



PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL
PARA EL MUNICIPIO DE JALPATAGUA 1975.

MANUEL GUILLEN S.

GUATEMALA, ABRIL DE 1976

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL
PARA EL MUNICIPIO DE JALPATAGUA 1975.

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE LA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

MANUEL GUILLEN S.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

HIPOTESIS

OBJETIVOS

- A. GENERALES
- B. ESPECIFICOS

MATERIAL Y METODOS

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

- A. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO
- B. FACTORES CONDICIONANTES

- B₁. POBLACION
 - B₂. VIVIENDA
 - B₃. EDUCACION
 - B₄. ECONOMICA

- C. LOS DAÑOS

- C₁ MORBILIDAD
 - C₂ MORTALIDAD
 - C₃ NUTRICION

- D. RECURSOS

- D₁ HUMANOS
 - D₂ MATERIALES

PROPIUESTA DE PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL

- A. SUB-PROGRAMA MATERNO

- B. SUB-PROGRAMA INFANTIL
- C. SUB-PROGRAMA CONSULTA EXTERNA GENERAL
- D. SUB-PROGRAMA HIPODERMIA, CURACIONES, INMUNIZACIONES, VISITA DOMICILIARIA, DOCENCIA, INVESTIGACION Y ADMINISTRACION.
- E. PROYECCION A 5 AÑOS

VII. COMENTARIO

VIII. CONCLUSIONES

IX. RECOMENDACIONES

X. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION:

El grupo Materno Infantil además de constituir un alto porcentaje de la población del país, comprende los elementos que en el futuro van a ser la base socio-económica y cultural del mismo, por lo que debe recibir especial atención en el planeamiento de programas de salud.

A partir de 1974 y con la aparición de 135 nuevos centros de salud tipo "C", a cada uno de los cuales fué asignado un estudiante de medicina de último año para que realizara su práctica de "Ejercicio profesional supervisado" ha ido mejorando el conocimiento de la situación de salud de estas comunidades mediante los estudios efectuados sobre morbilidad, causas de muerte y los factores que las condicionan, evidenciándose con particular importancia los daños a que está sometida la población Materno-Infantil condicionados en gran parte por la constante participación de la desnutrición proteíco-calórica como causa de morbi-mortalidad.

En este municipio se efectuó anteriormente una tesis sobre Investigación de Mortalidad, Análisis retrospectivo, en 1973, por el Dr. Oscar Rolando Morales Enriquez, y además se ha observado gran interés por la atención de Salud Materno-Infantil, llevándose a cabo continuamente en el Centro de Salud actividades preventivas y curativas dirigidas a este grupo.

Motivado por el deseo de contribuir en la reducción de los índices de morbi-mortalidad de madres y niños es que se ha elaborado este trabajo tratando de colaborar en la elaboración de programas de atención más estructurados.

En el presente trabajo se pretende aportar información útil para el diseño y verificación de programas de atención integral locales, que logren modificar las condiciones actuales.

En la elaboración de estos programas se tomará en cuenta el aprovechamiento del personal natural de salud, constituido en gran parte por comadronas y promotores de salud adiestrados, y se considerarán las características ambientales, socio culturales y económicas del lugar.

El programa se elaborará con objeto de cubrir inicialmente al área urbana, pudiendo ampliarse posteriormente de acuerdo a recursos futuros al área rural.

En general los programas de salud Materno-Infantil están dirigidos al control adecuado de las madres durante su embarazo, puerperio y lactancia y del niño durante su período de desarrollo.

Un adecuado control de la madre durante el embarazo mediante la coordinación de las actividades del personal de salud disminuirá en gran medida las causas de morbi-mortalidad materno-infantil y un adecuado planeamiento de control de salud infantil con énfasis en nutrición, higiene, saneamiento y vacunación disminuirá la incidencia de morbilidad y mortalidad infantil.

II. HIPOTESIS

- A. La elaboración de programas de atención médica claramente dirigidos y técnicamente elaborados, basados en una consideración global de la situación de salud y dirigidos especialmente al grupo Materno-Infantil, mejorará el nivel de salud del Municipio.
- B. Al elaborar programas de atención más estructurados y más dirigidos hacia objetivos específicos aumentará la eficacia y aprovechamiento de los recursos físicos y humanos de salud.

III. OBJETIVOS:**A. Generales:**

- A₁.** Colaborar en la elaboración de programas de atención médica dirigidos especialmente al grupo Materno-Infantil, tendientes a mejorar el estado de salud integral de la población y utilizando los recursos disponibles.
- A₂.** Elaborar los programas tentativos de atención Materno-Infantil, dirigidos a cubrir al menos un 80% de la población.

B. ESPECIFICOS:

- B₁.** Mejorar la morbilidad materna a través del control periódico del embarazo.
- B₂.** Disminuir la morbilidad en los niños a través del control periódico de crecimiento y desarrollo que permita la detección precoz de Patología.

IV., MATERIAL Y METODOS:

A. MATERIAL:

Para la elaboración de este programa tentativo de salud Materno-Infantil se tomó en cuenta los diversos recursos humanos, físicos y materiales existentes en el municipio.

Así los recursos humanos responsables directos de los Centros de Salud son el Estudiante de Medicina en E.P.S. y la auxiliar de Enfermería.

Los recursos humanos con funciones de dirección y supervisión sobre el personal del centro de salud: Jefe de Área, Médico de UAMAS, Médico supervisor de Área de la Facultad de Ciencias Médicas.

También se consideran los recursos humanos de Salud naturales de la comunidad tales como: Promotores de salud rural, comadronas adiestradas, Farmacéutico.

Los recursos físicos disponibles comprenden un edificio de mixto con mobiliario mínimo adecuado y equipo médico-quirúrgico para curaciones y pequeña cirugía, así como equipo de examen físico básico. Se dispone de los medicamentos básicos para servicio de consulta externa y de material médicoquirúrgico para cirugía menor.

Los recursos presupuestarios consisten en una cuota fijada por el Ministerio de Salud Pública para pedidos de material y equipo médico-quirúrgico, de oficina, y medicamentos.

Otros recursos para el presente estudio son las normas y procedimientos de trabajo aportados por la Facultad de Ciencias Médicas.

B. METODOS

Se utilizaron instrumentos de trabajo elaborados por la Facultad de Ciencias Médicas. Los recursos humanos formales del Centro de Salud (estudiante E.P.S. y Auxiliar de Enfermería), se estudiaron haciendo un recuento y análisis de su distribución en distintas actividades, considerando el número de horas asignadas a cada actividad, los costos de cada actividad de acuerdo al número de horas utilizadas, el rendimiento alcanzado por cada actividad, y la asignación de las actividades é instrumentos a distintos daños.

Los recursos humanos de Salud Naturales del Municipio (promotores de salud rural, comadronas y farmacéutico) se estudiaron mediante entrevistas individuales en las que se investigó el tipo de recurso natural, número de elementos en cada categoría, grupos etarios predominantes, número de pacientes atendidos por año, distribución geográfica, prestigio a nivel de la comunidad, los conocimientos y bases científicas de cada categoría, proceso formativo y años de experiencia de cada categoría, así como la incorporación y aplicación de conocimientos y práctica de la medicina moderna a la práctica diaria.

Los recursos físicos, en este caso un edificio, mobiliario, y equipo médico quirúrgico, se estudiaron en cuanto a su cantidad, tiempo de uso, depreciación y asignación a distintos programas, actividades o daños.

Los medicamentos y material médico quirúrgico se analizaron de acuerdo al tipo, utilidad, consumo y costo, tomando en cuenta la experiencia práctica en el campo para evaluar parámetros como su utilidad y consumo.

Las etapas anteriores fueron el inicio del estudio y una vez recolectada y analizada esta información, y tomando en cuenta los factores condicionantes del área (población, vivienda, educación, y economía) y los daños o morbimortalidad, se procedió en una segunda etapa a formular una propuesta de programa

de atención Materno-Infantil en base a los recursos disponibles y con proyección a 5 años, diseñados para atender al menos al 80% de la población.

V. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

A. Descripción del Área de Trabajo:

El Municipio de Jalpatagua, que es parte del Departamento de Jutiapa, tiene una extensión territorial de 204 kms. cuadrados, está formado por un valle fertil, rodeado de terrenos montañosos y la zona que colinda con El Salvador es quebrada. La cabecera departamental se encuentra en el valle y está situada a 560 metros sobre el nivel del mar.

La ruta nacional C.A.-8 pasa por el centro y a lo largo del municipio, proveyendo una excelente vía de comunicación. También existe una ruta de segunda importancia, que comunica con la cabecera departamental, y caminos y veredas transitables en todo tiempo para comunicarse con las 13 aldeas del municipio.

B. FACTORES CONDICIONANTES:

B₁ POBLACION

La población para el área urbana, que es la que se cubrirá inicialmente es de 1887 personas en 1975, siendo 901 hombres, 986 mujeres y 386 niños menores de 7 años.

La población actual, su distribución por grupos etarios y su proyección a 5 años según datos obtenidos en la unidad de estadística de Salud Pública se preveen en la forma indicada en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 1

POBLACION ESTIMADA EN EL
MUNICIPIO DE JALPATAGUA
(CABECERA MUNICIPAL) AÑOS 1975 A 1980

AÑO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	MENORES DE 7
1975	1887	901	986	386
1976	1921	920	1001	394
1977	1961	939	1028	402
1978	2008	959	1049	410
1979	2050	979	1071	419
1980	2093	1000	1093	428

Según datos Unidad de Planificación y Estadística, Ministerio de Salud Pública y A.S. (M.S.P. Y A.S.)

La población para todo el municipio, por grupos de edades se ejemplifica en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 2
POBLACION POR GRUPOS DE EDAD, AREA Y
SEXO, MUNICIPIO JALPATAGUA
ESTIMACION A 1974

Grupos de Edad	Masculino			Femenino			Total
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	
0-4 Años	184	1139	1323	179	1137	1316	363
5-9 Años	175	1107	1282	168	1072	1240	343
10-14 Años	139	865	1004	140	799	939	279
15-19 Años	88	549	637	92	727	819	180
20-24 Años	72	438	510	65	436	501	137
25-29 Años	63	403	466	63	400	463	126
30-34 Años	59	364	423	58	401	459	117
35-39 Años	52	315	367	52	361	413	104
40-44 Años	44	264	308	40	276	316	84
45 y más	150	877	1027	136	874	1010	286
Total	1026	6321	7347	993	6483	7476	2019
							14823

Fuente: Población calculada, Depto. de Jutiapa, años 1972-1980, Unidad de Planificación y Estadística, M.S.P. y A.S.

B₂ VIVIENDA

En general en el Municipio las características higiénicas de las viviendas son inadecuadas pues la mayoría son de un solo ambiente, tienen pisos de tierra y no tienen cielos. El promedio de ventanas por casa es aproximadamente uno, y de puertas dos, como puede apreciarse en el siguiente cuadro.

CUADRO No. 3

CONDICIONES DE VIVIENDA MUNICIPIO DE JALPATAGUA, AÑO 1973.

Viviendas con un solo ambiente	74o/o
Con pisos de tierra	84o/o
Construidas con paredes de palma	62o/o
Material del techo paja	66o/o
No tiene cielos	94o/o
Iluminación nocturna por empresa eléctrica	15o/o
Iluminadas con candela ocote o candil	85o/o
Promedio de ventanas por casa	73
Promedio de puertas por casa	1.7

(Tomado de Investigación de mortalidad, análisis retrospectivo Jalpatagua 1973. Dr. Oscar Rolando Morales Enriquez.

A estas características inadecuadas de vivienda se debe sumar la contaminación del ambiente.

El 40o/o de la población tiene acceso a el servicio público de agua, proveniente de tanques descubiertos sin tratamiento. El 43o/o utiliza agua de río u otros abastos de agua estancada potencialmente contaminada y el 17o/o agua de pozo.

La disposición de excretas se lleva a cabo a flor de tierra en 88o/o de las viviendas, a colector público en 11o/o y a letrina sanitaria en 7o/o.

Las aguas servidas se depositan a flor de tierra en 89o/o. La mayoría de viviendas tienen acceso de roedores, insectos, o animales domésticos. El siguiente cuadro sumariza la contaminación del ambiente.

CUADRO No. 4

AGUA POTABLE, DISPOSICION DE EXCRETAS Y ACCESO DE ANIMALES DOMESTICOS' MUNICIPIO DE JALPATAGUA, AÑO 1973

Servicio Público de agua	40o/o
Agua de pozo	17o/o
Agua de río y otras contaminadas	43o/o
Excretas a colector público	11o/o
a letrina sanitaria	7o/o
a flor de tierra	88o/o
Aguas servidas a colector público	11o/o
Aguas servidas a flor de tierra	89o/o
Viviendas que tienen acceso de	
Vacas, cerdos, y aves de corral	82o/o
Viviendas que tienen acceso de	
roedores e insectos	100o/o
Viven dentro de la casa animales domésticos	77o/o

Tomado de investigación de mortalidad, análisis retrospectivo, Jalpatagua 1973. Dr. Oscar Rolando Morales Enriquez.

Las condiciones prevalentes de vivienda inadecuada y contaminación del ambiente presiden a la población a la adquisición de la patología observada.

Cabe hacer notar que los datos anteriores son para todo el municipio en conjunto y que las condiciones son mucho mejores en el área urbana, o sea en la cabecera municipal, que en el área rural.

B₃. EDUCACION:

Existe gran interés por la educación, contándose con una escuela primaria y un instituto de educación básica, ambos de el Ministerio de Educación y con personal capacitado y entusiasta. En el área urbana asisten a la escuela apróximadamente el 76o/o de los niños en edad escolar y en el área rural el porcentaje es mas bajo, asistiendo 38o/o, apróximadamente, de la población en edad escolar.

La población analfabeta de 15 años y más para todo el Departamento de Jutiapa y según el octavo censo de población de 1973, es de 58.55o/o.

Sería de gran provecho continuar la actividad conjunta que se llevó a cabo este semestre de plásticas de educación sanitaria e higiene por personal del Centro de Salud.

B₄. ECONOMIA:

Las actividades principales corresponden a la agricultura, el comercio y la ganadería, se cultiva principalmente el maíz, frijol y maicillo. El 93o/o de la población tiene un ingreso mensual menor de 49 quetzales.

64o/o de familias, cultivan tierra propia y 35o/o tierra arrendada. La mayoría, el 99o/o de familias, cultiva extensiones

menores de 9 manzanas. El siguiente cuadro ejemplifica esta situación:

CUADRO No. 5

INGRESO FAMILIAR POR MES, FUERZA DE TRABAJO Y TENENCIA DE LA TIERRA, MUNICIPIO DE JALPATAGUA AÑO 1973.

INGRESOS FAMILIARES POR MES EN Q.

DE 0 A 49.00	93o/o
DE Q 50.00 A 99.00	7o/o
DE Q 100.00 Y MAS	

PROPIEDADES DE LA TIERRA

Total familias trabajan la tierra	89o/o
Familias con tierra propia	64o/o
Familias con tierra arrendada	35o/o

EXTENSIONES DE TIERRA TRABAJADA

De 0 a 9 manzanas	96o/o
De 10 a 39 manzanas	1.6o/o
De 40 a 59 manzanas	
De 1 a 4 caballerías	2.5o/o

FUERZA DE TRABAJO

Colonos	85o/o
Cuadrilleros	
Jornalero	1o/o
Otros	13o/o

Tomado de: Investigación de mortalidad, análisis retrospectivo, Jalpatagua 1973. Dr. Oscar Rolando Morales Enriquez.

C. LOS DAÑOS

C₁ MORBILIDAD.

Las entidades patológicas más frecuentes en el grupo Materno-Infantil corresponden a la desnutrición, enfermedades infecciosas gastrointestinales y respiratorias en orden decreciente.

Lo anterior está de acuerdo con las características de la vivienda y ambiente, y corresponde a lo observado en la práctica.

La desnutrición prevalece en el grupo infantil de 1 — 4 años pero se observa en menor escala también en adultos y mujeres embarazadas.

La Gastroenterocolitis tiene mayor incidencia en el grupo infantil durante el primer año de vida y en los siguientes cuatro años, tendiendo a aumentar durante el destete, aproximadamente al año y medio.

