

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNO-
INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE ESCUINTLA"

TESIS

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

Por

GUILLERMO FRANCISCO SUZMAN SANDOVAL

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Marzo 1976.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SALUD
MATERNO-INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE
ESCUINTLA"

Tesis

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

Por

GUILLERMO FRANCISCO GUZMAN SANDOVAL

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Marzo 1976

CONTENIDO

I. INTRODUCCION

II. OBJETIVOS

III. JUSTIFICACION

IV. HIPOTESIS

V. MATERIAL Y METODOS

VI. DURACION Y EXTENSION

VII. ELEMENTOS DE INFORMACION BASICA PARA EL PROGRAMA

- 1) Referencia Histórica
- 2) Area Geográfica
- 3) Organización Política
- 4) Aspecto Comercial
- 5) Vivienda
- 6) Morbilidad y Mortalidad del Grupo Materno-Infantil
- 7) Población

VIII. SUB-PROGRAMA DE SALUD MATERNO

- 1) Control Pre-Natal
- 2) Atención Técnica del Parto
- 3) Atención durante el Puerperio
- 4) Orientación Familiar

IX. SUB-PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

- 1) Salud del Infante (Menor de 1 año)
- 2) Salud del Parvulo (Menor de 5 años)

X. SUB-PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

XI. ANALISIS DE NECESIDADES DE PERSONAL PARA EL PROGRAMA

XII. CONCLUSIONES

XIII. RECOMENDACIONES

XIV. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION:

Motivado por la situación en que se encuentra el grupo materno-infantil en el campo de la salud, el presente trabajo pretende resolver los problemas de morbi-mortalidad, implementando un programa materno infantil en el municipio de Escuintla.

Tomando en cuenta que se tienen bases fundamentales como lo es "el diagnóstico de la situación de salud materno-infantil del municipio de Escuintla" (Trabajo de ejercicio profesional supervisado, 1975), el pronóstico que lleva el programa es bueno.

La situación actual de la salud en toda Latino América se caracteriza por afectar principalmente a un segmento mayoritario de la población, que se estima aproximadamente en un 63% en la que se incluyen niños menores de 15 años (42%) y mujeres de edad fértil comprendidas entre 15 y 44 años (21%).

En nuestro país, la situación no cambia, siendo el 68.8% el grupo afectado; en el municipio de Escuintla el 60.59%.

En el curso de los últimos años se ha destacado la importancia de la atención del binomio madre-niño. Tomando en cuenta las causas de morbi-mortalidad de dicho grupo, se puede concluir que la mayor parte de estas son prevenibles.

Las causas de muerte materna es en su mayoría resultado de toxemia gestacional, accidentes hemorrágicos, sepsis, aborto. Este último ha llegado a constituir acerca de la mitad de las defunciones maternas; teniendo también importancia ya que constituye un elevado número de egresos hospitalarios.

Para el grupo infantil las principales causas de muerte fueron:

- 1) Enfermedades pulmonares.
- 2) Enfermedades gastro-intestinales.
- 3) Sarampión.
- 4) Tos ferina.
- 5) Parasitismo intestinal.
- 6) Lesiones debidas al parto.

Todas las anteriores prevenibles; analizándolas nos reflejan una situación de deficiente saneamiento ambiental y poco control de enfermedades transmisibles.

Por eso un programa materno-infantil por modesto o sencillo que sea, repercutirá en una forma directa o indirecta en el proceso de la planificación de la salud, ayudando a resolver los problemas de tan vulnerable grupo.

II. OBJETIVOS:

- 1) Disminuir la morbi-mortalidad del grupo materno-infantil a través de programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- 2) Lograr una cobertura del 80% para el año 1980. En el control pre-natal, y una cobertura del 60% en la atención infantil.
- 3) Fomentar el uso de productos alimenticios de buena calidad y los cuales sean fácilmente adquiridos en dicha zona o región, influyendo directamente en el estado nutricional de la madre y el niño mediante la educación.
- 4) Impartir educación sanitaria sobre cuidados básicos para la salud tanto de la madre como del niño.
- 5) Incrementar una atención adecuada del parto o mejorar la atención del mismo; mediante adiestramiento de comadronas u otro personal encargado de la salud.
- 6) Incrementar la atención médica del control pre-natal y el niño sano.

