosas un 50 por ciento y las virales (IRS, Influenza) un 12 por ciento. Cuadro 6.

Niños en edad de 1 a 4 años presentaron en su gran mayoría enfermedades infecciosas, las cuales en agrupación de siste-

mas es el siguiente:

Del aparato digestivo: 13 por ciento (enteritis)

Del aparato respiratorio: 22 por ciento (influenza, neumonía, bronquitis, y asma).

Aquí en este grupo hace su aparición la desnutrición protéico colérica con un total del 10 por ciento. Este no es creíble ya que según estadística que efectuó el INCAP hace 4 años, el 80 por ciento de la población infantil en San Antonio presenta algún tipo de desnutrición de acuerdo a la clasificación de Gómez (17). Ver cuadro 7.

Del grupo de población de 4 a 14 años se llega a la observación de que enfermedades infecciosas fueron el motivo de consulta en el 56 por ciento de los casos predominando el aparato respiratorio y digestivo. La angina estreptocócica el 10 por ciento. La desnutrición protéico calórica el 6 por ciento de las consultas. (Cuadro 8.).

La mortalidad ocurrida durante el sismo del 4 de febrero - fué la siguiente:

Fallecieron 10 personas la mayoría soterradas, incluyendo entre ellas dos niños no sabiéndose su diagnóstico final.

La morbilidad afectó a 12 pacientes, siete de ellos se presume que tuvieron fracturas por estar enyesados, los otros cinco numerosos golpes.

OFERTA DE SERVICIOS MÉDICOS

RECURSOS:

El puesto de salud de San Antonio Aguas Calientes, ofrece como material humano a dos estudiantes de medicina EPS, brindando un servicio de atención médica a la población durante un año. Se trabaja un total de ocho horas diarias, 44 horas semanales, y 2000 horas de trabajo anuales efectivo (Restando días de feriado, compromisos con la Facultad de Ciencias Médicas). El tiempo de práctica de cada estudiante EPS es de seis meses, iniciando labores comprendidas del primero de Febrero al 31 de Julio; y el segundo estudiante del 1º de Agosto al 29 de Enero del próximo año.

El sueldo anual es de 1980 quetzales, que equivale a - 99 centavos hora. Fué difícil estimar en 1974 la distribución del horario de trabajo de los médicos EPS por fuentes de información inexistentes (el puesto de salud carece de archivos) y el personal paramédico ignora los datos, por lo que se hará un análisis aproximado.

La actividad consulta que es el número de horas calendariadas para atender pacientes en la clínica (incluidas las primeras consultas y reconsultas) absorvió 1600 horas.

La visita domiciliar (atención médica en casas, estudio de pacientes, inspección de focos naturales de enfermedad) fué de 144 horas.

Actividad vacunación (Inmunizaciones) absorvió 50 horas.

Actividad investigación (que es el tiempo dedicado a e-

fectuar estudios con el objeto de mejoramiento de comunidades, asesorado por la Facultad de Medicina) necesitó 80 horas para su realización.

Hipodermia y curaciones: 2 horas.

Actividad de administración: se necesitaron 30 horas y es el tiempo utilizado en recibir supervisión (por médico UAMAS), asistencia a reuniones de la jefatura, elaboración de informes de trabajo, discusiones de problemas con el personal y promotores de salud, pedidos, gestiones, etc.

La Auxiliar de Enfermería es otro recurso humano en el puesto de salud, persona entrenada para resolver problemas paramédicos en áreas regionales, con conocimientos inadecuados porque las jefaturas en salud no se preocupan en ofrecerles supervisión dirigida.

Su horario de trabajo es el mismo del médico EPS (trabajan también 2000 horas anuales) con sueldo anual de 1440 y un costo hora de 72 centavos.

La Auxiliar de Enfermería es la persona que está en contacto directo con la comunidad, por dormir en el puesto de salud, y por participaciones directas en numerosas campañas.

En la actividad consulta absorbió 1400 horas, acompañando al Médico en la misma actividad (Tomar signos vitales, llenar fichas clínicas, Asistencia para exámenes ginecológicos, etc.)

En la actividad visita domiciliaria absorbe 200 horas anuales, comprendiendo en la misma acompañamiento al Médico en consultas domiciliarias, Inyecciones a domicilio.

Anualmente hay campaña de vacunación (DPT, Polio, BCG, Antisarampión) Utiliza en ésta actividad 50 horas.

En la actividad investigación utilizó sólo cuatro horas (No efectuó estudios sobre problemas del área).

La actividad hipodermias y curaciones: Inyecciones por vía parenteral, lavar heridas, retirar puntos, utilizó 150 horas.

En el mes de Marzo de 1975 ingresó un nuevo recurso en el puesto de Salud, el Estudiante de Odontología EPS enviado por respectiva Facultad, con horario de trabajo similar y sueldo anual de 800 quetzales. (Goza de vacaciones sin pago) Ofrece servicios de extracción, operatoria, y Bucal Dental Escolar a colegiales sin costo alguno, y precios módicos a la población en general.

Desde el mes de Febrero de 1976 se aumentó el número de personal médico. Es enviado un estudiante de medicina del 5º. año para efectuar estudios de la población y posibles brotes epidémicos.

RECURSOS NATURALES:

Se entiende como recurso natural de salud a todas aquellas personas ajenas al centro, con nociones de medicina o curandería que contribuyen al proceso de tratamiento (adecuado o no) ó prevención de estados morbosos en los habitantes del municipio. Estos son: la comadrona, el sobador, el componedor de huesos, el farmacéutico, etc.