Las enfermedades respiratorias infecciosas se observan más en los niños de 1 — 4 años y en adultos mayores de 45 años.

Durante el embarazo, parto y puerperio, el mayor problema es la nutrición inadecuada, en la mayoría de casos por falta de conocimientos nutricionales y dificultades económicas.

La incidencia de otras entidades como toxemia permanece baja, aunque se ven casos esporádicos, ya que esta tiene relación con la nutrición inadecuada. También se observan esporádicamente casos de amenaza de aborto, presentaciones anormales, amenaza de parto prematuro, e infecciones puerperales.

No se observaron casos de hemorragia post-parto por retención placentaria, ni otros problemas graves del puerperio.

C₂ MORTALIDAD:

Las causas de mortalidad corresponden a las de morbilidad, siendo la mayoría de los casos derivados de problemas de desnutrición, gastroenteritis o infecciones respiratorias.

En investigación de causas de defunción efectuado en 1973 como parte de tesis sobre investigación de mortalidad en Jalpatagua, por el Dr. Oscar Rolando Morales Enriquez, se encontró que un 39% eran debidas a desnutrición, 38% de defunciones a Gastroenterocolitis, 20% a desequilibrio hidroelectrolítico, 11% a Bronconeumonía y 2% a Bronquitis, 7% a insuficiencia cardíaca, 12% a Hipertensión arterial, y 3% a senilidad, habiendo otras causas misceláneas con porcentajes menores. Como vemos siempre persiste el mismo patrón citado anteriormente en cuanto a incidencia de patologías.

Las tasas de mortalidad para el municipio de Jalpatagua se pueden observar en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 6

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL, POSTNEONATAL, MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD DE 1-4 AÑOS. MUNICIPIO DE JALPATAGUA, 1973.

TASA DE	X 1000 HABITANTES
MORTALIDAD INFANTIL	98
MORTALIDAD NEONATAL	27
MORTALIDAD POST-NEONATAL	49
MORTINATALIDAD	32
MORTALIDAD DE 1-4 AÑOS	20

Tomado de investigación de mortalidad, análisis retrospectivo, Jalpatagua 1973. Dr. Oscar Rolando Morales Enriquez.

La mortalidad infantil es la más alta observada, lo cual esta de acuerdo con el interés de colaborar en la mejor atención de este grupo.

C₃ NUTRICION

La parte de la población más afectada por desnutrición es la infantil. Se observa mayormente el tipo de desnutrición proteinico-calórica crónica, asociada a problemas gastroentericos y parasitarios crónicos, con índices de crecimiento y desarrollo bajos para su edad. Esta situación es de gran importancia, ya que esta sección de la población, que en el futuro va a ser la base socio-económica del país, debe recibir especial atención en su desarrollo adecuado.

El tipo más prevalente de desnutrición es el proteinico-calórico y la mayoría de casos son de grado I, observándose también deficiencias vitamínicas, más que todo de vitamina A con dermatosis características, probablemente debidas a el bajo consumo de verduras verdes en dicha área.

La situación nutricional de la población no puede representarse más satisfactoriamente debido a que para tal efecto sería necesario una encuesta nutricional, la cual por razones de costo resulta muy difícil. En tal situación se estimó el estado nutricional en base a la consulta, considerándose que hay un alto porcentaje de desnutrición proteinico-calórica, y que la población que asiste a consulta es en cierto modo representativa.

D. RECURSOS

Para la elaboración adecuada de un programa de atención se analizaron detalladamente los recursos humanos, físicos, presupuestarios, medicamentos y material médico-quirúrgico con que se cuenta.

D₁. RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos formales de salud actualmente en el Municipio de Jalpatagua son de dos tipos: unos con funciones de dirección y supervisión: Jefe de Área, Médico de UAMAS, supervisor de Área de la Facultad de Ciencias Médicas y Enfermera profesional. Y otros responsables directos: Estudiante de Medicina en E.P.S. y Auxiliar de Enfermería.

Estos últimos por ser los responsables directos serán los que podrán participar directamente en la atención Materno-Infantil, por lo que se analizó el recurso de acuerdo a instructivo de la Facultad de Ciencias Médicas.

Se asume que los cargos del tiempo completo de 8 horas diarias, significan 2000 horas anuales de trabajo efectivo y el salario anual es la suma de los 12 salarios nominales disponibles por cargo. Dividiendo el salario anual entre el número de horas disponibles se obtuvo el costo/hora/año de cada cargo, que resultó ser Q. 0.99 para hora E.P.S., y Q. 0.62 para hora-auxiliar, como se exemplifica en el cuadro No. 7.

Así también la distribución de tiempo en las distintas actividades se obtuvo por observación personal, investigación de horarios anteriores y entrevista con diversos funcionarios que trabajaron anteriormente.

Así se consideró que se utilizan aproximadamente por E.P.S. 1150 horas para consulta; 50 para programación y ejecución de la campaña de vacunación; 274 para investigación; 96 para hipodermia y curación; 190 para administración, que incluye elaboración de informes de trabajo, discusión de problemas con el personal, hacer pedidos y gestiones, tramitar expedientes, hacer informes médico legales y asistir a reuniones convocadas por la Jefatura de área; y 240 para organización comunal.

Las horas/auxiliar están distribuidas de manera similar pero ocupando más horas para visita domiciliar hipodermia y

curación y menos en administración e investigación de la siguiente manera: 1150 horas para consulta, que incluye preconsulta: datos generales, datos vitales etc., y post-consulta: en que la auxiliar entrega medicamentos, interpreta órdenes médicas, efectúa labor educativa en el paciente y anota fecha de reconsultas; 384 horas para visita domiciliar; 96 para vacunación; 288 para hipodermia y curación y 82 para organización comunal.

El análisis de recursos humanos con la distribución de tiempo en actividades está summarizado en el cuadro No. 8.

CUADRO No. 7

COSTO ANUAL POR HORAS CONTRATADAS, PERSONAL
CENTRO DE SALUD, MUNICIPIO JALPATAGUA, AÑO 1974.

Nombre del cargo	Horas Año Contratadas	Salario Anual Q.	Costo Hora Q
Estudiante E.P.S.	2,000	1980.00	0.99
Auxiliar de Enfermería	2,000	1,255.20	0.63
Total		3,235.20	

Fuente: M.S.P. y A.S.

CUADRO No. 8
DISTRIBUCION DE TIEMPO POR ACTIVIDADES SEGUN INVESTIGACION, MUNICIPIO DE
JALPATAGUA, AÑO 1974.

Nombre del cargo	DISTRIBUCION DE TIEMPO EN ACTIVIDADES-HORAS				
	Consulta	Visita	Vacuna- ción	Investi- gación	Hipod. y curación
Estudiante E.P.S.	1,150	-----	50	274	96
Auxiliar de Enfermería	1,150	384	96	-----	288
					82

Fuente: Instrumento 1-A, análisis de recursos humanos institucionales, Jalpatagua, Investigación E.P.S. 1975.

Para completar el análisis de los recursos humanos incluiremos un estudio de los recursos humanos de salud naturales, entendiendo como tales a las personas que tradicionalmente se han encargado de atender los problemas de salud en la población. En este municipio son: Comadronas, promotores de salud rural y farmacéutico. Se entrevistó a la mayor parte de comadronas y promotores de salud del municipio siguiendo los lineamientos de un cuestionario recomendado por la Facultad de Ciencias Médicas, el cual contiene datos generales del entrevistado, y una serie de preguntas destinadas a evaluar el grado de conocimientos sobre los problemas de salud.

No pudo entrevistarse a la totalidad del personal de salud por no haber sido posible localizarlos en el momento oportuno.

Sin embargo se entrevistó al 75% de las comadronas y al 79% de los promotores, lo que creemos es una cifra bastante representativa que permite tener una idea de la situación.

Este tipo de personal ejerce casi exclusivamente en el área rural y no constituye un recurso formal del centro de salud.

De el análisis de dichas entrevistas se obtuvieron los siguientes datos:

La función principal de las comadronas consiste en atender los partos y dar alguna atención prenatal, sin embargo ocasionalmente atienden algunas consultas de medicina general. Se ha estimado por las entrevistas que un 10% de las atenciones podrían ser de medicina general. Por lo tanto la actividad de las comadronas aparece con 238 atenciones obstétricas y 27 de medicina general.