III. JUSTIFICACION:

Nuestra constitución política consagra en su artículo 85 que, "La maternidad y la niñez serán objeto de especial protección".

Se sabe perfectamente que en la mayoría de los países latino americanos se encuentran actualmente en marcha programas materno-infantiles, cuya cobertura es limitada y las actividades correspondientes no se llevan a cabo.

En lo que respecta a las gestantes, la cobertura es generalmente inferior del 30%, la atención institucional del parto según informaciones, está por abajo del 50%. La cobertura de puerperas es muy baja. Además la atención de la población infantil menor de cinco años de edad es comúnmente tardía, descontinuada y parcial.

A lo anterior se viene a sumar el alto grado de analfabetismo de nuestra población para contribuir como un obstáculo para llevar a cabo dichos programas.

IV. HIPOTESIS:

- 1) Teniendo datos exactos sobre el diagnóstico de salud del municipio de Escuintla y el número de recursos con que se cuentan, se pueden elaborar programas materno-infantiles con una cobertura definida o propuesta.
- 2) De acuerdo a estadísticas y a estudios anteriores se puede observar que la mayoría de causas de morbi-mortalidad materno-infantil son de origen prevenibles. Promoviendo y elaborando programas, se llegaría a solucionar parte del problema, reduciendo las tasas de morbi-mortalidad de dicho grupo.

V. MATERIAL Y METODOS:

1) Material

- a) Libros de Registro Civil de la Alcaldía Municipal de Escuintla.
- b) Los archivos y registros clínicos del Centro de Salud de Escuintla, Hospital de Escuintla.
- c) Diagnóstico de la situación de salud del grupo materno-infantil de Escuintla, 1975.

2) Métodos

- a) Se realizó un estudio de defunción en el Registro Civil Municipal de Escuintla.
- b) Se siguen los procedimientos del método científico.

VI. DURACION Y EXTENSION:

El presente trabajo se realizó con una duración aproximada de cinco meses.

VII. ELEMENTOS DE INFORMACION BASICA:

1) Referencia Histórica:

Lengua Pipil, izcuintepeque o cerro de perros, probablemente a que en las montañas de la región se criaban muchos tepescuintles *Cunículus paca nelsoni*, Foldman- que los españoles confundieron con perros que no ladran. El tepescuintle es de color rojizo oscuro con manchas longitudinales en los costados, en las partes superiores; partes inferiores de color blanco. Sus patas son cortas y casi carece de cola, siendo de costumbres nocturnas.

El departamento de Escuintla, como el municipio de la cabecera, fueron reconocidos al promulgarse la constitución política del estado de Guatemala, el 11 de octubre de 1825. Por decreto de la Asamblea Constituyente del 12 de noviembre de 1825, se confirmó a Escuintla la categoría de Villa y posteriormente, el 19 de febrero de 1887, por medio del acuerdo del ejército, se le concedió el título de Ciudad.

2) Area Geográfica:

El municipio de Escuintla es sede de la cabecera departamental, cuya jurisdicción comprende 7 aldeas, 7 caseríos, varias colonias residenciales y 94 fincas.

Tiene una extensión superficial de 332 Km.², reconoce los siguientes límites: al norte, con los departamentos -

de Sacatepéquez y Chimaltenango y el municipio de Palín; al sur, con los municipios de Masagua y la Democracia; al este, con el municipio de Palín y San Vicente Pacaya; al oeste con los municipios de la Gomera, la Democracia y Santa Lucía Cotzumalguapa.

El municipio es atravesado de norte a sur por la carretera asfaltada interoceánica que conduce al Puerto de San José, dista de la capital 54 km. por la misma carretera. Hay también carretera asfaltada hacia: a) Taxisco y frontera con El Salvador; b) Santa Lucía Cotzumalguapa y frontera con México.