En San Antonio existen dos farmacéuticos con nociones elementales de salud, que recetan medicamentos que ellos mis-

mos expenden. Con conocimientos inadecuados recetan antibióticos, vitaminas parenterales y la actitud frente a problemas serios de salud consiste en transferencia con el médico. Hay dos enfermeros que trabajan en el hospital de Antigua, y atienden en sus casas a una gran mayoría de pacientes (Aproximadamente 2000 personas al año).

No hay comadrona y cuando la necesitan acuden a la población de Santa Catarina Barahona, anciana de 60 años con malos conocimientos en salud, nociones obstétricas inadecuadas, habla poco el español, carece de material obstétrico, no usa guantes, atiende los partos en las casas y lo único que pide es un recipiente de agua tibia hervida. Cuando se le trató de entrevistar presentó una actitud de indiferencia. (se han visto varios casos de puerperio complicado en Santa Catarina Barahona).

Para conocer la situación de conocimientos de estos personajes se les entrevistó y evaluó cualitativamente (instrumento de trabajo # 2) se hace el comentario de que los conocimientos de estos personajes acerca de salud en general es insuficiente. Problemas materno infantiles los comprenden muy poco, y aún persiste en algunos la mentalidad de tipo metafísico para explicación de fenómenos morbosos. No han recibido algún entrenamiento (con excepción de los enfermeros). Y no se preocupan por saber más acerca de situaciones que no pueden resolver.

RECURSOS FÍSICOS:

Son definidos como recursos físicos, los elementos de trabajo de larga duración que se deterioran con el uso, que no se destruyen y deben ser inventariados como no fungibles.

El centro de salud como recurso físico fué construido en 1972, con costo de 3,200 quetzales dinero reunido por la municipalidad y en su construcción ayudaron los vecinos de la localidad. Edificio de adobe de soga, techo de lámina y piso de cemento, ubicado en terreno propiedad de la municipalidad de 100 metros cuadrados. Constituido por tres habitaciones pequeñas y dos servicios sanitarios. Las ventanas de los cuartos son pequeñas y mal colocadas, para trabajar satisfactoriamente se usa luz eléctrica.

La energía eléctrica es proporcionada por la municipalidad a través de un largo cordón por haber sido cortada en Enero de 1975 por la empresa eléctrica por falta de pagos.

La habitación más pequeña está destinada para la clínica, con medidas de 3 por 5 metros, se examina a los pacientes con todas las incomodidades, no es funcional, y se debe trabajar con luz artificial.

La otra habitación está destinada a hipodermias y curaciones, es amplia y allí se le toman signos vitales a los pacientes y se guardan los escasos archivos del centro.

La otra habitación que también es amplia la auxiliar de enfermería guarda sus escasas pertenencias y cuando se trató de trasladar la clínica hacia esa habitación, hubieron problemas médico-enfermera; por lo que se sigue trabajando inadecuadamente.

A principios del año 1975 fué improvisado en los corredores del mismo centro un cuarto completamente afuncional, de madera, que es donde el estudiante EPS de odontología efectúa su práctica.

No hay sala de espera y los pacientes tienen que perma-

necer en el corredor. El agua es escasa y para obtenerla hay que recorrer 6 metros, no se cuenta con lavamanos.

Tiene dos servicios sanitarios antihigiénicos por falta de agua.

El edificio del puesto de Salud fué dañado seriamente a causa del fenómeno telúrico del 4 de febrero, sus paredes presentan rajaduras transversales y grietas; y en la parte anterior se derrumbó la pared y el rótulo.

Fué estudiado el daño por un equipo enviado por la Facultad de Arquitectura y lo consideran inhabitable. Habiendo con el Alcalde de la localidad fué posible que concientizaran el problema por lo que a finales del año será demolido y construido otro Centro que ofrezca más funcionalidad.

RECURSO MEDICO-QUIRURGICO

Trimestralmente son enviados al puesto lotes de medicina con valor aproximado de 200 quetzales (Medicamentos preparados en la Dirección General de abastecimientos) de uso corriente y básico, aunque escasos se resuelven las necesidades de los habitantes. Es necesario incrementar en la lista que envían trimestralmente fármacos de variada acción terapéutica (no envían antihipertensivos, antihistamínicos, esteroides locales etc.). Ver cuadro 10.

El material quirúrgico del centro de salud asciende a 300 quetzales, consistiendo en pinzas, tijeras, equipo de disección. Efectuándose cirugía menor, equipo en aceptables condiciones.

El material Médico Quirúrgico fué incrementado en febrero de 1976 para satisfacer mejor las demandas de la población dañada por el Terremoto. Fué obsequiada nueva refrigeradora. El hospital Pedro de Betancourt donó un lote de medicinas por valor de 300 quetzales y se aumentó el número de medicamentos.

PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL:

I- SUBPROGRAMA MATERNO

II- SUBPROGRAMA INFANTIL

OBJETIVOS GENERALES:

- 1- Proteger al grupo de la población que está en mayor riesgo de enfermar y morir.
- 2- Controlar los riesgos propios del binomio Madre-feto, para que el embarazo transcurra sin complicaciones con un parto normal brindando un niño sano y término.
- 3- Controlar en el niño de San Antonio Aguas Calientes sus riesgos, y promover que su crecimiento y desarrollo transcurran dentro de límites normales, de tal manera que su ingreso al medio ambiente le haga con el máximo de sus potencialidades orgánicas e intelectuales.
- 4- Plantear por medio de éste programa bases para la realización de actividades futuras a fin de disminuir la morbilidad de este grupo.
- 5- Entrenar personal natural de salud para mejor realización de estos programas.

