83

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ANALISIS DE RECURSOS Y ELABORACION DE UN PROGRAMA MATERNO INFANTIL DEL MUNICIPIO DE NUEVO PROGRESO DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS. AÑO DE 1975".

TESIS

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

por:

RAFAEL JESUS GUIZAR WOQUING

En el acto de su Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION

2. OBJETIVOS GENERALES

3. HIPOTESIS

4. MATERIAL Y METODOS

5. DESCRIPCION DEL AREA

6. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

   6.1 LOS RECURSOS INSTITUCIONALES DE SALUD
   6.2 LOS RECURSOS NATURALES DE SALUD
   6.3 RECURSOS MATERIALES

7. PROGRAMA MATERNO INFANTIL

   A. SUBPROGRAMA MATERNO
   B. SUBPROGRAMA INFANTIL

8. CONCLUSIONES

9. RECOMENDACIONES

10. BIBLIOGRAFIA

11. A N E X O S

1. INTRODUCCION

Es de vital importancia tener un conocimiento del nivel y estructura de la salud de la población. Esta situación está influida por una serie de factores condicionantes y determinantes.

El problema de salud materno infantil debe considerarse prioritario para la formulación de las políticas de salud en los países subdesarrollados por el alto porcentaje de población involucrada y las consecuencias que para el desarrollo humano trae programas adecuados.

Con base en el análisis de los recursos se ha elaborado un programa para que sea puesto en función por los elementos formales en salud de la comunidad, y así pretendiendo disminuir la morbi-mortalidad en este grupo.

Básicamente para la elaboración del programa de salud materno infantil, inicialmente obtuve un conocimiento amplio y directo de los recursos humanos y materiales de salud existentes, valiéndome para el efecto de los instrumentos normales por los cuestionarios.

El presente trabajo fue realizado en el municipio de Nuevo Progreso del Departamento de San Marcos, en los meses de agosto de 1975 a enero de 1976.

2. OBJETIVOS GENERALES

1. Elaborar y presentar un programa materno-infantil para la población de Nuevo Progreso, San Marcos.

2. Concientizar a la población y a los recursos humanos de salud del municipio sobre la problemática materno-infantil a nivel social.

3. Demostrar que con la racionalización de los recursos de salud se puede lograr mayor eficiencia y eficacia en la ejecución de programas de salud.

4. Obtener un amplio conocimiento de los recursos y materiales del área.

3. HIPOTESIS

1. La racionalización de los recursos permite cuantitativamente mayor cobertura de los programas de salud en la actualidad.

2. Los recursos humanos y materiales existentes no contribuyen adecuadamente para dar una mejor atención en salud ya que son deficientes.

3. El conocimiento y percepción de la problemática materno-infantil es diferente para la población y para el personal formal e informal de salud.

4. MATERIAL Y METODOS

4.1. MATERIAL:

A.1 Se utilizaron los instrumentos 1 y 2 proporcionados por la Fase III de la Facultad de Ciencias Médicas, los cuales se refieren a: 1) Instrumento 1-A: Análisis de los recursos humanos institucionales según tiempo contratado por año, costo hora, y distribución en actividades o programas; 2) Instrumento 1-B: Análisis de los recursos físicos (edificio y equipo médico quirúrgico y de oficina); 3) Instrumento 1-C: Análisis de medicinas y material médico quirúrgico; 4) Instrumento No. 2: Evaluación cualitativa de los recursos médico-naturales de la comunidad.

A.2 Se recopiló material estadístico en el archivo del centro de salud y municipalidad de Nuevo Progreso, respectivamente.

A.3 Se utilizaron datos cualitativos y cuantitativos de los trabajos de investigación llevados a cabo por los médicos EPS anteriores.

4.2 METODOS:

1. Se procedió a investigar los datos de los instrumentos A-A al C, para lo cual se revisaron los libros correspondientes del centro de salud.

2. Se llevaron a cabo las entrevistas con los recursos médico naturales de la comunidad, utilizando el instrumento No. 2.

3. Se procedió al análisis de los resultados de todos los instrumentos.

4. Se fijaron los objetivos generales, cobertura; asimismo

las conclusiones a las hipótesis planteadas. Se desarrolló el planteamiento a cada propuesta.

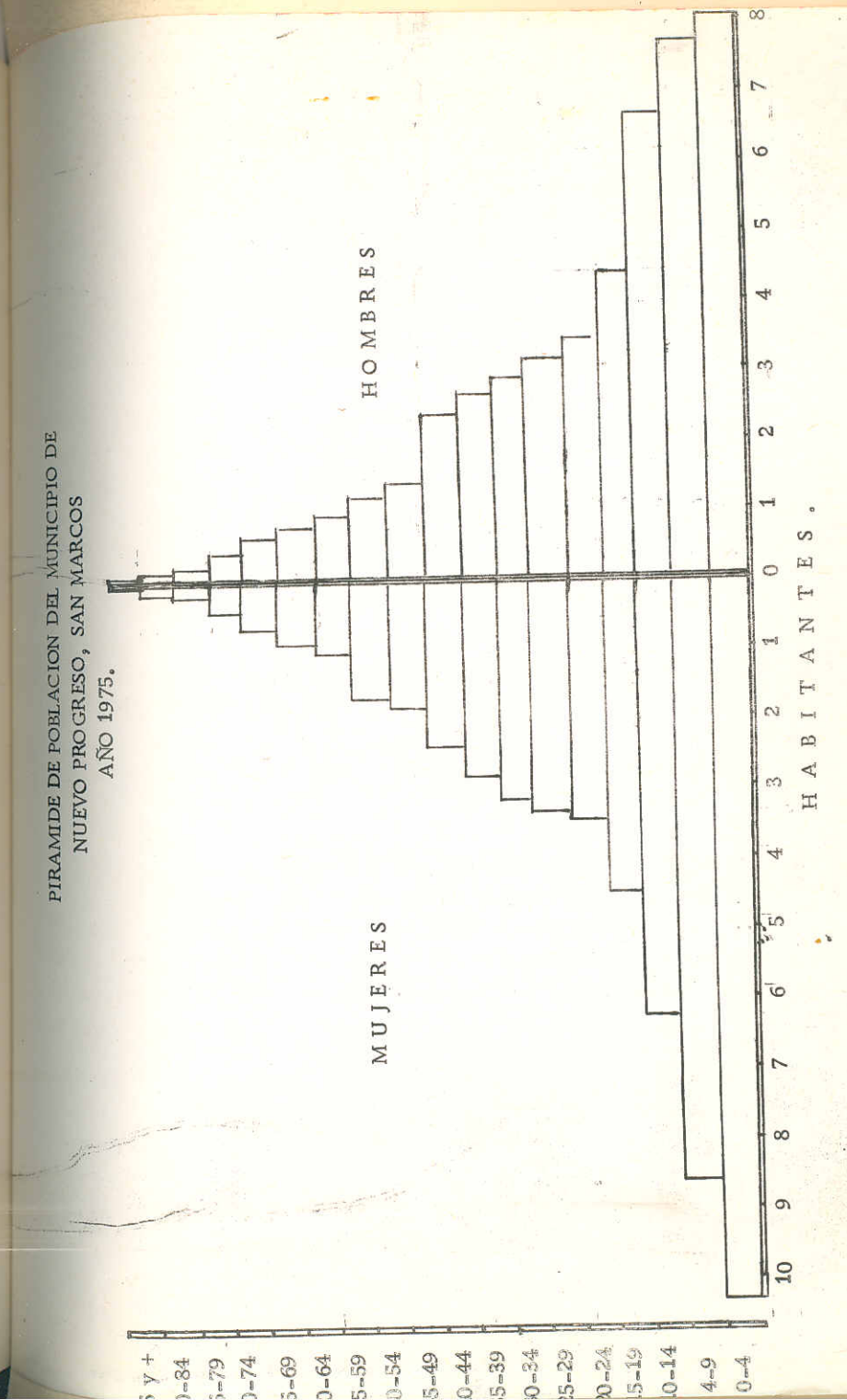
5. Se procedió a la elaboración del Programa Materno Infantil, valiéndose para el efecto de los datos obtenidos.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
BIBLIOTECA
DEPARTAMENTO DE TESIS-REFERENCIA

5. DESCRIPCION DEL AREA

Nuevo Progreso, municipio del departamento de San Marcos, situado en la costa sur occidental de Guatemala, tiene los siguientes límites: al Norte por el municipio de San Pedro Sacatepéquez, San Marcos; al Sur por Pajapita, San Marcos, Coatepeque y Quezaltenango; al Este por La Reforma; al Oeste por El Tumbador, San Marcos.