Así como rutas departamentales que unen la cabecera con los municipios.

La Vía Férrea atraviesa el municipio de norte a sur y dista de la capital 48 millas.

3) Organización Política:

Tiene su máxima representación el Gobernador Departamental, le siguen la Municipalidad, los Tribunales de Justicia Civil, Criminal y Laboral, la Administración de Rentas, la Sub-Dirección de Trabajo y Previsión Social, la Delegación de Estadísticas y otras dependencias administrativas.

4) Aspecto Comercial:

Por su situación geográfica, el municipio de Escuintla es uno de los centros más importantes de la república, man-

tiene una constante actividad comercial.

Por su aspecto industrializado se encuentran en el municipio, gran cantidad de fábricas, entre las cuales podemos mencionar, los ingenios de azúcar, fábricas de aceite vegetal, fábrica de productos textiles, fábrica de papel, procesadora de carne para exportación, una refinería de petróleo de la Compañía Texaco, una Planta del INDE, etc.

Entre sus cultivos principales está el algodón, la caña de azúcar, el maíz, ajonjolí, etc., además es uno de los principales centros ganaderos de la república.

Cuenta con servicios públicos indispensables; agua potable, luz eléctrica, drenajes, mercados municipales, correos, telecomunicaciones, teléfonos, servicio de autobuses urbanos y extraurbanos, etc.

5) Vivienda:

En el área urbana = 7,611 viviendas.

En el área rural = 7,716 viviendas.

De acuerdo a la encuesta realizada, se puede observar que el mayor porcentaje de viviendas en el área urbana cuenta con las mínimas condiciones que debe poseer una casa, mientras que en el área rural, los datos se invierten, por ejemplo, el agua en el área urbana es de tipo intradomiciliario en su mayoría, y en el área rural ésta se obtiene de pozo u otro medio. Con respecto a la disposición de excretas, se puede observar que en el área rural el porcentaje de letrinas es mínimo en cada cc nunidad.

6) Morbilidad y mortalidad del grupo materno-infantil: (Hospital de Escuintla)

a. Morbilidad infantil:

CUADRO #1

Edad en años	G. I.	Pul.	DPC	Neurol.	Urin.	Accid.	Pre Mat.	Desc.	Otro
0 a 1	696	614	379	121	61	31	217	177	233
1 a 4	1008	973	1216	98	77	66		201	278
5 a 14	479	529	166	37	53	102		214	301
TOTAL	2193	2116	1761	256	191	199	217	592	812

b. Morbilidad materna:CUADRO #2

Amenaza de aborto	Aborto	Anemia	DPC	Pre y Eclampsia	Insuf. Card. Congestiva	Total
416	616	178	76	187	41	1,514

Otras causas de morbilidad maternaCUADRO #3

Accidentes	Gastro Intestinales	Pulmonares	Totales
47	81	77	205

c. Mortalidad Infantil:CUADRO #4

Edad	G. I.	Pul.	Desc.	Pre Mat.	DPC	Neurol.	Urin.	Accid.	Otro	Total
0 a 1	144	136	82	48	23	15	3	2	4	457
1 a 4	128	39	36		31	4	1	6	2	247
5 a 14	32	5	11		14	3		20	6	91
Total:	304	180	129	48	68	22	4	28	12	795

d. Mortalidad maternaCUADRO #5

Emb.	Part.	Ab.	Puerperio	G.I.	Pul.	Desc.	DPC	Neur.	Urin.	Acc.	Otro	Total
7	7	3	3	13	12	9	5	8		14	14	95

e. Mortinatalidad:

CUADRO #6

Grupo	Causa Materna	Causa Fetal	Causa Placentaria	Causa Desconocida	Total
Mortinatalidad =	17	118	4	35	194

7) Población:

CUADRO #7

POBLACION DEL MUNICIPIO DE ESCUINTLA,
CALCULADA PARA 1975.