I- SUBPROGRAMA MATERNO:

DEFINICION:

Se entiende por grupo materno las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) con características especiales en la población, dándole mayor importancia durante las fases de embarazo, parto y puerperio.

MAGNITUD DEL DAÑO:

Aparentemente el daño en éste grupo de población (basándose en los registros actuales - de la municipalidad y del centro de salud) no refleja la situación real por las siguientes razones:

- a- Mal registro de causas maternas de morbimortalidad.
- b- Porque el embarazo, parto y puerperio en éstas áreas es atendido por personas empíricas de salud que no llevan control estadístico de ninguna clase.
- c- Por hábitos y creencias erróneas durante esta etapa.
- d- Factores sociales incidentes (Por ejemplo la mujer aún embarazada representa fuerza de trabajo).

TRASCENDENCIA SOCIAL:

El daño a éste grupo de una manera directa afecta a la población por las siguientes causas:

- a- La mujer es fuerza de trabajo familiar no importando su condición materna.
- b- Como población joven determina la forma triangular

de la pirámide poblacional.

- c- Por su característica materna determina la reproducción y multiplicación del grupo.

COMPONENTES TECNICOS:

- A- ATENCION PRENATAL
- B- ATENCION DEL PARTO
- C- ATENCION DEL PUEPERIO.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1- Lograr una cobertura del 40 por ciento de la población con una distribución racional de las actividades.
- 2- Disminuir la morbilidad protegiendo a la población materna de los riesgos a que está sometida por medio de controles periódicos durante el embarazo, parto y puerperio.
- 3- Detectar tempranamente embarazos de alto riesgo, para su tratamiento adecuado.
- 4- Prestar atención especial a la siguiente patología: EMBARAZO. Abortos, hemorragias del 1o. y 3er. trimestres, gestosis EPH, Desnutrición crónica de la madre, enfermedades veneras.
- 5- En todos los aspectos hacer énfasis en el factor educativo.

ACTIVIDADES:

- 1- Detección temprana del embarazo.
- 2- Comprobación del embarazo.
- 3- Control prenatal.
- 4- Determinación del sitio de atención del parto.
- 5- Control Post-natal.

UNIVERSO POBLACION:

Es definido como los embarazos y partos esperados para el año de 1977, tomando como cálculo de embarazos esperados el 5 por ciento de la población total de 1976.

NORMAS:

- 1- Detención precoz del embarazo: por el promotor de salud rural.
- 2- Comprobación del embarazo: por el médico del puesto de salud.
- 3- Controles Prenatales: Efectuados por el médico y la auxiliar de enfermería en la siguiente forma:

Primer control..... Semana 12 (efectuado por médico)
Segundo control Semana 24 (realizado por enf.)
Tercer control Semana 31 (realizado por Enf.)
Cuarto control Semana 38 (efectuado por M.D.)

ACTIVIDAD # 1

DETECCION TEMPRANA DEL EMBARAZO

a- Población Universo:

Total de habitantes en el municipio de San Antonio..... 4253

Embarazos esperados para 1977 (5 por ciento de población) 212

b- Cobertura:

40 por ciento de Embarazadas. 85

c- Instrumento:

Promotor de Salud Rural y se medirá como hora promotor.

d- Rendimiento del instrumento:

Promotor efectuará una entrevista por hora a cada familia y como máximo hará 2 visitas al día.

e- Concentración de actividades:

Promotor en salud rural efectuará un total de cuatro entrevistas por mujer en edad fértil al año, llevando anotado el control de las mismas trimestralmente.

Mujeres en edad fértil (15-44 años) 890

40 por ciento de las mismas..... 365

f- Normas:

Serán entrevistadas las mujeres en edad fértil ésta entrevista se llevará a cabo de acuerdo a los siguientes criterios de selección:

Cada 3 meses si la madre tiene niños de 0 a 5 años y cada 6 meses si la madre tiene niños mayores de 5 años.

La entrevista será registrada en una encuesta (Encuesta SPMI-1) en caso que la madre interrogada presenta amenorrea de tres meses.

MODELO DE LA ENCUESTA SPMI-1

Nombre _____

Edad _____

Dirección _____

No. de Embarazos anteriores _____

No. de hijos vivos _____

No. hijos muertos y causas _____

Dificultades en embarazos y/o partos _____

Estado Nutricional:

BUENO REGULAR MALO

Última regla que vió _____

Regularidad en el ritmo menstrual _____

Hijo deseado: Si _____ No _____

SPMI-1: Siglas que significan Subprograma Materno Infantil
Actividad # 1.

ACTIVIDAD # 2

COMPROBACION DEL EMBARAZO

a- Población Universo:

Todas las mujeres en edad reproductiva con sospecha de embarazo, detectadas por el promotor ó que consultan por amenorrea.

40 por ciento..... 85 pacientes.

b- Instrumento:

Médico del centro de Salud y se medirá como hora/ médico.

e- Rendimiento del Instrumento:

Médico efectuará un total de 6 consultas por hora y ésta actividad comprende una consulta única por paciente.

d- Concentración de Actividades.

Esta actividad es única y se observan 85 consultas al año ó sea 21 horas.

e- Normas:

- Las pacientes que el promotor detectó con sospecha de embarazo son presentadas al médico.

- Pacientes que consulten por amenorrea.

menor de 3 meses.