Entre los promotores de salud rural la situación es inversa, siendo la proporción de atenciones obstétricas mucho menor, aproximadamente un 2% a 3%.

De las 1,000 atenciones reportadas por el farmacéutico hemos asumido que un 25% son consultas generales y el resto simple distribución y recomendación de medicamentos.

Dicha situación se ejemplifica en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 9

PERSONAL NATURAL DE SALUD, TIPO DE ACTIVIDAD Y No. DE CONSULTAS POR AÑO, EN EL MUNICIPIO DE JALPATAGUA, AÑO 1975.

Tipo de personal	No.	Actividad y número de consultas por año		
		Atención Obstétrica	Medicina General	Entrega y Recomen- dación de medica- mentos
Comadronas	6	238	27	-----
Promotores de Salud Rural	8	60	1555	-----
Farmacéutico	1	-----	250	750

Llama la atención que entre los promotores las distintas edades están casi igualmente representadas, y no hay personas mayores de 50 años. Por el contrario entre las comadronas, todas las entrevistadas son mayores de 50 años. Lo cual se explica lógicamente por las razones culturales del medio que tiende a confiar la atención del parto a las mujeres mayores y consideradas de más respeto en la localidad. En el siguiente cuadro se sumariza la distribución por edades de este tipo de personal.

CUADRO No. 10

PERSONAL NATURAL DE SALUD, DISTRIBUCION POR
EDADES JALPATAGUA 1975

Tipo de personal	DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD				
	< 20	20-30	30-40	40-50	> 50
Comadronas					6
Promotores de Salud Rural	1	3	2	2	
Farmacéutico		1			
Total	1	4	2	2	6

Como se observa en el cuadro siguiente. Los promotores de salud rural tienen todos menos de 4 años de estar ejerciendo, lo cual se explica lógicamente por ser un grupo de trabajadores de salud que no existía en años anteriores. Las comadronas lógicamente tienen todas más de 11 años de ejercicio, ya que esta actividad siempre ha existido y son todas mujeres de mayor edad como se comentó anteriormente.

En el siguiente cuadro se clasifica al personal natural según el tiempo de estar ejerciendo.

CUADRO No. 11

PERSONAL NATURAL, TIEMPO DE ESTAR EJERCIENDO SU ACTIVIDAD, JALPATAGUA 1975

Tipo de Personal	TIEMPO DE EJERCER, EN AÑOS					
	< 1	1-2	3-4	5-10	11-20	> 20
Comadronas	—	—	—	—	3	3
Promotores	1	3	4	—	—	—
Farmacéutico	—	—	1	—	—	—
Total	1	3	5	—	3	3

Todo el personal de salud natural analizado con excepción de una comadrona y el farmacéutico, corresponden al área rural del municipio, por lo tanto su participación en el programa de salud que se diseñará para el área urbana no será tan directa inicialmente.

Por medio de las entrevistas que se llevaron a cabo con el personal natural de salud durante la elaboración del presente trabajo se determinó que los conocimientos básicos de salud de este grupo en general son aceptables, así como el interés de superación que representan, por lo que sería de gran utilidad para el mejoramiento de salud en el municipio, que se continuaran los programas de adiestramiento, para que puedan incorporarse a la atención formal de salud en el futuro.

D₂. MATERIALES:

Los recursos materiales comprenden los elementos de trabajo de larga duración que están inventariados como no

fungibles como edificio y equipo médico quirúrgico y de oficina que se llamarán recursos físicos. Y los medicamentos y material medicoquirúrgico que se consumen en el momento de su uso o son de corta duración.

Entre los recursos físicos se cuenta con una edificación moderna tipo mixto que consta de un salón amplio que se utiliza como sala de espera y central de enfermería y dos salones más pequeños, uno de los cuales se utiliza para consultorio y el otro para área de bodega.

Existe un lava equipo para el área de enfermería, un lava manos para el consultorio y un baño completo.

El centro de salud esta dotado de agua y luz permanentemente. El mobiliario consiste en bancas de madera para sala de espera, escritorios, sillas de madera y mesas para exámenes clínicos.

Tanto el edificio como el mobiliario proveen las facilidades necesarias para el tipo de atención de consulta externa que se ofrece.

En cuanto a equipo de examen físico y médico quirúrgico se cuenta con el mínimo aceptable para efectuar exámenes clínicos, curaciones, y procedimientos de cirugía menor.

Las medicinas y materiales médico quirúrgico son suplidas por el Ministerio de Salud Pública y A.S., de acuerdo a pedidos trimestrales con un presupuesto de Q. 150.00. En general, se cuenta con medicamentos básicos como: Analgésicos, tranquilizantes, antibióticos, anticolinérgicos, expectorantes, vitaminas, hierro, ungüentos, soluciones I.V., anestésicos locales, desinfectantes y material médico quirúrgico en cantidades suficientes para efectuar la atención de consulta externa y satisfacer las necesidades que hemos podido comprobar durante los seis meses pasados.

Hay algunos aspectos que son susceptibles de mejoría y que contribuirían a una atención más eficiente y más completa

Entre ellos podría mencionarse facilidades físicas y material para atención de partos en la clínica y mobiliario más adecuado para bodega y almacenaje de medicamentos.

Dichos recursos podrán ser obtenidos promoviendo el interés de la comunidad a travez de comités de salud organizados con personas entusiastas de la comunidad.

VI. PROPUESTA DE PROGRAMA DE SALUD MATERNO INFANTIL

En base al análisis anterior y considerando los recursos existentes, la factibilidad de elaborar un programa es, de momento, iniciarla en el área urbana, para luego extenderlo al área rural del municipio. De esta base partiremos para su elaboración.

El programa global de atención Materno-Infantil se ha dividido en sub-programas, con el objeto de poder distribuir más adecuadamente las horas/médico y horas/auxiliar en las diferentes actividades.

Se partió de la base de 2.000 horas anuales disponibles de trabajo efectivo tanto para el médico como para la auxiliar. Estas horas se han ido asignando a diferentes actividades a lo largo de el programa, hasta llegar a un balance de cero horas al final. Es decir, se fueron deduciendo de acuerdo a cada actividad, hasta llegar al computo final de horas.

Por medio de un diagrama de flujo se indicará en cada actividad a donde serán referidos los pacientes que lo ameriten, es decir los canales de referencia del paciente.

OBJETIVOS GENERALES:

A. Para la madre.

Proveer la atención de salud adecuada durante el embarazo, parto y puerperio, con el objeto de evitar la morbilidad durante estas etapas y de tratar los casos que se presenten con los recursos disponibles. Asimismo referir los casos que lo ameriten a otros centros más especializados de acuerdo a un diagrama de flujo.

B. Para el niño.

Atender a la población infantil, principalmente a los niños de 0-7 años, haciendo énfasis en la observación y vigilancia del crecimiento y desarrollo, inmunizaciones y atención de la morbilidad en el grupo, sin descuidar la labor educativa preventiva y de saneamiento ambiental, que conduzca al mantenimiento de la salud infantil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

A. Para la madre.

Cubrir el 100% de la población urbana con servicios de atención prenatal, atención del parto y del puerperio, así como de la morbilidad que se presente.

B. Para el niño.

Cubrir el 80% de la población infantil de 0-7 años con atención de control de crecimiento y desarrollo, morbilidad, e inmunizaciones.

SERVICIOS QUE PRESTARÁ EL PROGRAMA:

En el presente programa se incluirán los siguientes servicios: En el subprograma materno: Control de embarazo, atención de morbilidad durante el embarazo, atención del parto, control post parto, y atención de morbilidad post-parto.

En el sub-programa infantil: atención de niños sanos menores de un año, de uno a dos años, de dos a cinco años y de cinco a siete años; atención de la morbilidad de niños menores de 7 años.

En el Sub-Programa de consulta externa:

Se cubrirá a los niños mayores de 7 años, adultos y mujeres no embarazadas con atención de medicina interna, cirugía y emergencias.