Tiene una extensión territorial de 140 km. cuadrados; 3,200 pies sobre el nivel del mar, su clima es agradable; cuenta el municipio con un poblado urbano donde se encuentra la cabecera municipal con categoría de pueblo, con municipalidad de segunda categoría; 16 poblados rurales (aldeas) y varias fincas con caseríos para colonos. Actualmente cuenta la cabecera municipal con un centro de salud tipo C, 4 farmacias, de las cuales una es municipal pero con escasa medicina, otra del hospital llamado de La Familia, que ha sido construido con ayuda extranjera y motivada por el cura párroco de la localidad, el hospital contará con laboratorio, rayos X, sala de operaciones y camas para 16 pacientes; asimismo cuenta únicamente con un médico, una enfermera graduada, una enfermera auxiliar que además atiende la farmacia. Actualmente prestan servicio únicamente en consulta externa; en lo referente a control prenatal no lo llevan ordenadamente, y con respecto a la atención del parto lo efectúan las comadronas designadas por la embarazada previa consulta con dicho hospital y si hubiere probable complicación se transfieren al hospital de Coatepeque.



6. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

6.1 Los recursos institucionales de salud

El centro de salud tiene como personal al Médico E.P.S. y a la enfermera auxiliar. Durante el año laboran dos médicos estudiantes E.P.S., distribuidos en seis meses cada uno; entre los dos cubren 2,000 horas anuales con un salario mensual de Q. 180.00, siendo el costo hora de Q. 0.72. Realizan visitas domiciliarias cuando los casos clínicos lo ameritan. La campaña de vacunación nacional es realizada por el E.P.S., que cubre los seis primeros meses del año. En el aspecto administrativo elaboran un informe mensual dirigido a la Dirección General de Estadística y Jefatura de Area sobre los distintos diagnósticos emitidos (los E.P.S.).

La enfermera auxiliar labora 2,000 horas anuales con un salario anual de Q. 1,800.00, siendo el costo por hora de Q. 0.62. No efectúa ningún tipo de consulta ya que no existe un programa definido. A petición del Médico E.P.S., efectúa visitas ocasionales a pacientes. Tiene participación activa en la campaña de vacunación en compañía del Médico E.P.S. Durante los primeros seis meses del año, cubriendo aldeas, caseríos y población urbana. No se dedica a la investigación por no haber metas y proyectos definidos. Hipodermis y curaciones dos horas diarias. En el aspecto administrativo rinde informes mensuales a la Jefatura de Area y D.G.S.S., sobre aspectos de morbi-mortalidad. Ocasionalmente asiste a cursillos sobre planificación familiar u otros aspectos si lo solicita la enfermera jefe de Area.

6.2 Recursos naturales de salud

Existen dos categorías que son: Comadronas y Farmacéuticos.

COMADRONAS:

Sólo fue posible comunicarse con 20, aunque existen en

número de 35 distribuidas en aldeas, caseríos y área urbana. 10 de ellas opinaron que días antes del parto mandan a sus pacientes con el médico para su respectiva evaluación y así evitar complicaciones durante la atención del mismo.

FARMACEUTICOS (receptores de farmacias):

Son tres en total, dos son del sexo masculino y uno del sexo femenino, los tres opinan que nunca les habían pasado un cuestionario y que les da mucho gusto; ya que así de esta manera aprenden, especialmente lo referente a materno-infantil y salud en general y sí confían en el médico y aceptan los medicamentos prescritos por él; así como recurrir a él cuando lo necesiten.

Tanto para las comadronas como los receptores de farmacia, el instrumento que les fue aplicado está en los anexos, ver apartado, donde se encuentran dichos resultados.

6.3 Recursos materiales

Los recursos materiales son: edificio, equipo médico-quirúrgico y de oficina. El centro de salud con que cuenta Nuevo Progreso es de tipo "C", la municipalidad donó dicho terreno, el inmueble en sí es de madera, cuenta con cuatro divisiones o cuartos: 1. sala de espera; 2. clínica; 3. hipodermia y curaciones; y 4. lavamanos (no hay baño ni sanitario). Todos (4) cuartos son pequeños. La sala de espera consta de dos bancas; la clínica consta de 1 camilla, 3 sábanas, 1 estetoscopio, 1 estetoscopio obstétrico, 1 esfinmomanómetro, 1 lámpara de mano, varios termómetros (orales y rectales), agujas, jeringas escasas. Algunos de los instrumentos han sido obsequiados por estudiantes de medicina de E.P.S.; parte de la medicina enviada por la Dirección General de Servicios de Salud está colocada en una estantería y otra sobre una pequeña mesa.

El equipo de Oficina está compuesto por un escritorio al servicio del médico, igual una mesa pequeña. La papelería de la Dirección General de Estadística para informes semanales y

mensuales; la enfermera tiene a su servicio un escritorio con su papelería correspondiente sobre aspectos de morbi-mortalidad.

COMENTARIO

A través del estudio, se puede dar perfecta cuenta que los recursos humanos formales en salud son escasos: Médico E.P.S. y Enfermera Auxiliar. No se cuenta con otros recursos formales en salud como son: Técnico en Salud Rural, Promotores de Salud, Comadronas adiestradas, líderes comunitarios, ni voluntarios. Por tal motivo es importante que autoridades del lugar junto con Médico E.P.S. y Enfermera auxiliar tomen como primera medida la creación de comités de salud y a través de estos se formarán los personajes deseados para beneficiar no sólo a la comunidad sino a Guatemala en general.

Los recursos humanos naturales existentes en la comunidad carecen de una base científica para emitir sus diagnósticos y tratamientos no sólo en aspecto Materno Infantil, sino en todo tipo de patología. Las comadronas todas son empíricas no obstante se les han impartido clases teóricas y prácticas pero no han asimilado en lo absoluto quizás por su edad que es bastante avanzada o por los tabús que tienen muy arraigados. Los farmacéuticos o vendedores de medicinas al igual que los curanderos luchan por su subsistencia por lo que tratan de engañar pacientes para obtener ganancias económicas en la venta de sus productos. Las farmacias sólo cuentan con la llamada "medicina de combate" como expectorantes, antidiarreicos, antiespasmódicos, analgésicos, jarabes con hierro, vitaminas (reconstituyentes), y en general medicina popular, etc. Lo mismo puede decirse de las comadronas que son bastante aceptadas sin investigar antecedentes. El tipo de medicina que existe en el centro de salud donado por la D.G.S.S., se consume en su totalidad; considero que es una medicina adaptada para tratar la gran gama de enfermedades sociológicas. El problema estriba en que sus existencias son mínimas, por lo que no se logra cubrir a toda la población.

7. PROGRAMA MATERNO INFANTIL

7.1 INTRODUCCION

La población materno-infantil, es de 69.43 o/o de la población total por lo que es básicamente el grupo en salud que debe cubrir de la mejor manera, para ello la realización de un verdadero programa materno-infantil. Haremos un programa con una cobertura del 80 o/o de la población.

Para ello utilizaremos los recursos humanos y materiales de salud que sean necesarios.

7.2 OBJETIVOS GENERALES

A. Reducir el riesgo de enfermar y morir del grupo materno infantil.

B. Prestar servicio de salud preventivo curativo a este mismo grupo.

C. Aumentar el desarrollo psicobiosocial del grupo materno infantil.

D. Proporcionar educación en salud a la madre y al niño.

E. Dar adiestramiento al personal idóneo (paramético y/o de comunidad), que se relaciona con el mantenimiento de la salud de la comunidad e incorporarlos al programa.