<u>Grupos de edad</u>	<u>Urbano</u>	<u>Rural</u>	<u>Total</u>
0 a 4 años	7,699	9,786	17,485
5 a 9 años	7,538	8,984	16,522
10 a 14 años	5,763	7,433	13,196
15 a 19 años	4,091	5,052	9,143
20 a 24 años	2,662	3,269	5,931
25 a 29 años	2,299	3,163	5,462
30 a 34 años	2,413	2,693	5,106
35 a 39 años	2,169	2,303	4,472
40 a 44 años	1,813	1,872	3,685
45 a 49 años	1,187	1,194	2,381
50 a 54 años	1,053	1,149	2,202
55 a 59 años	881	962	1,843
60 a 64 años	736	742	1,478
65 a 69 años	662	733	1,395
70 a 74 años	526	612	1,138
75 a 79 años	188	238	426
80 a 84 años	89	100	189
85 y más "	72	84	156
Total	41,841	50,369	92,210

- a. Población total92,210
 Población urbana.....41,841
 Población rural50,369
- b. Mujeres.....47,657
 Hombres.....44,553

Población materno-infantil:

CUADRO #8

Población Infantil por Grupos

de 0 a 11 meses	3,338 (3.91%)
de 12 a 23 meses	3,447 (4.03%)
de 24 a 35 meses	3,019 (3.53%)
de 36 a 47 meses	4,435 (5.19%)
de 48 a 60 meses	4,642 (5.43%)
de 5 a 14 años	16,023 (18.77%)
Mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años)	16,825 (19.71%)
Embarazos esperados	4,268
Abortos esperados	426
Partos esperados	3,841
Población materno-infantil, total	51,729 (60.59%)

VIII. SUB-PROGRAMA DE SALUD MATERNO:

El presente sub-programa materno, consta fundamentalmente, de cuatro componentes básicos, para lograr sus propósitos.

- 1) Control Pre-natal
- 2) Atención técnica del parto
- 3) Atención durante el puerperio
- 4) Orientación familiar

EJECUCION:

1) Actividades de la atención pre-natal:

La cobertura para este grupo será del 40% de las gestantes (1536), siendo ésta la meta de embarazadas que se deben inscribir en el programa.

A cada gestante se le brindará un total de siete consultas médico preventivas, de las cuales serán dos impartidas por médico y cinco por enfermera.

Se atenderá la demanda por eventuales procesos de morbilidad durante el embarazo, detectando, tratando y/o refiriendo la patología obstétrica y ginecológica interrecurrente. Al mismo tiempo se le dará prioridad a la prevención del sufrimiento fetal durante el último trimestre del embarazo.

Procurar que el 100% de las inscritas en el programa -
tengan su parto en el hospital o atendido por comadrona -
adiestrada.

Proporcionar alimentación complementaria al 100% -
de las inscritas en el programa.

Impartir educación sanitaria sobre cuidados de la sa-
lud en el embarazo, parto y puerperio. Sobre seguimiento
médico preventivo del recién nacido y sobre orientación -
familiar.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS:

Teniendo en cuenta que el control pre-natal debe ser
precoz, se tratará de inscribir a la mayoría de las gestantes
antes del tercer mes de embarazo, ofreciendo a la futura -
madre atención médica continua, de buena calidad y gra-
tuita durante su embarazo, parto o puerperio. Además se -
le otorgará atención médica al recién nacido.

La atención pre-natal, será médico preventiva y médi-
co curativa. El promedio de consultas impartidas por médi-
cos y enfermeras serán distribuidas en la siguiente forma: -
la primera y la última por médicos y las otras cinco por la
enfermera. Además las consultas por morbilidad que pueda
aparecer serán atendidas por médico.