Además se ha designado un Sub-Programa adicional con objeto de proveer atención tipo hipodermia, curaciones, visita domiciliaria y designar el tiempo correspondiente a actividades de docencia e investigación.

A. SUB-PROGRAMA MATERNO;

El cálculo de la población objetivo para el programa materno se hizo con el siguiente criterio. De la población total el 50% de las mujeres se embarazará, de los embarazos esperados el 10% terminará en aborto, y de ahí podemos deducir los partos probables. Se pretende en este programa dar una cobertura no menor del 100%.

ACTIVIDAD NUMERO UNO: Control de Embarazo.

Esta actividad consiste en efectuar controles periódicos a las pacientes embarazadas durante el período de gestación, a partir del diagnóstico del embarazo.

OBJETIVO: Detectar tempranamente anormalidades que pueden conducir a una distocia o que pongan en peligro a la embarazada o al producto que está por nacer.

POBLACION OBJETIVO: Será el total de mujeres embarazadas, aproximadamente 100, de acuerdo al criterio anterior.

COBERTURA: Se cubrirá el 100% de la población.

NORMAS: La concentración, que es el número de controles por embarazo será de 6. El rendimiento, es el número de actividades, en este caso consultas, en unidad de tiempo, y será de 6 consultas por hora.

Los responsables de esta actividad serán el médico y la auxiliar, dando cada uno tres consultas. La primera y última consulta, así como una intermedia deberán ser hechas por el

médico. En cada consulta o control médico la paciente será vista primero por la enfermera, quien hará la preconsulta correspondiente, interrogándola sobre síntomas anormales, nutrición e higiene y tomando signos vitales y datos generales; a continuación será vista por el médico quien hará un control prenatal completo, incluyendo historia clínica y antecedentes obstétricos; y efectuará un examen físico general y obstétrico, incluyendo evaluación clínica de la pelvis en la primera consulta.

Se hará énfasis en la detección precoz de posibles distocias, de acuerdo a la historia y examen físico.

DIAGRAMA DE FLUJO: Los casos en que la auxiliar sospeche embarazo serán referidos al médico para diagnóstico, si este considera necesario un estudio más completo para el diagnóstico lo referirá al hospital regional, luego continuará su control en el centro de salud.

Los embarazos normales serán atendidos en el centro de salud desde su detección por el médico y la auxiliar.

Los casos de embarazo anormal como toxemias leves, o desnutrición asociada serán atendidos en el centro si el médico considera que pueden ser manejados con las facilidades existentes. De no ser así, serán referidos al hospital regional para mejor estudio y tratamiento.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad serán necesarias 50 horas/médico y 50 horas/auxiliar. De acuerdo con las horas disponibles quedan 1950 horas/médico y 1950 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO DOS: Atención de la morbilidad durante el embarazo.

Por medio de esta actividad se atenderán los casos en que se haya detectado alguna anormalidad que pueda conducir a una distocia como por ejemplo toxemias, antecedentes de diabetes,

cardiopatía, cancer, isoimmunización en embarazos anteriores, historia de abortos anteriores, tuberculosis, cesarea previa, o presentación anormal.

OBJETIVO: Evitar una distocia por inadecuado control prenatal.

POBLACION OBJETIVO: Será el total de mujeres embarazadas, aproximadamente 100.

COBERTURA: Se cubrirá el 100% de la población.

NORMAS: La concentración será de 2 consultas, en concepto de morbilidad, por embarazo. El rendimiento para esta actividad será de 6 consultas por hora.

El responsable de esta actividad será el médico, pues se trata de casos de morbilidad en los que habrá que tomar decisiones clínicas más sofisticadas.

DIAGRAMA DE FLUJO: Se atenderán en el centro de salud los casos de morbilidad que no presenten complicaciones que no puedan ser atendidas con las facilidades del centro a juicio del médico, como desnutrición y preeclampsia leve.

Los casos que requieren un estudio y manejo más sofisticado serán referidos al hospital regional.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad se necesitarán 37 horas/médico.

De acuerdo con las horas disponibles quedan 1913 horas/médico y 1950 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO TRES: Atención del Parto. Consiste en la atención de la paciente desde que se inicia el trabajo de parto con los primeros dolores, durante el nacimiento

propriamente dicho, expulsión de placenta y hasta el post-parto inmediato.

OBJETIVO: Evitar complicaciones en la madre y el recién nacido, debidas a una inadecuada atención del parto. Estas complicaciones podrían ser por ejemplo: infección por falta de asepsia, hemorragia placentaria por manejo inadecuado del tercer período, asfixia del recién nacido por aspiración del líquido amniótico y otras.

POBLACION OBJETIVO: Será de 90 pacientes, pues de los embarazos esperados el 10o/o terminará en aborto.

COBERTURA: Se cubrirá el 100o/o de la población.

NORMAS: La concentración será de una atención de parto por embarazo. El rendimiento para esta actividad será de un parto por hora.

Los responsables serán el médico y la auxiliar.

Se considera que en aproximadamente 10o/o de los casos habrá necesidad de atención médica.

DIAGRAMA DE FLUJO: En los casos en que se ha llevado un control prenatal adecuado y se ha descartado la posibilidad de una distocia, los partos serán atendidos por la auxiliar de enfermería y en aquellos casos en que se ha evidenciado alguna patología leve, que esté bajo control y que pueda ser atendida con las facilidades existentes en el centro de salud, serán atendidos por el médico.

Los casos en que se prevea una distocia que no pueda ser atendida en el centro de salud serán referidos al hospital regional.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad será necesarias 10 horas/médico y 80 horas/auxiliar. De acuerdo con las horas disponibles quedan 1903 horas/médico y 1870 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

37

ACTIVIDAD NUMERO CUATRO: Control post-parto. Se efectuará haciendo un control en el centro de salud en las primeras 48 horas después del parto y otro a los 28 días, también en el centro.

OBJETIVO: Detectar precozmente cualquier patología propia de la etapa como infección puerperal o hemorragia uterina por retención placentaria, para corregir la causa condicionante oportunamente. Así también dar indicaciones generales de higiene y nutrición a la paciente.

POBLACION OBJETIVO: Será el total de pacientes en post-parto, o sea 90.

COBERTURA: Se cubrirá el 100o/o de la población.

NORMAS: La concentración será de 2 controles post-parto. El rendimiento será de 6 consultas por hora. Los responsables de esta actividad serán el médico y la auxiliar.

El médico hará el primer control a las 48 horas post-parto y la auxiliar atenderá a la paciente a los 28 días, interrogándola sobre síntomas anormales y haciendo énfasis en indicaciones generales de higiene y nutrición.

DIAGRAMA DE FLUJO: Los casos serán atendidos en el centro de salud. Cuando la auxiliar sospecha alguna patología, la referirá al médico para consulta. Si se confirma la patología el médico decidirá si puede seguir siendo atendida en el centro; de no ser así, será referida al hospital regional.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad serán necesarias 15 horas/médico y 15 horas/auxiliar. De acuerdo con las horas disponibles quedan 1880 horas/médico y 1855 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO CINCO: Atención de morbilidad post-parto.

Mediante esta actividad se atenderán los casos de post-parto patológico que se presenten, como infecciones, hemorragias u otras molestias.

OBJETIVO: Será evitar que se compliquen los casos de morbilidad, mediante tratamiento o referencia oportuna.

POBLACION OBJETIVO: Serán el total de pacientes post-parto, o sea 90.

COBERTURA: Se cubrirá el 100% de la población.

NORMAS: La concentración será de 2 consultas por morbilidad post-parto por embarazo. El rendimiento será de 6 consultas por hora.

El responsable de esta actividad será el médico.

DIAGRAMA DE FLUJO: Los casos en que la auxiliar sospeche morbilidad post-parto serán referidos al médico. Este decidirá si dicha entidad puede ser tratada en el centro de salud. De no ser así, será referido el caso al hospital regional.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad serán necesarios 30 horas/médico. De acuerdo con las horas disponibles quedarán 1850 horas/médico y 1855 horas/auxiliares para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO SEIS; Pre-consulta y Post-consulta.

Por medio de la pre-consulta la auxiliar atenderá a la paciente antes de que pase con el médico interrogándola sobre síntomas anormales, nutrición e higiene, y tomando signos vitales y datos generales.