F. Desarrollar investigación sobre causas de morbilidad y mortalidad materno infantil, crecimiento y desarrollo, para conocer profundamente los problemas mórbicos de la comunidad.

7.3 DEFINICION DEL PROBLEMA MATERNO INFANTIL

A) Población:

Según el censo llevado a cabo en 1973, la población de Nuevo Progreso fue de 16,144 habitantes, de los cuales 8,487 fueron hombres, y 7,657 mujeres.

Para el presente trabajo tomaremos los datos proporcionados según estimaciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Unidad Sectorial de la Salud), los que nos da para el año 1976: 23,931 habitantes para todo el municipio.

B) Daños:

B.1 Mortalidad: según censo del registro civil, para 1973 hubo 214 muertes, lo que con una población de 16,144 habitantes tenemos la siguiente *Tasa de Mortalidad general:*

$$\frac{214}{16,144} \times 1000 : 13.25 \times 1000 \text{ habitantes.}$$

MORTALIDAD MATERNA:

Mortalidad durante el embarazo, el parto, por abortos, y durante el puerperio, no se encontró ningún caso en el libro de defunciones civiles durante 1974, posiblemente porque no se efectúan los reportes correspondientes, y por la misma circunstancia se desconocen las causas de mortalidad materna en esta población. También hay subregistro de la muerte materna, la tasa de mortalidad materna en Guatemala para 1973 es de 2.2 x 1000 nacidos vivos, por lo que se infiere que para esta población, es similar o mayor.

Tasa de Natalidad: $\frac{670}{16,144} \times 1000 : 41.50 \times 1000$ habitantes.

Tasa de Fecundidad: $\frac{670}{16,144} \times 1000 : 149.48 \times 1000$ mujeres en edad reproductiva

Crecimiento Vegetativo: T.N. — T.M. : 41.50 — 13.25 x 1000 habitantes = 28.25 x 1000 habitantes.

Mortalidad Infantil: $\frac{59}{670}$ x 1000 : 88 x 1000 nacidos vivos.

Mortalidad Neonatal: $\frac{23}{670}$ x 1000 : 34.32 x 1000 nacidos vivos.

Mortalidad Postneonatal: $\frac{36}{670}$ x1000 : 54.0 x 1000 nacidos vivos.

Los datos correspondientes a Mortalidad infantil, Mortalidad neonatal y Mortalidad postneonatal son del año de 1974.

El o/o de niños de menos de 5 años es de aproximadamente 50 o/o del total de niños como en el resto del país.

C) Morbilidad en menores de 1 año: (4)

C.1 Diez principales causas de morbilidad en niños menores de 1 año:

1. G.E.C.A.
2. I.R.S.
3. Amebiasis
4. D.P.C.
5. Bronquitis y asma
6. Enfermedades infecciosas
7. Tos ferina
8. Neumonía
9. Premadurez
10. Anomalías congénitas.

C.2 Diez principales causas de morbilidad en niños de 1 a 4 años:

1. G.E.C.A.
2. D.P.C.
3. I.R.S.

4. Amebiasis
5. Bronquitis
6. Enfermedades infecciosas
7. Neumonías
8. Sarampión
9. Piodermitis
10. Fiebre tifoidea.

C.3 Diez principales causas de morbilidad en niños de 5 a 14 años:

1. D.P.C.
2. Avitaminosis
3. G.E.C.A.
4. Amebiasis
5. Enfermedades infecciosas
6. I.R.S.
7. Otras enfermedades
8. Piodermitis
9. Fiebre tifoidea
10. Neumonías.

D) Morbilidad Obstétrica:

Hablar de morbilidad obstétrica en nuestro medio resulta difícil, debido a que un porcentaje muy elevado de embarazadas no acuden a control prenatal llevado a cabo por un facultativo o personal paramédico entrenado, lo cual puede atribuirse a múltiples causas tales como el factor cultural, socio-económico, falta de medio de comunicación, poca información de la existencia de programas gineco-obstétricos, aunque como se dijo, programas como tales no existen, y en todo Guatemala sólo el 18 o/o de partos son atendidos por algún personal de salud; por lo que los pocos casos de morbilidad obstétrica reportados a continuación no son un reflejo fiel de la situación morbosa obstétrica en esta comunidad. En el período comprendido del 15 de febrero al 15 de julio de 1975 llegaron a control prenatal 55 pacientes obstétricas

que hacen el 7 o/o con relación a partos probables, habiéndose detectado las siguientes causas de morbilidad:

1. Desnutrición	40 o/o
2. Anemia	30 o/o
3. Moniliasis vaginal	8 o/o
4. Tricomoniasis vaginal	8 o/o
5. Várices de miembros inferiores	14 o/o

E) Problemas intra y extrasectoriales que influyen en Planes y Programas de Salud del Municipio:

E.1) Intrasectoriales:

Ausencia de un programa (práctico), de saneamiento ambiental.
Ausencia de programas que cubran una cobertura aceptable y la patología más frecuente.
Falta de recursos humanos, financieros y de material.
Falta de integración y organización de los servicios de atención de salud.

E.2) Extrasectoriales:

Sistema socio-económico basado en la explotación de clases.
Mala distribución de la tierra en la que la minoría de la población posee la gran mayoría de aquella.
Consecuencia del sistema social (capitalista)
- Analfabetismo
- Bajos salarios
- Alto costo de la vida, etc.

A. SUB-PROGRAMA MATERNO

Atención prenatal:

Para llenar esta atención se llevarán a cabo las siguientes actividades:

a. Captación precoz de la mujer embarazada antes del 5o. mes.
b. Consulta prenatal.
c. Educación en Salud.

Captación precoz de la mujer embarazada:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
BIBLIOTECA
DEPARTAMENTO DE TESIS-REFERENCIA

Objetivos:

Captar precozmente a la mujer embarazada del municipio de Nuevo Progreso, antes del 5o. mes de embarazo.
Inscribir al 100 o/o de la cobertura a las 23 semanas de gestación.

Datos de población:

Población total: 23,931 habitantes.
Embarazos esperados: (5 o/o de la población): 1,196
Abortos esperados: (10o/o de los embarazos esperados: 120
Partos esperados (embarazos esperados menos abortos esperados): 1,076

Captación de la cobertura: esta se llevará a cabo a través de las comadronas, a través del médico E.P.S., a través de la enfermera auxiliar, propaganda por radio, las que lleguen espontáneamente y por conducto de otras embarazadas.

De las comadronas entrevistadas (20), todas podrían integrarse al programa, pues hay otras que trabajan por su cuenta y otras porque dista mucho donde viven y es poco accesible por los malos caminos; pero puede tratarse de hacerlas llegar al centro de

salud e integrarse posteriormente.

Actividad: Se llevará a cabo a través de la visita domiciliaria. La comadrona entrevistará a las madres sobre los siguientes aspectos:

— Fecha de última regla.
— Si la madre percibe estar embarazada.
— Si hay retraso menstrual de meses o más.

Serán cubiertas el 80 o/o de las mujeres en edad fértil a través de la visita domiciliaria en esta forma:

— cada dos meses si tiene un niño menor de 1 año.
— cada cuatro meses si tiene un niño de 1 a 4 años.
— cada año si no tiene niños menores de 5 años.

Sin embargo, como ignoramos cuántas familias tienen niños menores de 1 año, cuántos de 1 a 4 años y cuántos mayores de 4 años, esto tendría que explorarse en la primera visita domiciliaria y programarse de acuerdo a los resultados. Por razones de programación y para llenar los requisitos, pondremos que se llevarán a cabo 6 visitas al año (una cada dos meses).

Las comadronas sólo entrevistarán, según las mismas normas de concentración e interrogatorio establecido, a las madres que deseen ser entrevistadas por ellas. Asimismo el embarazo seguirá siendo controlado por éstas, e inclusive el parto y puerperio.

Con respecto a la entrevista, la embarazada de menos de 23 semanas de gestación a la cual se le ha proporcionado o no fecha de entrevista con el E.P.S., si presenta cualquier signo o síntoma que ponga en peligro su embarazo, deberá dirigirse inmediatamente a consulta con éste para determinar conducta terapéutica.