- La encuesta SMI-1 llenada por el promotor será revisada por el médico antes de interrogar a la paciente.
- A todas las pacientes se les hará interrogatorio y examen físico general para determinar estado de salud y síntomas relacionados con embarazo.
- Examen Gineco-Obstétrico se les efectuará solo a las pacientes con amenorrea mayor de 3 meses.
- A todas las pacientes con diagnóstico dudoso de embarazo, dependiendo de su estado económico se harán las siguientes determinaciones:
 - a) Referirlas al Laboratorio Bioquímico para efectuar examen de orina (Gravíndex)
 - b) Esperar cierto tiempo y citarla para consultas más periódicas.

f- Utilidad de la Actividad:

- 1- Comprobar o descartar embarazo.
- 2- Si hay embarazo se da cita para control prenatal.
- 3- Se aprovechará para dar educación materna prenatal, nutricional y medicina Preventiva.

Esta actividad es de gran importancia porque en este municipio se ha observado elevado porcentaje de Amenorrea cuya Etiología es causada por factores carenciales.

ACTIVIDAD # 3

CONTROL PRENATAL

a- Población Universo:

Todas las pacientes a quienes se les confirme el embarazo.

b- Instrumento:

Médico del Centro de Salud y se medirá como hora/ MD Auxiliar de Enfermería del centro de Salud y será medido como hora/Auxiliar.

c- Normas:

Primer control 22 semanas
Segundo control 27 semanas
Tercer control 32 semanas
Cuarto control 38 semanas
Primer y Cuarto control prenatal por Médico del Centro.

Segundo y tercer control por auxiliar de Enfermería.

- El control prenatal se efectuará en la clínica del Centro de Salud.
- En cada control se efectuará interrogatorio y examen físico general, examen de signos vitales, y a la pte. se mandará una semana antes de cada control al hospital Pedro de Betancourt para que analicen la orina en busca de proteinuria.

- En el primer control prenatal el MD deberá ordenar los siguientes exámenes de laboratorio (que serán gratuitos en el hospital).
 - Hematología
 - Orina
 - Heces
 - VDRL
 - Estas normas no son rígidas, ya en ptes. con la patología que se enumera a continuación se les examinará más a menudo.
 - Fiebre
 - Ausencia de movimientos fetales
 - Que no haya realaciones entre la edad del embarazo y la altura uterina.
 - Desnutrición del Adulto
 - Hipertensión Arterial
 - Antecedentes de Hemorragias
 - Pacientes con Cesarias anteriores.
 - Embarazadas menores de 15 años y mayores de 35 años.
 - TB Pulmonar.

d- DATOS

- Teóricamente 85 pacientes.
 2 controles por MD..... 170 controles
 2 controles por Aux. Enf. 170 controles

e- Rendimiento del Instrumento:

- 50 horas MD al año
- 50 horas Auxiliar de Enfermería.

ACTIVIDAD # 4

ATENCION DEL PARTO

a- Población Universo:

Todas las pacientes que estén embarazadas y que tengan control prenatal.

b- Cobertura:

El 50 por ciento de los embarazos es perados para 1976.

El 100 por ciento de las pacientes a quienes se les ha llevado control prenatal.

c- Instrumento:

Comadrona del Hospital Pedro de Betancourt y se medirá como hora/comadrona hospitalaria.

Médico de Guardia del Hospital del área y se medirá como hora/médico.

d- Normas:

Después del último control prenatal, el médico del centro de salud tomará las siguientes actitudes.

- 1- Determina el sitio de atención del parto.
- 2- Deberá insistir y tratará de convencer a la madre embarazada de que el parto sea atendido en el hospital regional de Antigua.

3- La atención hospitalaria del parto comprenderá:

Embarazo Normales

Embarazos Patológicos.

- La atención hospitalaria de los partos normales será efectuada por la Comadrona Hospitalaria.

- La atención en el hospital de los partos patológicos será por Médico de Guardia del mismo centro, el que decidirá la conducta más adecuada para el caso en particular.

- La Comadrona Hospitalaria efectuará las siguientes acciones en salud:

1- Explicación del porqué de los procedimientos que realizará y su significado, para mejor colaboración de la paciente.

2- Atiende el parto.

3- Atiende al recién nacido y efectúa el cuidado de los ojos y el ombligo.

4- Explicación a madre sobre cuidados inmediatos del neonato.

5- Aplicación de procedimientos Post-parto.

- Al egresar la paciente se le dará su respectiva tarjeta Post-Parto (la que contiene información dirigida al médico del puesto de Salud).

e- Concentración de Actividades:

La atención del parto es en promedio de 2 horas.

170 Horas Comadrona al año.

Médico de Guardia Atenderá el parto Patológico.

ACTIVIDAD # 5

CONTROL POST PARTO

a- Población Universo:

Todas las pacientes que tuvieron su parto en el Hospital regional.

b- Cobertura:

El 100 por ciento de partos atendidos en el Hospital. El 40 por ciento de puérperas de la población total.

c- Instrumento:

Médico del Centro de Salud y se le dirá como Hora/Médico.

d- Rendimiento del instrumento:

Se efectuará un total de 85 controles post-parto 25 horas al año.

e- Normas:

Todas las pacientes que han tenido su

parto en el hospital y que se les llevó su carnet de egreso, deben visitar el Puesto de Salud a los 28 días (4 semanas).

Puérperas que no asistan al Centro, se les hará visita domiciliaria.