Después de la consulta con el médico, la paciente pasará con la auxiliar para la post-consulta en que la auxiliar entregará

medicamentos, interpretará órdenes médicas, efectuará labor educativa en la paciente y anotará la fecha de re-consultas.

OBJETIVO: Será proveer al médico de datos útiles sobre la paciente, que contribuirán a una mejor atención, y dar los medicamentos u orientación necesarios a la paciente, después de la consulta.

POBLACION OBJETIVO: Será el total de mujeres embarazadas, aproximadamente 100.

COBERTURA: Se cubrirá 100% de la población.

NORMAS: La concentración será de 8 por embarazo. El rendimiento será de 18 por hora.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad serán necesarias 45 horas/auxiliar. De acuerdo con las horas disponibles, quedan 1850 horas/médico y 1810 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

B. SUB-PROGRAMA INFANTIL (NIÑOS DE 0-7 AÑOS)

Este sub-programa comprende la atención de la población infantil en cuanto a la observación y vigilancia del crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, y atención de la morbilidad en el grupo. Las actividades de este sub-programa se dividen con fines de organización y por las diversas características de cada grupo etario en atención por grupos de edades.

Se tomó el criterio de atender a no menos del 80% de los niños menores de 7 años. Teniendo una población total de 386 lo que significa dar atención a 308 niños.

ACTIVIDAD NUMERO UNO: Atención de niños sanos menores de 1 año.

Se efectuará haciendo el primer control el primer día de nacido en que se hará un examen físico completo, haciendo

hincapié en el descubrimiento de mal formaciones congénitas y orientando a la madre con nociones prácticas de alimentación y cuidados del recién nacido.

Los controles posteriores se efectuarán cada 2 meses en los primeros 6 meses y luego cada 3 meses hasta la edad de un año.

OBJETIVO: Vigilar el crecimiento y desarrollo, controlando el peso, la talla, y los distintos parámetros de desarrollo psicomotor. Guiar a la madre con nociones prácticas de alimentación, insistiéndose en la importancia de la lactancia materna, y la introducción paulatina de alimentos adicionales. Completar las inmunizaciones con D.P.T. Polio, Sarampión, BCG, y Tuberculina.

POBLACION OBJETIVO: Serán los niños menores de un año, o sea 80.

COBERTURA: Será del 80% de la población de menores de un año, o sea 64.

NORMAS: La concentración será de 6 consultas por paciente, tomando en cuenta la consulta al nacer, las 3 consultas más durante los primeros 6 meses, y las dos consultas adicionales, hasta cumplir un año de vida.

El rendimiento será de 6 consultas por hora.

El responsable de esta actividad será el médico.

DIAGRAMA DE FLUJO: En los casos en que los pacientes presenten un patrón de crecimiento y desarrollo normal, o cuando existan pequeñas variaciones que puedan ser corregidas mediante la atención de consulta externa que se ofrece en el centro de salud, estos seguirán siendo atendidos en dicho centro.

Si existe alguna patología más complicada, como mal formaciones congénitas o sepsis estos serán referidos al hospital regional.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad serán necesarias 64 horas/médico. De acuerdo con las horas disponibles, quedan 1.786 horas/médico y 1.810 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO DOS: Atención de niños sanos de uno a dos años.

OBJETIVO: Continuar la observación y vigilancia del crecimiento y desarrollo y administrar los refuerzos correspondiente a las inmunizaciones anteriores.

POBLACION OBJETIVO: Será la población de uno a dos años o sea 60.

COBERTURA: Se cubrirá al 80% de la población.

NORMAS: La concentración será de dos consultas por paciente.

El rendimiento será de 6 consultas por hora.

El responsable de esta actividad será el médico, quien dará una consulta cada 6 meses a los pacientes de este grupo etario.

DIAGRAMA DE FLUJO: Los pacientes que no presenten desviaciones de los patrones de crecimiento y desarrollo o los que presenten desviaciones leves, a juicio del médico serán atendidos en el centro de salud. Los que presenten patologías que no puedan ser atendidas en el centro de salud, serán referidos al hospital regional.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad serán necesarias 16 horas/médico. De acuerdo con las horas

disponibles, quedan 1,770 horas/médico y 1,810 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO TRES: Atención de niños sanos de dos-cinco años.

En este grupo el tipo de control será similar al del grupo anterior.

OBJETIVO: Vigilar el crecimiento y desarrollo. Dar educación higiénica y nutricional. Aplicar los refuerzos correspondientes de inmunizaciones anteriores.

POBLACION OBJETIVO: Será de 130 pacientes.

COBERTURA: Será del 80% de la población.

NORMAS:

La concentración será de una consulta cada 6 meses, o sea 6 consultas por paciente.

El rendimiento será de 6 consultas por hora.

El responsable de esta actividad será el médico.

DIAGRAMA DE FLUJO: Los niños que presenten un patrón de desarrollo y crecimiento normal o patologías leves, serán atendidos en el centro de salud. Los que a juicio del médico requieran un estudio más completo, serán referidos al hospital regional.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad serán necesarias 104 horas/médico. De acuerdo con las horas disponibles, quedan 1,666 horas/médico y 1,810 horas/auxiliar, para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO CUATRO: Atención de niños sanos de 5-7 años.

OBJETIVO: Continuar la observación del crecimiento y desarrollo. Hacer educación en cuanto a prevención de accidentes. Y continuar la educación nutricional e higiénica.

POBLACION OBJETIVO: Será de 80 pacientes.

COBERTURA: Será del 80% de la población.

NORMAS: La concentración será de 4 consultas por paciente, pues se dará una cada 6 meses.

El rendimiento será de 6 consultas por hora.

El responsable de esta actividad será el médico.

DIAGRAMA DE FLUJO: Los pacientes con un patrón de crecimiento y desarrollo normal o los que presenten variaciones patológicas leves, serán atendidos en el centro de salud. Los que requieran un estudio más completo, serán referidos a juicio del médico al hospital regional.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad será necesario 43 horas/médico. De acuerdo con las horas disponibles quedan 1,623 horas/médico y 1,810 horas/auxiliar, para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO CINCO: Atención de la morbilidad en niños menores de 7 años.

Como sabemos la incidencia de morbilidad en niños de 0-7 años es alta, por lo que se ha destinado mayor número de horas (500) a la atención de morbilidad, que al control del niño sano (aproximadamente 100 horas).

OBJETIVO: Descubrir y tratar tempranamente cualquier proceso patológico que se presente en el período de 0-7 años.

POBLACION OBJETIVO: Serán el total de niños de 0-7 años o sea 386.

COBERTURA: Será del 80o/o de la población.

NORMAS: La concentración será de 10 consultas por paciente.

El rendimiento será de 6 consultas por hora, el responsable de esta actividad será el médico.

DIAGRAMA DE FLUJO: Los pacientes sin mayor dificultad diagnóstica, que no requieran estudios especiales de laboratorio ni hospitalización, serán atendidos en el centro.

Los demás serán referidos al hospital regional.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad, será necesario 514 horas/médico. De acuerdo con las horas disponibles, quedan 1,109 horas/médico y 1,810 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO 6: Pre-consulta y Post-consulta.

Por medio de la Pre-consulta, la auxiliar atenderá al niño antes de que pase con el médico interrogándolo a él o a la madre, según el caso sobre síntomas anormales, nutrición, e higiene y tomando signos vitales y datos generales

Después de la consulta con el médico la auxiliar entregará medicamentos, interpretará órdenes médicas, efectuará labor educativa y anotará la fecha de reconsulta.

OBJETIVO: Proveer al médico de información útil sobre el paciente previo a la consulta. Dar los medicamentos u orientación necesarios al paciente, después de la consulta.

POBLACION OBJETIVO: Será el total de pacientes de 0-7 años, o sea 386.

COBERTURA: Se cubrirá al 80o/o de la población.

NORMAS: La concentración será de 28 consultas por paciente.

El rendimiento será de 18 por hora.

El responsable de esta actividad será la auxiliar.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad serán necesarias 479 horas/auxiliar. De acuerdo con las horas disponibles quedan 1109 horas/médico y 1,321 horas/auxiliar, para cumplir con la actividad siguiente.