Instrumento: Comadrona.
Rendimiento: Comadrona: número de pacientes referidas al E.P.S. semanalmente, inscritas en el programa o para inscribirse.

Consulta prenatal:

Metas:

— Cubrir el 80 o/o de los embarazos esperados.
— Proporcionar 5 controles prenatales.
— Proporcionar suplemento de hierro.
— Detectar precozmente cualquier patología.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

— Mejorar el nivel de salud de la madre.
— Controlar los riesgos propios del embarazo para que transcurra en la máxima probabilidad de normalidad y finalice dentro de lo posible en un producto normal a término.
— Mejorar las reservas de hierro de la madre.

Embarazos esperados: 1,076
Cobertura: 80 o/o 861

Para el programa que se propone la atención prenatal será llevada a cabo: A) por el médico E.P.S.; B) por la enfermera auxiliar; y C) por la comadrona. Las normas de concentración son las siguientes: 5 controles prenatales.

Sin excepción el primer control será llevado a cabo por el E.P.S. En este determinará los exámenes de laboratorio siguientes: VDRL, heces, orina, hematología, grupo sanguíneo y Rh. Las madres que anteriormente se hayan presentado a exámenes llevarán nuevamente los resultados de los mismos. Los resultados de los exámenes de las madres de menos de 23 semanas de embarazo que anteriormente se hayan tomado se verán al día siguiente por el E.P.S., instituyendo la terapéutica conveniente. Además en la primera consulta se determinará edad del embarazo (cálculo y estimado), antecedentes obstétricos y generales. Se

procederá a examinar a la paciente en un examen físico general y obstétrico en el cual se determinará: presentación, posición, variedad de posición del producto en las madres en que por su edad de embarazo puedan llevarse a cabo estas maniobras. En casos de duda se procederá a examen diagnóstico de embarazo por laboratorio. En esta entrevista también se determinará quién seguirá controlando el embarazo, según las siguientes características:

1. Si la evolución del embarzo es normal los controles serán:

   El primero a las 23 semanas
   El segundo a las 27 semanas
   El tercero a las 31 semanas
   El cuarto a las 35 semanas
   El quinto a las 40 semanas

2. El primero y último controles los procederá a llevar a cabo el E.P.S.

Para cumplir el objetivo de mejorar las reservas de hierro de la embarazada se distribuirá fumarato ferroso; de esta manera se ha pensado combatir la anemia, partiendo de que es ferropriva. En el centro de salud no se cuenta con laboratorio, por lo que no se puede establecer un antecedente de valor, sólo clínicamente; por lo tanto, ignoramos qué porcentaje de las embarazadas sufren anemia, ya que a nivel rural una gran mayoría sufre de anemia. Por esto daremos hierro oral a todo el grupo de embarazadas que estén inscritas en el programa, a partir de las 23 semanas de embarazo (320 mgs. de fumarato ferroso 3 veces al día) hasta que finalice el mismo.

1. **Funciones y obligaciones de la comadrona:**

   a) entrevistar al grupo familiar que desee ser atendido por ella; b) referir al médico EPS, a todas las gestantes con signos de alarma en la evolución de su embarazo.

Instrumento: comadrona.
Rendimiento: número de consultas proporcionadas por mes.

2. **Funciones y obligaciones de la Enfermera auxiliar de consulta:**

   a) Referir al EPS cualquier signo o síntoma de alarma en la evolución de los embarazos controlados por ella; b) tomar como signos vitales de las gestantes que se presenten a consulta; c) distribuir el fumarato ferroso a las pacientes que indique el EPS; llevar control de salidas de medicamentos en el libro aparte; d) anotar la fecha próxima de cita de las pacientes examinadas por ella; e) examinar a las multíparas que dictamine el EPS (llevar el control prenatal).
   Instrumento: Enfermera auxiliar.
   Rendimiento: 4 consultas por hora. (Véase cuadro respectivo).

3. **Funciones y obligaciones del EPS:**

   a) proporcionar consulta prenatal a las gestantes con las características señaladas en control prenatal por el EPS; b) determinar quienes seguirán proporcionando los controles prenatales después de la primera entrevista que él haga; c) orientar a la enfermera auxiliar y comadrona sobre los problemas que éstas le refieran, relacionados con la evolución del embarazo que a su vez controlen ellas; e) Proporcionar en todos los casos, el último control prenatal de las gestantes inscritas en el programa.

   Las multíparas que deseen que su evolución sea controlada por la comadrona, éstas llevarán el segundo, tercero y cuarto control prenatal siempre y cuando la evolución del embarazo sea normal.

La enfermera auxiliar llevará a cabo el segundo, tercero y cuarto controles prenatales de las madres con las siguientes características: Multíparas con antecedentes no patológicos y

Pacientes mayores de 20 y menores de 34 años (primigestas y multíparas). Si la evolución del embarazo es normal, terminará los controles referidos. Al menor signo o síntoma de alarma la referirá al E.P.S., para que éste la evalúe. La auxiliar no sustituirá ningún tratamiento. Dará educación en salud e higiene a la embarazada. En cada consulta llevará la ficha de control prenatal.

El E.P.S. llevará a cabo los controles de las pacientes con los siguientes antecedentes: a) vómito severo; b) hemorragia genital y dolor en hipogastrio; c) cefalea intensa; d) dolor epigástrico severo; e) síntomas urinarios; f) ausencia de movimientos fetales; g) amnirrea; h) flujo vaginal de cualquier característica; i) várices complicadas de miembros inferiores; j) contracciones uterinas frecuentes y/o intensas; k) hemorroides complicadas; l) embarazo múltiple; m) hemoglobina menor de 9 gramos o/o; n) peso inicial de 40 kgs., y mayor de 80 kgs.; ñ) talla menor de 150 cms.; o) incremento de peso de más de una libra por semana entre el 4o. y 8o. mes; p) edema en cualquier parte del cuerpo y/o proteinuria; q) disociación de 3 ó más semanas en el incremento de la altura uterina; disociación de 3 ó más semanas entre la altura uterina y la edad calculada; r) presentación diferente a la cefálica; s) fetocardia negativa, menor de 120 o mayor de 160 por minuto; t) patología de los senos; u) cualquier otra patología; v) historia familiar de diabetes; w) enfermedad hipertensiva, epilepsia, trastornos mentales; x) historia de mortinatos, excepto el último embarazo; y) historia de recién nacidos con ictericia y muerte neonatales; z) tuberculosis activa; a-1) cesárea previa, cirugía cervicovaginal, excepto episiotomás; b-1) historia de complicaciones en el último parto y puerperio.

En el último control prenatal, llevado a cabo por el EPS, de las gestantes inscritas en el programa el EPS determinará el sitio y la persona que atenderá el parto.

El EPS al terminar la entrevista pondrá la fecha de cita para las gestantes que haya entrevistado.

Instrumento: EPS
Rendimiento: 6 consultas por hora.

Atención de Parto

Objetivos específicos:

1. Controlar los riesgos propios del parto.

Metas:

- Cubrir el 80 o/o de los partos esperados.
- Atender domiciliariamente al 80 o/o de los partos esperados (de la cobertura).
- Detectar precozmente cualquier patología.

Población:

- Partos esperados: 1,076
- Cobertura 80 o/o: 861
- Partos domiciliarios por atender (80 o/o de los partos esperados según la cobertura).

La atención del parto será proporcionada por: a) la comadrona; b) la enfermera auxiliar; y c) el médico EPS.

Atención del Parto a domicilio

En la atención del parto a domicilio se esperan atender 108 partos en un año (1976), los cuales serán cubiertos por las comadronas. Las comadronas reportarán mensualmente a la enfermera auxiliar el número de partos atendidos (rendimiento). Cualquier complicación que tuviesen durante el trabajo de parto o post-parto inmediato, serán referidas inmediatamente al EPS. Las comadronas atenderán los partos de las multíparas según el criterio establecido en las normas de control prenatal.

Instrumento: Comadronas.
Rendimiento: Número de partos atendidos mensualmente y número de referencias por parto complicado reportado mensualmente.

Atención del Puerperio

Objetivos:

— Controlar los riesgos propios del puerperio.
— Disminuir la mortalidad materna a un 50 o/o en 10 años.