NECESIDADES DE EQUIPO E INSTRUMENTAL:

- 2 mesas ginecológicas
- 2 básculas adultos

- 2 estetoscopios
- 2 esfigmomanómetros
- 5 fetoscopios
- 2 cintas métricas
- 29 espejos vaginales
- 3 docenas de guantes
- 3 docenas de jeringas (2 cc. 5 cc. 10 cc.)
- 2 docenas de agujas hipodérmicas # 20-21-22-23
- 2 pelvímetros

NECESIDADES DE PERSONAL:

Para los cálculos de necesidades de personal, se utili-
zaron los indicadores siguientes:

- Número de embarazos esperados en el año.
- Número de embarazadas bajo control (40% de la ci-
fra anterior)
- Número de consultas por embarazada durante su con-
trol pre-natal (siete consultas) por embarazada
- Número de consultas día, resulta de dividir la cifra
anterior por 250 días hábiles
- Número de horas médico y enfermera, necesarias por
día (resulta de dividir el número de consultas días por
seis, que es el rendimiento normalizado de consultas
por hora de médico y enfermera).

En resumen:

NECESIDADES DE ATENCION PRE-NATAL 1976

CUADRO #9

Embarazadas		Número de consultas		Horas funcionario requeridas		
Esperadas al año	40% bajo seguimiento	Concentración por embarazada	Total Consulta año	Total Consulta día	Hora Médico	Hora Enfermera
2,941	1,536	7 Pre-natal 1 Morbi	10,752 1,536	43 6	2 h. 1 h.	5 h.

NECESIDADES DE PERSONAL EN LA ATENCION PRE NATAL PARA 1978

CUADRO #10

Embarazadas		Número de consultas		Horas funcionario requeridas		
Esperadas al año	60% bajo seguimiento	Concentración por embarazada	Total consultas año	Total consultas día	Hora Médico	Hora Enfermera
3,678	2,206	7 Pre-natal 1 por morbi.	15,442 2,206	62 9	3 1.5	8

NECESIDADES DE PERSONAL EN LA ATENCION PRE NATAL PARA 1980

CUADRO #11

Embarazadas	Número de consultas		Horas funcionario requeridas			
	80% bajo seguimiento	Concentración por embarazada	Total consultas año	Total consultas día	Hora Médico	Hora Enfermera
Esperadas al año	4,003	7 pre-natal 1 por morbi.	22,414 3,202	89 13	4.3 2	11
	3,202					

2) Actividades de la atención del parto:

Procurar que el 100% de las embarazadas inscritas en el programa tengan su parto en forma adecuada, atendido - en el hospital o por comadrona adiestrada, evitando riesgos de morbi-mortalidad de la madre y del niño.

La atención técnica del parto será de dos tipos:

- a. Institucional
- b. Domiciliar

a. Atención institucional del parto:

Esto persigue evitar cualquier complicación que pueda resultar por deficiencias de personal y equipo, proporcionando a la futura madre seguridad en la atención del recién nacido y de ella misma.

Como recurso se cuenta con el hospital nacional de Esquintla, existiendo una sala de obstetricia, personal médico, enfermeras y auxiliar de enfermería, con un total de 16 camas que representan una disponibilidad de 5,840 días-cama-año.

Si se estima en un 80% el grado de utilización de la cama obstétrica y una estancia promedio de cuatro días por parto, el servicio tendrá capacidad para atender 1,160 embarazadas al año.

b. Atención domiciliar del parto:

Aunque este tipo de atención del parto, no constituye una norma general, aún cuando ella pueda considerarse im-

perativa en el área rural.

Se cuenta como recurso para esto, a las comadronas - adiestradas, éstas recibirán dentro del programa de adiestramiento de comadronas, un total de dos cursos al año, en el cual se dará importancia a:

- 1) Cuidados durante el embarazo
- 2) Cuidados durante el parto
- 3) Cuidados durante el puerperio
- 4) Cuidados sobre el recién nacido
- 5) Cuidados del niño menor de un año.

3) Actividades de la atención del puerperio:

Se atenderá al 100% de las pacientes que tengan su - control pre-natal y parto atendido en el hospital o por comadrona adiestrada.