C. SUBPROGRAMA CONSULTA EXTERNA GENERAL (ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 7 AÑOS)

Se cubrirán en este subprograma los niños mayores de 7 años, adultos, y mujeres no embarazadas, que en total son aproximadamente 1,450. Se dará atención de medicina general, cirugía y emergencias.

ACTIVIDAD NUMERO UNO: Medicina general.

OBJETIVO: Será proporcionar atención preventiva y curativa a este grupo.

POBLACION OBJETIVO: Será 1,450 pacientes.

COBERTURA: Se cubrirá al 80o/o de la población, o sea 1,160 pacientes.

NORMAS: La concentración será de dos consultas por paciente por año.

El rendimiento será de 6 consultas por hora.

El responsable de esta actividad será el médico.

DIAGRAMA DE FLUJO: Los pacientes con padecimientos de medicina interna, que no requieran hospitalización o exámenes de laboratorio serán atendidos en el centro de salud; los otros casos serán referidos al hospital regional, para mejor estudio, y tratamiento.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad, serán necesarias 386 horas/médico. De acuerdo con las horas disponibles quedan 723 horas/médico y 1,321 horas/auxiliar, para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO DOS: Cirugía.

Mediante esta actividad se cubrirán las consultas de este grupo de la población en que haya que tratar un problema quirúrgico que no sea de emergencia inmediata, como algunos tumores, hernias no complicadas, algunos problemas ginecológicos, paladar hendido etc.

OBJETIVO: Evaluar adecuadamente los casos mediante historia y exámen físico, con el objeto de referirlos a un centro hospitalario, en donde se pueda efectuar una intervención quirúrgica electiva si en el caso en particular está indicada.

POBLACION OBJETIVO: Será el total de pacientes de este grupo o sea 1,450.

COBERTURA: Se cubrirá el 80% de la población.

NORMAS: La concentración será de una consulta, por paciente, por año.

El rendimiento será de 6 consultas por hora.

El responsable de esta actividad será el médico.

DIAGRAMA DE FLUJO: Los pacientes serán evaluados en el centro de salud. Si es necesaria una intervención quirúrgica serán referidos al hospital regional, si no, seguirán siendo atendidos en el centro de salud.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad será necesarias 193 horas/médico. De acuerdo con las horas disponibles quedan 530 horas/médico y 1,321 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO TRES: Emergencias.

Las consultas de emergencia serán atendidas directamente por el médico y esta actividad comprende las consultas de emergencia médica general como convulsiones, pancreatitis, o coma diabético, y las de tipo quirúrgico como lesiones cortocontundentes, fracturas, o abdomen agudo.

OBJETIVO: Dar la atención de emergencia que pueda ofrecerse con las facilidades del centro. De acuerdo a una evaluación clínica completa, referir el caso a un centro hospitalario si se requiere un estudio o intervención más completos.

POBLACION OBJETIVO: La misma de la actividad anterior o sea 1,450.

COBERTURA: Será del 80% de la población.

NORMAS: La concentración será de una consulta de emergencia, por persona por año.

El rendimiento será de 6 por hora.

El responsable de esta actividad será el médico.

DIAGRAMA DE FLUJO: Serán atendidos en el centro, los pacientes cuya emergencia puede ser atendida satisfactoriamente, con las facilidades existentes, de no ser así serán referidos inmediatamente después de los primeros auxilios al hospital regional.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad serán necesarias 193 horas/médico. De acuerdo con las horas disponibles quedan 337 horas/médico y 1,321 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO CUATRO: Pre-consulta y Post-consulta. Por medio de la Pre-consulta la auxiliar tomará datos generales, y signos vitales, y en los casos de emergencias colaborará en la preparación del material necesario.

Durante la Post-consulta la auxiliar entregará medicamentos, interpretará órdenes médicas, y orientará educativamente al paciente.

OBJETIVO: Proveer al médico de datos generales sobre el paciente. Ayudar en la preparación del material de emergencia. Distribuir medicamentos y dar educación orientadora.

POBLACION OBJETIVO: Será el total de personas que integran este grupo, o sea 1,450 personas.

COBERTURA: Se cubrirá al 80% de la población.

NORMAS:

La concentración será de cuatro por paciente por año, correspondiendo una a cirugía, una a emergencia y dos a medicina general.

El rendimiento será de 18 por hora.

El responsable de esta actividad será la auxiliar.

DIAGRAMA DE FLUJO: Los pacientes serán recibidos en el centro por la auxiliar, quién los pasará con el médico, con la prontitud que el caso amerite. Después de ser atendidos por el médico, regresarán con la auxiliar para la post-consulta.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad serán necesarias 258 horas/auxiliar. De acuerdo con las horas disponibles quedan 337 horas/médico y 1,063 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

D. SUBPROGRAMA HIPODERMIA, CURACIONES, VISITA DOMICILIARIA, DOCENCIA, INVESTIGACION Y ADMINISTRACION.

ACTIVIDAD NUMERO UNO: Hipodermia.

OBJETIVO: Administrar medicamentos que hayan sido prescritos por el médico, por vía parenteral.

POBLACION OBJETIVO: Será el total de la población urbana o sea 1887.

COBERTURA: Se cubrirá al 100% de la población.

NORMAS:

La concentración será de 3 por persona por año.

El rendimiento será de 10 inyecciones por hora.

El responsable de esta actividad será la auxiliar.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad serán necesarias 566 horas/auxiliar. De acuerdo con las horas disponibles quedan 337 horas/médico y 497 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO DOS: Curaciones.

OBJETIVO: Efectuar limpieza, aplicar desinfectante, y cubrir bajo asepsia lesiones pequeñas.

POBLACION OBJETIVO: Será el total de la población urbana o sea 1,887.

COBERTURA: Se cubrirá al 100% de la población.

NORMAS: La concentración será de una curación por persona por año.

El rendimiento será de 6 curaciones por hora.

El responsable de esta actividad será la auxiliar.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad se necesitarán 314 horas/auxiliar. De acuerdo con las horas disponibles quedan 337 horas/médico y 183 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO TRES: Inmunización.

OBJETIVO: Será la profilaxis de la difteria, poliomielitis, tétanos, sarampión y tuberculosis mediante la vacunación adecuada.

POBLACION OBJETIVO: Será la población infantil de 0-7 años que es de 350.

COBERTURA: Se cubrirá al 100% de la población.

NORMAS: La concentración será en promedio de dos por paciente.

El rendimiento será de 20 vacunaciones por hora.

El responsable será la auxiliar.

Esta actividad será planeada por las autoridades de Salud Pública, participando el médico y la auxiliar en las reuniones locales programadas por el jefe de área.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad, serán necesarias 35 horas auxiliar. De acuerdo con las horas disponibles quedarán 337 horas/médico y 148 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO CUATRO: Visita domiciliaria:

OBJETIVO: Llevar a cabo educación sanitaria y labor de saneamiento ambiental en la comunidad, por medio de visitas a los hogares.

POBLACION OBJETIVO: Aproximadamente 370 familias.

COBERTURA: Se cubrirá al 80%.

NORMAS: La concentración será de una visita, por familia, por año. El rendimiento será de 3 visitas por hora.

El responsable de esta actividad será la auxiliar.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad serán necesarias 95 horas/auxiliar. De acuerdo con las horas disponibles quedan 337 horas/médico y 53 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO CINCO: Docencia.

OBJETIVO: Proporcionar educación sanitaria a la comunidad.

POBLACION OBJETIVO: Toda la población urbana, o sea 1,887 personas.

COBERTURA: Se cubrirá al 80% de la población.

NORMAS: La docencia se llevará a cabo en grupos de 10 personas, del mismo grupo etario, o de la misma condición médica, por ejemplo pacientes embarazadas, o en post-parto.

El médico será el responsable de esta actividad, pero la auxiliar tomará parte activa en la enseñanza también, durante parte de las pláticas. Además el médico impartirá docencia a la auxiliar, promotores y comadronas. La concentración será de una plática por grupo, por año.

El rendimiento será de una plática por hora.