Metas:

— Cubrir el 100 o/o de los atendidos.

Población:

— Partos esperados: 1,076
— Cobertura 80 o/o: 861

La atención del puerperio dependerá: a) el parto fue atendido a domicilio; la comadrona evaluará a la madre en las primeras 48 horas. Detectará: características de los loquios, si la madre ha presentado fiebre, cualquier otro síntoma o signo; b) de encontrar alguna anormalidad la referirá al E.P.S.; c) informará mensualmente del número de post-natales llevados a cabo y el número de referencias que hizo el EPS por puerperio complicado.

Instrumento: Comadrona.
Rendimiento: Número de visitas proporcionadas en control post-natal mensualmente.

B. SUBPROGRAMA INFANTIL.

INTRODUCCION:

Considero de importancia vital tomar en cuenta la población infantil del municipio de Nuevo Progreso, así como la materna, ya que ambas son indudablemente la mayor parte de la población (68.7 o/o Materno Infantil).

Para esto utilizaremos los recursos humanos y materiales que sean necesarios para llevar a cabo un programa infantil. Ya con una programación podemos dar una adecuada atención médica al niño.

I. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Reducir la morbi-mortalidad infantil mediante la atención de salud adecuada en el niño menor de 5 años.
2. Dar instrucción adecuada a la madre sobre etapas de crecimiento y desarrollo, alimentación e inmunización del niño.
3. Hacer énfasis sobre las inmunizaciones para la población escolar urbana y rural de Nuevo Progreso.
4. Hacer énfasis a la madre sobre la utilización de los recursos de salud, según necesidades de cada caso en particular.

II. SERVICIOS QUE SE PRESTARAN:

1. Atención del niño menor de un año.
2. Atención del niño de uno a cuatro años.
3. Vacunación.

Componente No. 1
Atención y control del niño menor de 1 año.

Objetivo: Dar lo más inmediato posible atención médica y control respectivo a niños menores de un año, educación a la madre sobre cuidados, higiene, crecimiento y desarrollo, inmunización del niño.

Población objetivo: Niños menores de un año.

1. Niño recién nacido.
2. Niño en período de lactancia.

Prioridades:

Niño nacido patológico y prematuro.

Cobertura:

El 80 o/o de los niños de 0 - 1 año: 862.

Instrumentos:

Médico EPS y Enfermera auxiliar.

III. SITIO DE ATENCION DEL GRUPO INFANTIL (0 - 1 año)

1. Todos los niños atendidos por la comadrona serán referidos al puesto de salud, para que reciba control médico.
2. El médico EPS, atenderá en el centro de salud a niños con patología que considere y asimismo referirá al hospital más cercano.

Controles del niño:

a) **Para el Médico:**

No. de actividades: población x conc. de actividades:

Se consideran 240 dís hábiles para la consulta.

No. actividades: Consulta por día.

Rendimiento de instrumento: se consideran 6 consultas por hora.

b) **Para la Enfermera auxiliar:**

No. de actividades: nacimientos probables x concent. de actividades.

No. de actividades: Consultas por día.

Se consideran 240 días hábiles.

No. de actividades: Consulta por día.

Rendimiento de instrumento: 6 consultas por hora.

Componente No. 2

Atención y control del niño de 1 a 4 años.

Dar el máximo de atención de salud a niños de 1 a 4 años.

Objetivo:

Reducir la morbi-mortalidad de los niños de 1 a 4 años, haciendo énfasis sobre educación de los padres en la prevención, controles, crecimiento y desarrollo, alimentación e inmunizaciones.

Población objetivo:

Niños de 1 a 4 años: 3,751

Prioridades:

a. Niño patológico.
b. Niño traumatizado.

Cobertura:

80 o/o de niños de 1 a 4 años: 3,751

Controles de los niños de 1 a 4 años:

Se realizarán dos controles: uno por el EPS, que corresponde a: crecimiento y desarrollo; y el otro la enfermera, que corresponde a: de morbilidad.

No. de actividades: población x conc. de actividades.

No. de actividades: 3,751 x 1: 3,751 consultas al año.

Rendimiento de instrumento: horas al año.

Lo anterior corresponde al Médico EPS.

Para la Enfermera auxiliar:

No. de actividades: población x conc. de actividades.

No. de actividades: 3,751 consultas al año.

Rendimiento Instrumento: horas al año.

A continuación tenemos normas para niños de 0 a 1 año y de 1 a 4 años respectivamente:

Normas: (0 a 1 año).

1. Captación e inscripción del niño al programa.
2. Ficha clínica.
3. Proporcionar atención médica a todo niño con enfermedad.
4. Instrucción a la madre sobre cuidados del niño.
5. La enfermera auxiliar dará 3 controles.

Normas : (de 1 a 4 años)

1. A cada niño de 1 a 4 años se le harán 2 consultas
   a. Uno por el médico EPS: crecimiento y desarrollo
   b. El otro la enfermera: morbilidad.

2. Referir a niños al Hospital de la cabecera dependiendo de la patología.

3. El médico EPS instruye a la madre sobre el programa.

Componente No. 3

Vacunación.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
BIBLIOTECA
DEPARTAMENTO DE TESIS-REFERENCIA

Objetivos:

Aumentar la inmunidad en la población, vacunando contra: Tétanos, Sarampión, Tos ferina y Tuberculosis. Vacunas para Tifus y Tifoidea sólo en casos necesarios.

Población objetivo:

Todos los niños menores de un año que no hayan sido vacunados.

Normas:

1. **Para D.P.T.**

   a) Inicio a los 2 meses y refuerzo cada año a partir de la última dosis (o sea la tercera).

2. **Para el Sarampión.**

   a) Dosis única al año de edad.

Actividades para la Enfermera auxiliar:

1. Revisar el carnet del niño.
2. Examinar al niño para detectar contraindicaciones.
3. Aplicar la dosis de acuerdo al carnet.
4. Orientar a la madre sobre el programa.

Actividades para el Médico EPS:

1. Al primer control del niño planear su vacunación.
2. Examinar y tratar a los niños con reacciones adversas a la vacuna.

1. EVALUACION DEL PROGRAMA.

La evaluación del programa será longitudinal (constante) y vertical (periódico).

Longitudinal, pues se estará evaluando a través de la evolución en la marcha del mismo, con resultados parciales (semanales y mensuales). **Vertical,** pues anualmente se analizan los resultados de todos los componentes. Estas evaluaciones se llevarán a cabo con base en indicadores.

1.1 Así para la **evaluación del contenido** se analizarán si los aspectos técnicos y científicos se están llevando de acuerdo a las necesidades de la comunidad (por ejemplo, se justifica la utilización de fumarato ferroso en administración continua a la embarazada?).

1.2 Para la **evaluación del proceso** se analizará si se están cumpliendo las funciones: a) curativa; b) preventiva, del programa materno infantil (por ejemplo, ¿se está vacunando a la población planeada contra la Tuberculosis?).

1.3 **La evaluación de la estructura:** si se cuenta con el equipo humano y material planeados para la elaboración del programa. Se evaluará si estos recursos están siendo correctamente utilizados a través de las horas que se ha planeado sean dedicadas a cada unidad o, por ejemplo, el número de consultas que sean realizadas durante el año para determinada actividad.

1.4 **Evaluación por la comunidad:** definitivamente la evaluación no debe ser unidireccional. El paciente o sus protectores tienen derecho a opinar, criticar y censurar la actividad de los que intervienen en el programa. Después de todo ellos son la razón de las justificaciones para aliviar el dolor. En ellos el médico verá la razón de sí mismo: negarse o motivarse para expresar su razón de lucha.

La comunidad debería estar organizada en comités de salud, los cuales absorbieran la opinión y el sentir de la misma. Un comité de salud de esta índole, que transmitiera el pensar de su pueblo, podría dialogar con el equipo del programa Materno infantil, para mejorar, cambiar o corregir cualquier componente del mismo. El comité criticaría sobre la actuación de los recursos naturales de la comunidad.