Se cumplirán las siguientes funciones:

- a- Interrogatorio a la Madre.
- b- Examen físico a madre y niño.
- c- Educación sobre higiene en la alimentación del niño y cuidados especiales.
- d- Insistencia en la importancia de acudir precozmente al centro de salud al menor indicio de enfermedad antes de visitar al personal natural en salud.
- e- Registrar los hallazgos positivos en la ficha clínica de ambos.

f - Utilidad de la Información:

- Investigar condiciones de la madre y Recién nacido en el puerperio.
- Orientación a la madre sobre los signos de alarma que pueden aparecer en el niño, guiandola para que continúe controlándose.

ESQUEMA FINAL DEL SUBPROGRAMA MATERNO

P = Población

NA = No. Actividades

NI = No. Instrumento

RI = Rendimiento del Instrumento

CA = Concentración de actividades

A = Actividades

I = Instrumento.

I
A = DETECCION PRECOZ DEL EMBARAZO.

P = 85 embarazos (40 por ciento del total de embarazadas)

CA = Una visita por Madre embarazada al día.

I = Promotor de Salud Rural.

RI = Dos visitas al día, 200 horas anuales..... 200 hrs.

NI = Dos promotores de Salud Rural.

II

A = Comprobación del embarazo.

P = 85 probables embarazos (40 por ciento de embarazadas para 1976).

CA = 1 consulta única.

RI = 6 consultas por hora. 22 Hrs./año

NI = Un médico.

III

A = Control Prenatal.

P = 85 Madres Embarazadas (40 por ciento de la población gestante).

I = Médico del Centro de Salud y Auxiliar de enfermería
CA = MD.... 2 controles (1o. y 4o. control prenatal).
Aux. Enf. 2 controles (2o. y 3o. control prenatal).
RI = 6 consultas por hora MD 44 Hrs./año.
6 consultas por hora Aux. Enf. 44 Hrs./año.
NI = Un MD; Una Auxiliar de Enfermería.

IV

A = Atención del Parto.
P = 85 Madres embarazadas (40 por ciento de embarazadas).
CA = Una atención del parto por cada embarazo.
I = Comadrona Hospitalaria
MD de Guardia Hospitalario.
RI = 2 horas Comadrona Hospitalaria por parto. 170 Hrs./año.
2 horas MD de Guardia por Parto Patológico.

V

A = CONTROL POST NATAL.
P = 85 madres en Puerperio (100 por ciento de las atendidas en el hospital).
I = Médico del centro de salud.
CA = Un control a los 28 días post-parto.
RI = 6 consultas por hora 22 Hrs./año.
NI = MD # 1.

FORMAS ESTADISTICAS:

Todos los datos desde la detección del embarazo hasta los controles post-parto serán registrados cronológicamente de manera ordenada en única Ficha Materna elaborada para ese fin.

SUBPROGRAMA INFANTIL

I- DEFINICION.

Entendemos por grupo infantil a los niños comprendidos en la edad de 0 a 4 años, siendo ésta la etapa de mayor riesgo de enfermar y morir, por sus características especiales de cuidados y crecimiento.

II- MAGNITUD DEL DAÑO.

- 1- Este grupo se ve altamente afectado por la morbilidad en el área rural.
- 2- La tasa de mortalidad aunque se mantiene elevada, tiende a ser equilibrada por la natalidad existente.
- 3- En 1974 de todas las muertes ocurridas, el 36 por ciento pertenece al grupo infantil.
- 4- Un estadio de Nutrición deficiente, es factor común en la gran mayoría de población infantil, presentando el 80 por ciento de los niños algún grado de desnutrición protéico Calórica. (I, II ó III).
- 5- La población infantil representa el 20 por ciento de la población total.
- 6- La mayoría de muertes en éste grupo se debieron a causas infecciosas, destacando los problemas del aparato digestivo (Diarréas bacterianas, Víricas, Amebiasis, Parasitismo) y del aparato respiratorio (Bronquitis, bronconeumonía, IRS) siendo la desnutrición factor predisponente.

III- TRASCENDENCIA SOCIAL:

Es evidente que la magnitud del daño en éste grupo causa gran impacto en el crecimiento de la pirámide poblacional, sin embargo daña las bases de ésta sociedad, resultando consecuentemente en población enferma y produciendo Crecimiento lento y deficiente de la sociedad.

IV- COMPONENTES TECNICOS:

- 1- Control crecimiento, desarrollo y nutrición.
- 2- Atención de la Morbilidad.
- 3- Detección de brotes epidémicos.

V- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1- Lograr una cobertura del 40 por ciento de la población total de niños de 0 a 14 años.
- 2- Desminuir la morbimortalidad infantil de manera significativa.
- 3- Dar atención adecuada y precoz a las desviaciones del crecimiento normal, definiendo el nivel de atención requerido en cada caso.
- 4- Detectar tempranamente niños con alguna patología para prestar atención adecuada según el caso.

VI- ACTIVIDADES:

- 1- Control de niños menores de 1 año.
- 2- Control de niños de 1 a 2 años.

3- Control de niños de 2 a 5 años.

- 4- Atención de Morbilidad en niños de 0 a 14 años.
- 5- Inmunizaciones.
- 6- Desparasitación.

VII- UNIVERSO POBLACION:

Todos los niños de 0 a 14 años, dividiéndolos en grupos estatarios según las diferentes actividades.

VIII- NORMAS:

- 1- Según aumente la edad, se disminuirán el número de controles al año.
- 2- Todos los controles serán efectuados por el médico del centro de salud.
- 3- Los niños serán detectados por la promotora de salud en sus casas.
- 4- Se llenará registro de cada paciente para su futura consulta programada y/o espontánea.
- 5- Se efectuará las principales medidas antropométricas a niños que consulten al centro de Salud por cualquier Patología.