DIAGRAMA DE FLUJO: La docencia será impartida por el médico y la auxiliar a la comunidad. Además el médico dará docencia a la auxiliar, promotores y comadronas; y estos la difundirán a la vez a la comunidad.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad serán necesarias 189 horas/médico, y 13 horas/auxiliar. De acuerdo con las horas disponibles quedan 148 horas/médico y 40 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO SEIS: Investigación.

OBJETIVO: Elaboración de trabajos de investigación, dirigidos a mejorar las condiciones de salud de la comunidad.

NORMAS: El responsable de esta actividad será el médico. La auxiliar colaborará con el médico en la recolección de datos.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad, serán necesarias 110 horas/médico y 15 horas/auxiliar.

De acuerdo con las horas disponibles quedan 38 horas/médico y 25 horas/auxiliar para cumplir con la actividad siguiente.

ACTIVIDAD NUMERO SIETE: Administración.

OBJETIVO: Elaborar informes de trabajo, discusión de problemas con el personal, hacer pedidos y gestiones, tramitar expedientes, y asistir a reuniones convocadas por la jefatura de área.

NORMAS: El médico será el responsable de esta actividad. La auxiliar colaborará en aspectos de oficina y secretaría de esta actividad.

INSTRUMENTO: Para cumplir con esta actividad serán necesarias 38 horas/médico y 25 horas/auxiliar. El balance de horas será 0, para médico y auxiliar.

E. PROYECCION A 5 AÑOS:

Conforme a datos obtenidos en la unidad de estadística de Salud Pública, el aumento poblacional del área urbana de Jalpatagua se prevee en tal forma que la población estimada para 1980 es de 2093 personas, distribuidas así: 1000 hombres, 1093 mujeres y 428 menores de 7 años.

Estos aumentos poblacionales impican reajuste de incremento de instrumentos tipo horas/médico y horas/auxiliar, tal como se especifica por Sub-Programas a continuación:

— SUB PROGRAMA MATERNO:

De acuerdo a los datos de aumento poblacional, el número de mujeres embarazadas para 1980 habrá aumentado aproximadamente en 10, lo cual significa que se requerirán aproximadamente 15 horas/médico más y 19 horas/auxiliar adicionales para atender la nueva demanda.

— SUB PROGRAMA INFANTIL:

La población infantil (menores de 7 años), habrá, aumentado aproximadamente en 40, lo cual significa un incremento de 96 horas/médico y 60 horas/auxiliar.

— SUB PROGRAMA CONSULTA GENERAL:

El incremento de población general será aproximadamente 200, por lo que se requerirán 120 horas/médico y 40 horas/auxiliar adicionales para esa fecha.

— SUB PROGRAMA HIPODERMIA, CURACIONES, INMUNIZACION, VISITA DOMICILIARIA DOCENCIA, INVESTIGACION Y ADMINISTRACION:

El incremento de población será de aproximadamente 200 por lo que se requerirán 56 horas/médico y 160 horas/auxiliar adicionales para cubrir esta actividad.

Los cálculos de horas adicionales se han hecho con proyecciones proporcionales de el número de horas utilizadas para la población actual. Haciendo un total de las horas adicionales de todos los sub-Programas obtenemos un total de 287 horas/médico y 279 horas/Auxiliar. Lo cual indica que tendría que aumentarse el personal médico y auxiliar para cubrir el déficit de horas en 1980.

Asimismo la cantidad de medicinas suministradas tendría que aumentarse proporcionalmente.

Las facilidades físicas parecen ser suficientes, aparte de la ampliación de maternidad, para la proyección de 5 años.

Otro aspecto importante a considerar es la continuidad en el entrenamiento de personal de salud natural. Actualmente, con excepción de una comadrona, todo el personal natural de salud entrevistado reside en el área rural.

Sería de gran provecho para la comunidad que también existiera un personal natural de salud mas estructurado en el área urbana y que ambos continuaran tomando parte en programas de educación continuada, supervisados por el médico y teniendo como sede el centro de salud.

VII. COMENTARIO

El presente trabajo de investigación representa un esfuerzo por colaborar en el mejoramiento de la salud en el grupo materno infantil en el municipio de Jalpatagua, mediante la elaboración de un programa de atención médica.

Es indudable que la verificación de un plan de atención de este tipo incidirá a una disminución de los índices de morbilidad. Sin embargo es necesario hacer énfasis en que paralelamente al desarrollo de un programa de este tipo, debe llevarse a cabo un plan dirigido a mejorar el medio ambiente, considerando los aspectos de vivienda, agua potable, disposición de excretas y aguas servidas, y condiciones socioeconómicas, sin descuidar el aspecto de educación sanitaria a la comunidad, que es quizás el más importante, y el cual deberá llevarse a cabo en los centros educativos, con asesoría del médico, y en pequeños grupos en el centro de salud.

Asimismo, sería de gran utilidad la utilización e incorporación a los planes de atención en el futuro, de los recursos humanos de salud naturales del municipio, como son las comadronas y promotores de salud rural. Esto contribuiría en gran medida a la proyección de los servicios al área rural.

En el presente programa se ha procurado utilizar adecuadamente los recursos humanos formales de salud actuales, así como los recursos físicos disponibles.

VIII. CONCLUSIONES

- A. El mejor aprovechamiento de los recursos humanos y físicos de salud mediante la verificación de un programa de atención mejorará las condiciones de salud del grupo materno infantil en el municipio.
- B. La programación debe hacerse mediante investigaciones en el propio terreno de aplicación para permitir una visión adecuada de la situación.
- C. El desarrollo de un programa paralelo dirigido a mejorar las condiciones del medio ambiente es necesario para el buen éxito del programa de salud.
- D. Los recursos humanos y físicos actuales de salud son suficientes para cubrir el área urbana del municipio mediante la presente programación, sin embargo deberán incrementarse progresivamente de acuerdo al aumento de la población, para proveer una atención siempre adecuada en el futuro.

IX. RECOMENDACIONES

- A. Utilizar los recursos de salud actuales mediante una programación mas estructurada y planificada, con el objeto de aprovecharlos más racionalmente en beneficio de la comunidad.
- B. Proveer al municipio de personal capacitado de saneamiento ambiental, que en este caso podría ser inspector de salud, a tiempo completo y cuyas actividades estarían dirigidas a inspección sanitaria, especialmente en los aspectos de vivienda, disposición de excretas y aguas servidas, y servicio de agua en general.
Dicha inspección sanitaria deberá ser considerada y evaluada por el director del centro de salud, quién trasladará la gestión a las autoridades correspondientes.
- C. Recomendar que las autoridades de Salud promuevan actividades de investigación que permitan elaborar programas de este tipo en los municipios del país, para lograr mejoras en la atención médica.
- D. Tratar de integrar en el futuro al personal natural de salud, como recurso dentro de los programas de atención médica.
- E. Impulsar y mejorar los programas de adiestramiento a comadronas y promotores del municipio.
- F. Incrementar progresivamente los recursos de salud de acuerdo al aumento poblacional, para que la relación necesidad-recurso se mantenga constante.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Colombia. Universidad del Valle. División de Salud. Programa de Atención Médica, Subprograma Materno Infantil. Reunión del Grupo de Trabajo. Cali, 1972. 43 p.
2. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de Salud 1973. Guatemala 10p.
3. Sanchez, José Rómulo. La planificación de la Salud. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas, 1975. 16p.
4. Morales Enriquez, Oscar Rolando. Investigación de mortalidad, análisis retrospectivo. Jalpatagua 1973. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1975. 60 p.
5. Nelson, Waldo E. Textbook of pediatrics. 9a. ed. Philadelphia, Saunders, 1969. 1,589 p.
6. Hellman, Louis M. y Pritchard Jack A. Williams obstetrics. 14 ed. Nueva York, Appleton Century-Crofts 1971. 1,242 p..
7. Potevin Paz, Rodolfo. República de Guatemala. Departamento de Jutiapa. Población calculada año 1972-1980. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Unidad de Planificación y Estadística, 1972. pp. 9, 69-70.

Br. Manuel Guillén Salgado.

Dr. José Octavio Cajas Sosa.
Asesor.

Dr. Julio De León Méndez.

Revisor.

Dr. Julio De León Méndez.

Director de Fase III.

Dr. Mariano Guerrero Rojas.

Secretario General.

Vc. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto G.

Decano.-