1.5 **Resultados o eficacia (evaluación interna):** la evaluación interna se refiere al grado de eficiencia y productividad de los recursos utilizados. Es una autoevaluación. Para llevarla a cabo se utilizará la supervisión, evaluada a su vez por:

- Coberturas alcanzadas y su comparación con respecto a las planteadas.
- Metas alcanzadas y su comparación con respecto a las planeadas.
- Objetivos alcanzados y su comparación con respecto a los planeados.

Lo anterior se refiere a la evaluación final. Con respecto a la longitudinal se tomará en cuenta a través de los reportes e informes que refieren constantemente el personal integrante del programa. Así, por ejemplo:

- Número de controles prenatales, postnatales y número de partos atendidos por el EPS, y la auxiliar.

1.6 **Efectos o eficacia** (evaluación externa): como habíamos mencionado, la comunidad tiene derecho a decidir, criticar y señalar errores. Tiene derecho a evaluar el programa a través del alcance o grado de profundidad que el mismo está provocando en ella. Debe participar en la evaluación sobre los alcances de los cambios cualitativos y cuantitativos logrados. De esta forma podrá ver hasta dónde, en los frutos del programa, tiene que declararse satisfecha o preocupada.

Se analizará la opinión que tiene el comité de salud y el

interesado sobre las acciones que se realizan en su favor, tomando muy en cuenta sus sugerencias para mejorar o modificar dichas acciones.

Los cambios cualitativos y cuantitativos se medirán con base a cambios de mortalidad y morbilidad que se establezcan en el municipio a partir de la fecha de iniciación del programa, así como los cambios de hábitos y educación.

NUMERO DE HORAS TOTALES DISPONIBLES DE CADA INSTRUMENTO:

Nominación	Total horas contratadas x año	o/o a emplear en el programa Materno Infantil.	Horas dedicará al programa.
E.P.S.	= 2000		
Enfermera Auxiliar	= 2000		
Comadrona	= No está en horario.		

8. CONCLUSIONES

1.1 GENERALES:

1. En el municipio de Nuevo Progreso, los problemas de salud son los mismos señalados para el resto de los municipios de la República. El grupo Materno Infantil ocupa el 68.7 o/o de la población en general. Su crecimiento vegetativo es de 28.2 o/o.

2. Debido a que constantemente están emigrando grupos de pobladores de otras regiones del país, es difícil estimar en un momento dado el número de población, pues no existe, hasta el momento de este trabajo, alguna autoridad que controle el fenómeno.

3. En lo relativo a programas de salud, anteriormente no se ha puesto en marcha ninguno que cubra el grupo Materno Infantil del municipio de Nuevo Progreso.

1.2 PARA EL GRUPO MATERNO INFANTIL

4. Se ha elaborado un programa para la atención de la mujer embarazada con una cobertura del 80.0 o/o de la población de este subgrupo y en el que se hace hincapié en la atención prenatal, del parto y del puerperio. Para llevar a cabo este programa se necesita, en recursos humanos: 2) un médico E.P.S.; 2) una enfermera auxiliar y (40) comadronas.

5. Para el presente programa se pretende que el 80 o/o de los partos esperados sean atendidos domiciliarmente. Esta actividad será cubierta por las comadronas.

1.3 PARA EL SUBPROGRAMA INFANTIL:

6. Se ha elaborado un programa para la atención de este grupo con una cobertura de 80 o/o. La atención será dirigida a la: A) Vigilancia del crecimiento y desarrollo (inclusive

Inmunizaciones). B) Atención del niño enfermo. C) Atención del niño con D.P.C.

7. El aspecto de inmunizaciones será cubierto en el mismo inciso relativo a vigilancia del crecimiento y desarrollo. A la par de la D.P.C. se tratará el problema de D.H.E., pues como sabemos, generalmente caminan juntos.

9. RECOMENDACIONES

a) *Generales:*

1. Adoptar un sistema estricto por medio del cual se establezcan los diagnósticos de defunción de los ocurridos extrahospitalariamente el cual sería llevado a cabo por el propio E.P.S., en forma retrospectiva a cada paso, previo a dejarlo estadísticamente fijo en la municipalidad de Nuevo Progreso.

2. Que las autoridades médico administrativas del municipio de Nuevo Progreso, a las cuales compete realizar programas para preservar y mejorar la salud del municipio, opten el presente programa el cual proporcionamos después de analizar las características del mismo.

3. Que las autoridades administrativas del municipio lleven un censo de población, el cual se renovaría a tiempos prudenciales.

4. Insistir ante las autoridades máximas de salud para que establezcan un Técnico en Salud Rural, para bien de las comunidades sobre todo en aldeas y caseríos, etc.

b) *Grupo Materno:*

5. Como en este programa se tomará en cuenta la atención prenatal, el parto y el puerperio, se recomienda que para poder cumplir:

   5.1 Para la atención del parto, el 80 o/o de los partos esperados sean cubiertos domiciliarmente por la comadrona y el 20 o/o restante en el hospital.

6. Que este programa como el Infantil sean dirigidos por el E.P.S., y supervisado por el jefe de Area.

c) Grupo Infantil:

7. Se tomará en cuenta en este grupo: a) vigilancia del crecimiento y desarrollo; b) atención del niño enfermo; c) atención del DPC, se recomienda:

7.1 Que para cubrir la cobertura se establezca el sistema de visita domiciliaria.

7.2 Investigar el porcentaje de niños hospitalizados que pertenezcan al municipio.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Programa de Atención Médica, Subprograma Materno-Infantil, Secretaría de Salud Municipal Universidad del Valle, División de Salud. Cali. Julio-agosto 1972. Impreso Artes Gráficas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.

2. Sánchez, Rómulo. En su Planificación de Salud, impreso por Artes Gráficas de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.

3. Unidad de Planificación Materno Infantil. Para Distrito de Quezaltenango, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

4. Ivette E. Lam C. EPS, Situación de Salud, Grupo Materno Infantil, Municipio de Nuevo Progreso, San Marcos, 1975.

5. López C., Sergio R. Programa de Atención Materno Infantil, Sub-programa de Adiestramiento de Promotores y Comadronas, para el Municipio de San Benito, Petén, año 1976: Una Propuesta.

6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad Sectorial de Planificación de la Salud. Población calculada año 1972 - 1980.

7. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas, Fase III. Salud Materno Infantil. Programas EDC. Material producido por profesores de Ciencias de la Conducta. Adaptado por el Dr. Carlos E. Soto. 17 págs. s.f. mimeografiado.

EXPOSICION DE DATOS

RECURSOS HUMANOS

TRABAJO REALIZADO CON:

A. Comadronas	20 – 2.0 o/o
B. Enfermeras Auxiliares	1 – 0.1 o/o
C. Receptores de Farmacia	3 – 0.3 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

DATOS DE LOS RECURSOS HUMANOS:

SEXO	FEMENINO	MASCULINO	EDAD	
	22 – 2.2 o/o	2 – 0.2 o/o	20 a 30 años	1 – 0.1 o/o
			31 a 40 años	3 – 0.3 o/o
			41 a 50 años	9 – 0.9 o/o
			51 a 60 años	8 – 0.8 o/o
			61 a 70 años	3 – 0.3 o/o

DISTRIBUCION: ALDEAS: 20 MUNICIPIOS: 4

TIEMPO QUE EJERCEN LA PROFESION U OFICIO:

1 – 10 años	7 – 0.7 o/o
11 – 20 años	12 – 1.2 o/o
21 – 30 años	3 – 0.3 o/o
31 – 40 años	0 – 0.0 o/o
41 – 50 años	2 – 0.2 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

COMO CURA ESOS MALES:

No sabe	15 – 1.5 o/o
Prevención	9 – 0.9 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

LAS ENFERMEDADES DE LA EMBARAZADA COMO LAS CONOCE O DIAGNOSTICA:

No sabe	3 – 0.3 o/o
Lo que le dicen las pacientes	15 – 1.5 o/o
Al examinar a la paciente	6 – 0.6 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

COMO LOS TRATA

No sabe	4 – 0.4 o/o
Buena alimentación	5 – 0.5 o/o
Que visite al centro de salud y/o vea a un médico o vaya al hospital regional	15 – 1.5 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

NO SABEN DE ESTAS PREGUNTAS: 6,7,8,9,10,11,12 14 – 1.4 o/o

Los anteriores números de preguntas son referidas al hospital 9 – 0.9 o/o

En la pregunta No. 7, no han tenido complicación 1 – 0.1 o/o

Total **24 – 2.4 o/o**

EXPOSICION DE DATOS:

Los recursos naturales de Salud en la mayor parte de preguntas que se hicieron son desconocidos.