INSTRUMENTOS:

- A- Médico EPS
- B- Auxiliar de Enfermería.
- C- P S R

RENDIMIENTO DEL INSTRUMENTO

- Hora médica: 6 consultas por hora.
- Hora Auxiliar de Enfermería: 6 consultas por hora.
- Hora Promotor: 1 Entrevista al dñ.

ACTIVIDAD # 1

CONTROL DE CRECIMIENTO, NUTRICION Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO

a- Población Universo:

Niños menores de un año en un municipio de San Antonio Aguas Calientes son 154 (Según revisión de archivos de la Municipalidad).

b- Cobertura:

Se tratará de lograr cobertura del 40 por ciento.
62 pacientes menores de un año.

c- Instrumento:

Promotor en salud Rural y se mide como Hora/Promotor.
El Médico del Puesto de Salud y se medirá Hora/MD

d- Rendimiento del Instrumento:

Promotor en Salud rural efectuará una visita diaria por cada familia.
MD EPS realizará 6 consultas por hora.

e- Concentración de Actividades:

Promotor efectuará 4 visitas domiciliarias en el año total 248 Hrs./año

f- Normas:

MD 4 consultas por año 41 Hrs/año.

El promotor de Salud Rural en la visita domiciliaria explica a la madre el objeto de la misma.

Su importancia y llenará la siguiente encuesta.

MODELO (SPI - 1)

Datos del niño _____

Nombre y edad de la Madre _____

Estado nutricional de la madre _____

Fecha nacimiento del niño _____

Peso _____ Talla _____

Inmunizaciones Anteriores _____

Alimentación del niño desde su nacimiento _____

Edad de inicio de suplementos _____

Conoce la Incaparina SI NO

La usa SI NO

En Base a este cuestionario el PSR detectará los casos con DPC grados leve y moderado (PSR será instruido con anterioridad acerca de la Desnutrición y parámetros de clasificación)

El Médico el Puesto de Salud examinará a éstos niños (Normales y con DPC) ofreciéndoles consulta a los 3, 6, 9 y 12 meses.

Posteriormente MD clasificará el estado nutricional y desarrollo del niño.

Educa a la madre sobre la importancia de la alimentación adecuada.

Revisión de Inmunizaciones.

ACTIVIDAD # 2

CONTROL DEL NIÑO DE 1 A 2 AÑOS

a- Población Universo:

Niños comprendidos en la edad de 1 a 2 años en el municipio de San Antonio Aguas Calientes son 180. (según Archivos de 1974).

b- Cobertura:

El 40 por ciento del total de niños de 1 a 2 años ó sea; 72 niños.

c- Instrumento:

Médico del Centro de Salud y se medirá como hora/médico.

d- Rendimiento del Instrumento:

Una hora médica es igual a seis con-

e- Normas:

sultas.

En la visita realizada por el promotor son detectadas los niños entre uno y dos años y registrados en las listas infantiles ya conocidas.

Estos niños serán examinados por el médico EPS cuatro veces al año en los meses 13, 16, 19 y 22.

Nuevamente el médico llena el control de estos pacientes en cuanto a su crecimiento, nutrición, según encuestas ya mencionadas.

Revisa el record de inmunizaciones.

Educa a la madre para que consulte precozmente al puesto ante signos y síntomas de alarma.

Se cualifica al niño según grado de desnutrición si lo tuviera. Se tomarán las siguientes acciones en la primera visita según la desnutrición del niño:

Grado I-II: Estudio de la dieta, educación sobre la dieta de los alimentos.

Grado III: Se ordenan controles

más frecuentes y se remite al hospital.

Si el niño mejora un grado nutricional seguirá las consultas corrientes.

Si el estado nutricional empeora se efectuarán consultas más frecuentes o su transferencia al hospital.

ACTIVIDAD # 3

CONTROL DE CRECIMIENTO DESARROLLO Y NUTRICION DE NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD

a- Población Universo:

Todos los niños comprendidos en la edad de 2 a 5 años de edad en San Antonio Aguas Calientes, son 520 niños.

b- Cobertura:

El 40 por ciento de los niños de 2 a 5 años que equivalen a 208.

c- Distribución de la población:

Niños de 2 a 3 años	65 (40 por ciento)
Niños de 3 a 4 años	58 (40 por ciento)
Niños de 4 a 5 años	85 (40 por ciento)
	<u>208</u>

Normas:

Detección de los niños comprendidos en esta edad por el promotor de salud rural. Con una visita domiciliaria de los pacientes de la siguiente manera:

Modelo de la Entrevista:

Edad _____ Sexo _____

Nombre de Madre _____

Dirección _____

Peso _____ Talla _____

Deficit _____

Alimentación diaria _____

Costumbres Alimenticias _____

Se hará conciencia durante estas visitas de llevar al niño a sus controles correspondientes.

Luego se hará el control de los niños periódicamente en el centro de Salud por el Md. de la siguiente manera:

Niños de 2 - 3 años: tres consultas al año a los meses 25, 30 y 35.

Niños de 4 a 5 años dos consultas al año en los meses 38, 41 y 44.

Niños de 4 a 5 años dos consultas al año en los meses 48 y 60.

ACTIVIDAD # 4

INMUNIZACIONES

a- Población Universo:

Los niños comprendidos entre 0 a 2 años en la población de San Antonio Aguas Calientes.

b- Cobertura:

Niños de 0 a 2 años	232
40 por ciento	93

c- Instrumento:

Auxiliar de enfermería y se medirá como auxiliar de enfermería.

d- Concentración de Actividades:

Una campaña de vacunación al año.
Tres días al año.

e- Normas:

La Auxiliar de Enfermería tendrá que recibir un cursillo sobre el programa de inmunizaciones.

El programa de vacunación contemplará las siguientes acciones:

a- Campaña de medios de divulgación, para que la población se

entre de los programas de vacunación. (carteles, hablar con el personal del comité de salud).

b- Se citará un día ó dos días a todos los pacientes menores de dos años para ser llevados con sus madres.

c- Se contemplarán las siguientes vacunas D.P.T. ANTISARAMPIÓN, ANTIPOLO Y BCG.

d- Actividad que se realizará en un sólo día y considerando las pérdidas de vacuna, se pedirán un 10 por ciento más de las calculadas.

ESQUEMA FINAL DEL SUBPROGRAMA INFANTIL

I

CONTROL DE CRECIMIENTO, NUTRICION Y DESARROLLO DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO

P = 62 niños menores de un año.

I = Promotor de Salud Rural y Médico del Centro de Salud.

CA = PSR Efectuará una visita domiciliaria por familia al año.

MD 6 consultas por hora. 4 controles año.

RI = PSR: Dos visitas al día..... 31 horas anuales
MD: 6 consultas por hora 40 horas anuales.

II

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS DE UNO A DOS AÑOS

P = 72 niños entre uno y dos años (40 por ciento).

I = Promotor de salud rural y Médico del centro de Salud.

CA = PSR Efectuará una visita domiciliaria por familia al año.

MD Hará controles cuatro veces al año.

RI = PSR: Dos visitas al día 36 horas anuales
MD: 6 consultas por hora 48 horas anuales

III

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS DE DOS A CINCO AÑOS

P = Niños de 2 a 3 años 65 (40 por ciento)
Niños de 3 a 4 años 58 (40 por ciento)
Niños de 4 a 5 años 85 (40 por ciento)

I = Promotor de Salud Rural
MD del Centro de Salud.

CA = PSR: Una visita domiciliaria por familia al año.

MD: Niños de 2-3 años: 3 consultas al año los meses 25, 30 y 35.

Niños de 3-4 años: 3 consultas al año en los meses 38, 41 y 44.

Niños de 4-5 años: 2 consultas al año en los meses 48 y 60.

RI = PSR: 2 visitas familiares/día 104 horas al año.

MD: Niños 2-3 años
Niños 3-4 años seis consultas hora ..92 horas/año.
Niños 4-5 años

IV

INMUNIZACIONES

P = 93 niños entre 0 y 2 años de la población.

I = Auxiliar de enfermería

CA = Un día al año de vacunación.

RI = 15 vacunaciones por hora..... 6 horas/año.

CUADRO # 1 *

MORTALIDAD GENERAL
SAN ANTONIO AGUAS CALIENTES 1974

CAUSA DE DEFUNCION	No. DE CASOS	%
Síntomas y estados morbosos mal definidos	16	32
Enteritis y asociadas	8	16
Bronquitis, Enfisema y Asma	4	8
Tumores Malignos	4	8
Enfermedades Infecciosas y parasitarias	3	6
Accidentes	3	6
Neumonía	2	4
Influenza	1	2
Tos Ferina	1	2
Otras no especificadas	8	16

CUADRO # 2 *

MORTALIDAD MATERNA

SAN ANTONIO AGUAS CALIENTES 1974

Mortalidad Durante el Embarazo.....	0
Mortalidad durante el parto	0
Mortalidad durante el Puerperio	0
Mortalidad por Aborto	0

CUADRO # 3 *

MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
SAN ANTONIO AGUAS CALIENTES 1974

CAUSA DE DEFUNCION	No. DE CASOS	%
Enteritis y otras	5	41.6
Síntomas y estados morbosos mal definidos	5	41.6
Neumonía	1	8.4
Fiebre Tifoidea	1	8.4
	12	100.0

CUADRO # 4 *

MORTALIDAD EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS.
SAN ANTONIO AGUAS CALIENTES 1974

CAUSA DE DEFUNCION	No. DE CASOS	%
Infecciones Parasitarias	2	33.4
Síntomas y estados Morbosos mal definidos	2	33.4
Enteritis y causas relacionadas	1	16.6
Tos ferina	1	16.6
	6	100.0

CUADRO # 5 *

MORBILIDAD GENERAL (PACIENTES DE 14 AÑOS EN ADELANTE)
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD
SAN ANTONIO AGUAS CALIENTES, 1974

MOTIVO DE CONSULTA	No. DE CASOS	%
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	58	17.5
Influenza	25	7.5
Enfermedad Péptica	22	6.6
Neumonía	18	5.4
Anemia	16	4.8
Síntomas y estados morbosos mal definidos	16	4.8
Bronquitis, Enfisema y Asma	15	4.5
Enteritis y causas relacionadas	15	4.5
Angina Estreptocócica	9	2.7
Las demás enfermedades	136	41.7
	330	100.0

* Fuente: Diagnóstico de Situación de Salud
Grupo Materno Infantil, Año 1975
Julia Marina Arriola.