NUMERO DE PERSONAS ATENDIDAS AL AÑO:

a–	6	g–	10	m–	12	r–	15
b–	11	h–	20	n–	8	s–	6
c–	13	i–	16	ñ–	25	t–	20
d–	18	j–	14	o–	18	u–	24
e–	15	k–	21	p–	8	v–	24
f–	12	l–	10	q–	12	w–	36

Como apreciamos y observamos, las comadronas, el 2.4 o/o del total de los recursos humanos con predominio del sexo femenino en 2.2 o/o. La mayoría ha ejercido su trabajo de 11 a 20 años (0.9 o/o).

CONOCIMIENTO SOBRE PROBLEMAS DE SALUD:

GRUPO MATERNO:

A. CON QUE ENFERMEDADES SE PUEDE COMPLICAR EL EMBARAZO:

Fiebre	4 – 0.4 o/o
Náusea	3 – 0.3 o/o
Gripe	3 – 0.3 o/o
Hinchazón de pies (Edema M.I.?)	3 – 0.3 o/o
Anemia	4 – 0.4 o/o
TB Pulmonar, Parasitismo	2 – 0.2 o/o
Cefalea, Lipotimias, Tos	3 – 0.3 o/o
Enfermedades Venéreas, Flujo Blanquecino	2 – 0.3 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

B. CUALES SON LAS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DEL PARTO:

No sabe	6 – 0.6 o/o
Atravesados (transversos), Parados (podálicos),Sentados	4 – 0.4 o/o
Hemorragia, fuertes dolores	6 – 0.6 o/o
Enrollados del cuello (circular al cuello)	4 – 0.4 o/o
Fiebre puerperal	4 – 0.4 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

C. DE QUE SE ENFERMAN MAS LAS SEÑORAS DESPUES DEL PARTO:

Dolores de entuertos	4 – 0.4 o/o
Debilidad, infección, anemia	5 – 0.5 o/o
Dolor de estómago, fiebre, flujo blanquecino	3 – 0.3 o/o
Hemorragia, infección	3 – 0.3 o/o
Rasgaduras, infección urinaria	2 – 0.2 o/o
Dolor de cintura, gripe	3 – 0.3 o/o
Infección vaginal	4 – 0.4 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

D. PORQUE NACEN NIÑOS PEQUEÑOS:

Falta de alimentación durante el embarazo y/o mala alimentación **Total**	24 – 2.4 o/o

E. QUE LE RECOMIENDAN QUE COMA LA MADRE CUANDO ESTA EMBARAZADA O DANDO DE MAMAR:

Toda clase de alimentos y vitaminas (Incaparina, huevos, leche, carne, etc.) **Total**	24 – 2.4 o/o

F. QUE LE RECOMIENDAN A LA MADRE QUE HAGA PARA EL CUIDADO DEL NIÑO ANTES DE LOS 28 DIAS:

Cuidarlo del ombligo, baño con agua tibia	11 – 1.1 o/o
No desnudarlo donde haya aire o viento	2 – 0.2 o/o
Aseo del recién nacido, cambio de pañales, darle leche de pecho y/o leche de bote	11 – 1.1 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

G. QUE LE RECOMIENDA A LA MADRE QUE HAGA PARA EL CUIDADO DEL NIÑO DESPUES DEL PRIMER MES HASTA EL AÑO DE EDAD:

Alimentación materna	16 – 1.6 o/o
Vacunación, control médico centro de salud	4 – 0.4 o/o
Si no tiene leche materna, ir al médico y/o médico EPS	4 – 0.4 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

H. QUE LE RECOMIENDA A LA MADRE QUE HAGA PARA EL CUIDADO DEL NIÑO DE 1 A 4 AÑOS:

Buena alimentación y aseo personal (del recién nacido	18 – 1.8 o/o
Vacunación y desparasitarlo	4 – 0.4 o/o
Llevarlo a control niño sano o puesto de salud	2 – 0.2 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

I. CUANTO TIEMPO CREE UD. QUE DEBE DARLE DE MAMAR LA MADRE:

8 meses	4 – 0.4 o/o
6 meses	14 – 1.4 o/o
3 meses	1 – 0.1 o/o
1 año	5 – 0.5 o/o
Total:	**24 – 2.4 o/o**

J. A QUE EDAD SE LE PUEDEN DAR OTROS ALIMENTOS AL NIÑO ADEMAS DEL PECHO:

Al año (s)	20 – 2.0 o/o
A los 3 años	1 – 0.1 o/o
A los 5 años	1 – 0.1 o/o
A los 7 años	1 – 0.1 o/o
A los 8 años	1 – 0.1 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

K. A QUE EDAD EL NIÑO YA PUEDE COMER DE TODO:

Al año	20 – 2.0 o/o
A los 2 años	1 – 0.1 o/o
A los 8 meses	3 – 0.3 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

L. DE QUE SE ENFERMAN MAS FRECUENTEMENTE LAS MUJERES DE 15 A 44 AÑOS, CUANDO NO ESTAN EMBARAZADAS:

Anemia	5 – 0.5 o/o
Disentería	5 – 0.5 o/o
Hemorragia	5 – 0.5 o/o
Cólicos	3 – 0.3 o/o
Gripe, gastritis	2 – 0.2 o/o
Flujo vaginal, TB	4 – 0.4 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

2. GRUPO INFANTIL, PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR:

A) DE QUE SE ENFERMAN Y MUEREN MAS FRECUENTEMENTE LOS NIÑOS DE 0 A 28 DIAS:

Enferman	Mueren	
Diarrea infecciosa	sí	10 – 1.0 o/o

B) DE QUE SE ENFERMAN Y MUEREN MAS FRECUENTEMENTE LOS NIÑOS DESDE EL SEGUNDO MES HASTA EL PRIMER AÑO:

Enferman	Mueren	
Diarrea infecciosa	sí	10 – 1.0 o/o
Sarampión	sí	5 – 0.5 o/o
Tos ferina	sí	3 – 0.3 o/o
Ataque de lombrices	sí	2 – 0.2 o/o
Arrojadera y asientos	sí	2 – 0.2 o/o
Lombrices, cólicos y pulmonía	sí	2 – 0.2 o/o
	Total	**24 – 2.4 o/o**

C) DE QUE SE ENFERMAN FRECUENTEMENTE LOS NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS:

Enferman	Mueren	
Lombrices, arrojadera, fiebre	sí	8 – 0.8 o/o
Infección intestinal, anemia	sí	4 – 0.4 o/o
Catarro	sí	4 – 0.4 o/o
Paludismo y desnutrición	sí	2 – 0.2 o/o
Paludismo, fiebre y vómitos	sí, a veces	2 – 0.2 o/o
Bronconeumonía	sí	4 – 0.4 o/o
	Total	**24 – 2.4 o/o**

D) DE QUE SE ENFERMAN Y MUEREN MAS FRECUENTEMENTE LOS NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS:

Enferman	Mueren	
Fiebre tifoidea	sí	2 – 0.2 o/o
Infección por comer tierra	no	4 – 0.4 o/o
Infección intestinal	sí	4 – 0.4 o/o
TB pulmonar, diarrea infecciosa	sí	6 – 0.6 o/o
No sabe	–	4 – 0.4 o/o
Falta de buena alimentación y TB	sí	4 – 0.4 o/o
	Total	24 – 2.4 o/o

E) DE QUE SE ENFERMAN Y MUEREN MAS FRECUENTEMENTE LOS NIÑOS DE 10 A 14 AÑOS:

Enferman	Mueren	
Desnutrición, parasitismo, anemia	sí	6 – 0.6 o/o
Del desarrollo	no	6 – 0.6 o/o
Diarrea infecciosa	sí	6 – 0.6 o/o
Del desarrollo	no	2 – 0.2 o/o
Bronconeumonía y neumonía	sí	2 – 0.2 o/o
Del corazón	a veces	2 – 0.2 o/o
	Total	24 – 2.4 o/o

3. PROBLEMAS DE SALUD GENERALES DE LA POBLACION:

A) DE QUE SE ENFERMAN Y MUEREN MAS FRECUENTEMENTE LOS HOMBRES DE 15 A 44 AÑOS:

Enferman	Mueren	
Desnutrición, parasitismo, anemia	sí	3 – 0.3 o/o
Del desarrollo	no	5 – 0.5 o/o
TB, del corazón	a veces	8 – 0.8 o/o
Disentería	a veces	4 – 0.4 o/o
Alcoholismo	sí	3 – 0.3 o/o
Pulmonía	sí	1 – 0.1 o/o
	Total	24 – 2.4 o/o

B) DE QUE SE ENFERMAN Y MUEREN MAS FRECUENTEMENTE LOS HOMBRES Y LAS MUJERES DESPUES DE LOS 45 AÑOS:

Enferman	Mueren	
Cáncer del útero	sí	5 – 0.5 o/o
Cáncer de la próstata	sí	5 – 0.5 o/o
Diabetes	a veces	3 – 0.3 o/o
Disentería	sí	5 – 0.5 o/o
TB pulmonar	sí	4 – 0.4 o/o
Cirrosis hepática	sí	2 – 0.2 o/o
	Total	24 – 2.4 o/o

PROBLEMAS ESPECIFICOS:

TUBERCULOSIS:

Conoce la tuberculosis	sí: 22	no: 1	no sabe: 1
Se pega	20	–	4
Se cura	22	1	1
Hay vacuna	23	–	1

Qué la produce:

Algún microbio	4 – 0.4 o/o
No sabe	7 – 0.7 o/o
No se alimenta bien	9 – 0.9 o/o
Al mojarse, los desmandos	4 – 0.4 o/o
Total	24 – 2.4 o/o

MALARIA:

Conoce la malaria	sí: 15	no: 5	no lo sabe: 4
Se pega	–	24	–
Se cura	13	1	10
Hay vacuna	–	24	–

Cómo se contrae:

Fumigando las casas	15 – 1.5 o/o
Con medicina	5 – 0.5 o/o
No sabe	4 – 0.4 o/o
Total	24 – 2.4 o/o

DESNUTRICION:	sí	no	no lo sabe
Conoce la desnutrición	15	9	—
Se pega	5	19	—
Se cura	20	—	4

Qué la produce:

Falta de alimento y/o mala alimentación	24 – 2.4 o/o

Cómo se cura:

Dándoles alimentos básicos y vitaminas	24 – 2.4 o/o

ACCIDENTES:	sí: 22	no: 2	no lo sabe

Cuáles son los más frecuentes:

Caídas	4 – 0.4 o/o
Heridas por machete	8 – 0.8 o/o
Fracturas y zafaduras	8 – 0.8 o/o
Mordeduras de serpiente	2 – 0.2 o/o
Quemaduras	2 – 0.2 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

COMO SE EVITAN:

No sabe	— — —
Precaución	5 – 0.5 o/o
Teniendo más cuidado	19 – 1.9 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

OTROS PROBLEMAS DEL AREA:

No saben	4 – 0.4 o/o
Abortos	3 – 0.3 o/o
Asaltos	5 – 0.5 o/o
Mala vivienda	8 – 0.8 o/o
Bajos salarios	4 – 0.4 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

3. **CIENCIA Y TECNOLOGIA QUE APLICA ANTE LOS PROBLEMAS:**

A) **COMO CONOCE O DIAGNOSTICA LOS RIESGOS DE ENFERMAR Y MORIR POR GRUPOS ETARIOS:**

Preguntando a las mamás	12 – 1.2 o/o
Examinando al recién nacido o al niño o niña o persona adulta	12 – 1.2 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

Recién nacidos:

No sabe	6 – 0.6 o/o
Sarampión	3 – 0.3 o/o
Viruela	3 – 0.3 o/o
Calenturas, fiebre	6 – 0.6 o/o
Disentería	6 – 0.6 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

Cómo previene o evita que den esos males:

No sabe	12 – 1.2 o/o
Control médico y vacunación	6 – 0.6 o/o
Higiene de del niño (a)	6 – 0.6 o/o
Total	**24 – 2.4 o/o**

SUB-PROGRAMA MATERNO POBLACION OBJETIVO = 861.

COMPONENTES: ATENCION:	ACTIVIDADES: Visita Domic.	INSTRUMENTOS: Comadrona	CONCENTRACION 6 visitas p/familia	RENDIMIENTO 1 hr. p/visita	HORAS REQUERIDAS:	HORAS DISPONIBLES	BALANCE
PRE-NATAL	Consulta Prenat. Medico	Hora Médico	2 Consultas	6 Consultas por hora	No cuantific. 287	No cuantific. 2,000	- - - - - + 1,713
	Consult. Prenat. Enf. Auxiliar.	Hora Enf. Auxiliar	3 Consultas	4 Consultas por hora	645	2,000	+ 1,355
ATENCION DEL PARTO	Atención Parto a domicilio	Comadrona	-------	1 hora parto	No cuantif.	No cuantif.	- - - -
ATENCION PUERPERIO	Consulta Médico	Hora Medico	1 Consulta	6 consultas por hora	143	1,713	+ 1,570

SUB-PROGRAMA INFANTIL POBLACION OBJETIVO DE "0-1 Año" 689 de "1-4 a" = 3,001.

COMPONENTES:	ACTIVIDADES	INSTRUMENTOS	CONCENTRACION	RENDIMIENTO	Horas Requer.	Hrs. Dispon.	BALANCE
ATENCION DE 0 A 1 AÑO	Consult. a niños de 0-1 año por Médico.	Hora Médico	2 Consultas	6 Consultas	290	1,570	+ 1,280
	Consult. a niñas de 0-1 año por Enf. Auxiliar	Hora Enfermera Auxiliar.	2 Consultas	4 Consultas por hora	344	1,355	+ 1,011
	Consult. niños de 0-1 año por Morbilidad	Hora Médico	1 Consulta	6 Consultas por hora	689	1,280	+ 591
ATENCION DE 1 A 4 AÑOS	Consult. Med.	Hr. Medico	3 Consultas	6 consul/hr.	1,500	591	- 909
	Consult/Enf. A.	Hr. Enf. Aux.	3 Consultas	4 consul/hr.	2,250	1,011	- 1,239
	Consult por Morbilidad	Hora Médico	3 Consultas	6 consultas por hora	1,500	909	- 2,409

SUMA DE HORAS REQUERIDAS		
Horas Médico Requeridas: =	5,318 Horas	
Horas Enferm. Auxiliar =	3,335 "	
BALANCE:		
Médico horas requeridas	5,318 Horas	Balance: = - 3,318 Hrs.
" disponibles	2,000 "	
Enfermera Auxiliar Hrs. Requeridas	3,339 "	Balance: = - 1,339 Hrs.
" Disponibles	2,000 "	

POBLACION MATERNO INFANTIL, DEL MUNICIPIO DE NUEVO PROGRESO, DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS. POBLACION ESTIMADA PARA 1976: 23,931 Habitantes.

GRUPOS ETAREOS:	MUJERES:	HOMBRES:	PORCENTAJE:
0 a 4 años	2,535	2,078	15.42
5 a 9 "	2,080	1,740	12.77
10-14 "	1,533	1,587	10.42
15-19 "	1,105	1,046	7.20
20-24 "	815	779	5.32
25-29 "	774	757	5.12
30-34 "	764	745	5.04
35-39 "	690	669	4.54
40-44 "	490	580	3.60
SUB-TOTAL			69.43
RESTO POBLACION			100.00

Fuente: U.P.E.
M.S.P.A.S.

Datos sobre:
* 80% de la población.

Br. Rafaél Jesús Guizar Woquing

Dr. César Vásquez G.
Asesor

Dr. Angel Sánchez V.
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto Gómez
Decano