CUADRO # 6 *

MORBILIDAD DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
PUESTO DE SALUD
SAN ANTONIO AGUAS CALIENTES, 1974

MOTIVO DE CONSULTA	No. DE CASOS	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	11	17
Enteritis y afines	8	13
Influenza	8	13
Angina Estreptocócica	5	10
Neumonía	5	10
Bronquitis y Asma	3	5
Meningitis	2	3
Niño Sano	2	3
Tos Ferina	1	1
Las demás enfermedades	15	25
	60	100

CUADRO # 7 *

MORBILIDAD EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS
PUESTO DE SALUD
SAN ANTONIO AGUAS CALIENTES, 1974

MOTIVO DE CONSULTA	No. DE CASOS	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	36	20
Angina Estreptocócica	24	14
Enteritis y Afines	23	13
Influenza	19	10.5
Desnutrición Protéico Calórica	18	10
Amebiasis	13	7
Neumonía	9	5
Bronquitis y Asma	5	2.5
Varicela	20	11
Las demás Enfermedades	180	100

* Fuente: Diagnóstico de situación de Salud
Grupo Materno Infantil, Año 1975.
Julia Marina Arriola.

CONCLUSIONES

- 1- La totalidad de la Población de San Antonio Aguas Calientes pertenece al grupo Indígena, y sus creencias y costumbres son factor desfavorable para efectuar una buena acción en salud.
- 2- La situación económica es precaria, y familias en su mayoría presentan bajos ingresos monetarios; Situación agravada aún más por el movimiento telúrico del 4 de febrero.
- 3- Los recursos humanos del puesto de Salud son suficientes para atender la demanda de la población.
- 4- La demanda de servicios médicos es grande, sin embargo no busca atención el indígena por las siguientes razones:
 - a- El personal natural en salud tiene prioridad.
 - b- El indígena prefiere conservar su tradición.
 - c- Mala promoción de Autoridades médicas.
 - d- Venta libre de Medicinas.
- 5- La mortalidad en el Municipio, es constante a pesar de las condiciones de salud de los habitantes, (comparada con otros grupos de población). Y no ha variado en el transcurso de los años.
- 6- Es una población de crecimiento lento por tasa de natalidad baja.

7-

La oferta de Salud no ha sido factor de cambio notable, explicable probablemente a falta de elaboración de programas dirigidos intelligentemente.

8- El grupo Materno Infantil constituye el 70 por ciento de la población total, dándole características de sociedad joven.

9- Los programas de Saneamiento Ambiental aislados han tenido poca eficacia en ésta región.

10- Los partos atendidos en domicilios, se hacen en condiciones totalmente inadecuadas.

11- El grupo Materno Infantil es constantemente perjudicado, y los daños son de carácter nutricional e infeccioso.

12- El porcentaje que acude al centro de Salud en relación a la población total es bastante bajo.

13- El Centro de Salud es un edificio con poca funcionalidad, (construcción con mala disposición) dañado por el Terremoto del 4 de Febrero por lo que debe ser demolido y construido otro edificio que posea mejores características que el anterior.

RECOMENDACIONES

1- Creación de un nuevo centro de Salud, que cubra las necesidades del municipio, que presente funcionalidad en la construcción. Se recomienda esto, porque el actual edificio carece de principios básicos de toda buena construcción y haber sido dañado seriamente por el Sismo del 4 de Febrero.

2- Exigir al Ministerio de Salud Pública que envíe a los diferentes Centros de Salud los medicamentos que el Médico Solicita y no tratar de abarrotar los puestos con productos poco utilizados.

3- Insistir en que sea mejorada la calidad de certificaciones de defunción en los registros civiles de cada comunidad para poder trabajar en mejor forma con datos estadísticos aceptables.

4- Creación futura de programas de salubridad para mejoramiento de vida del Indígena: Letrillización, Agua potable, Vacunación, nutrición, etc.

5- Que futuros practicantes EPS trabajen en base a los aspectos más importantes del presente Programa Materno Infantil para poder llevar desde el inicio una política de salud definida y efectiva.

6- Insistir en la importancia de practicar la Medicina Preventiva.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Dirección General de Cartografía. Diccionario Geográfico de Guatemala. Tomo II Pp 126. Guatemala C. A. 1962.
- 2- Unidad Sectorial de Planificación de la Salud MSSP. República de Guatemala Departamento de Sacatepéquez. Población Calculada 1972-80.
- 3- Flores Ramírez Adrián. Monografía del Departamento de Sacatepéquez. Ed. Ministerio Salud Pública 1961.
- 4- Registro Civil, San Antonio Aguas Calientes. Libro de Registro Civil.
- 5- González Calderón, Leonor Ofelia. Diagnóstico del nivel y estructura de Salud del Municipio de San Antonio Aguas Calientes, 1973. (Tesis) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas.
- 6- Arriola, Julia Marina. Diagnóstico de Situación de Salud grupo Materno Infantil año 1975.
- 7- Universidad del Valle, División de Salud. Programa de Atención Médica. Subprograma Materno Infantil, Cali, Julio-Agosto de 1972.
- 8- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Algunos Problemas Básicos en la Atención del recién nacido normal y prematuro". VI Seminario en temas básicos de Pediatría.

- 9- Facultad de Ciencias Médicas. Trabajo de Investigación del EPS Rural, 2o. semestre 1975. Salud Materno Infantil II. Análisis de recursos. Salud Materno Infantil Programa EDC. Material producido por profesores de Ciencias de la Conducta y adaptado por Dr. Carlos E. Soto.

BR. Víctor M. Forn
Víctor M. Fratti Lottigna

Maltez
Asesor.
Aurelio Aguilas S.

~~Maltez~~
Review.
COLLEGADO 1973

Julio de Forn
Director de Fase III.
Julio de Forn Méndez

Francisco Forn
Secretario General
Dr. Mariano Gómez

Vp. Bo.

Carlo M. Forn
Decano
Dr. Carlos Bracco de Forn