El control médico será en los cuarenta días sucesivos - al parto, de preferencia antes del 15avo día.

Se impartirá educación higiénica y dietética, haciendo énfasis en la importancia de la lactancia natural.

Se suministrará alimentación complementaria a la nodriza. Se proporcionará un control médico al recién nacido, asegurando la referencia de casos patológicos y promoviendo el control continuo en la clínica del niño sano.

Necesidades de personal en la atención médica del puerperio:

CUADRO #12

Número de consultas	Número de consultas al año	Número de consultas al día	Horas Médico	Horas Enfermera
1,536	1,536	6	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$

Necesidades de personal en la atención médica del puerperio 1978:

CUADRO #13

Número de consultas	Número de consultas al año	Horas Médico	Horas Enfermera
2,206	9	3/4 hora	3/4 hora

Necesidades de personal en la atención médica del puerperio 1980:

CUADRO #14

Número de consultas año	Número de consultas al día	Horas Médico	Horas Enfermera
3,202	13	1 hora	1 hora

4) Actividades de Orientación Familiar

Se tratará de inscribir en el programa el 30% de las mujeres en edad productiva.

Se les dará información y motivación sobre el uso de procedimientos que permitan la regulación de la fecundidad, el espaciamiento de los hijos, influyendo directamente en una paternidad conscientemente deseada, e indirectamente sobre las altas tasas de abortos inducidos clandestinamente.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se le dará prioridad en el programa en base, a los siguientes puntos:

- 1) Antecedentes de aborto provocado
- 2) Multiparas de tres o más hijos
- 3) Mujeres con mayor riesgo a procrear por su edad
- 4) Educación en adolescentes, jóvenes y estudiantes
- 5) Efectuar exámenes de detección de C A Cérvico-Uterino

IX. SUB-PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

Para llevar a cabo el presente sub-programa, se dividirá en dos componentes o grupos:

- 1) Niños menores de un año
- 2) Niños menores de cinco años

EJECUCION:

- 1) Salud del infante (menor de un año)

La cobertura de este programa será del 20% de la población o sean 667 niños que deberían inscribirse en el programa.

Se les proporcionará atención médica continua, contando con un total de seis consultas al año.

Se les otorgará examen clínico y supervisión de crecimiento y desarrollo.

Se efectuará promoción de lactancia materna o natural y alimentación complementaria, proporcionando un promedio de dos libras de leche desecada por mes a cada niño.

Se impartirá consultas por morbilidad que se presente. Inmunización que protejan de enfermedades prevenibles al 100% de los inscritos en el programa.

2) Salud del párvulo (menor de cinco años)

La cobertura que este programa toma como meta es del 20% de la población que corresponde a 3,108 niños y se les otorgará dos controles por año.

Se atenderá la morbilidad que se presente, asimismo, exámenes clínicos para detección, prevención y curación de la patología que pueda encontrarse.

Se otorgará alimentación complementaria. Se proporcionará inmunizaciones o refuerzos de vacunas que se hayan brindado en el programa anterior, siempre el nivel de cobertura será del 100% para los beneficiados por el programa.

Se impartirá educación higiénica y dietética.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS:

Se tratará de inscribir el mayor porcentaje de niños o lograr como mínimo las coberturas propuestas para cada grupo (menores de un año, menores de cinco años), en el programa.

A cada niño se le otorgará un número de consultas ya propuesto según su edad, éstas serán continuas, médico preventivas y médico curativas.

Al niño menor de un año le serán impartidas un total de 6 consultas, las cuales serán distribuidas así: tres serán impartidas por médico y tres por enfermera.

Al niño menor de cinco años se le proporcionarán dos consultas por año, una por médico y otra por enfermera.

Además en cada grupo el médico atenderá la morbilidad que se pueda presentar.

NECESIDADES DE PERSONAL PARA LA ATENCION

INFANTIL 1976

481,11 481,11

CUADRO #15

Personal	Grupo	Cobertura	Consultas	Consultas	Horas
edad	edad	ra	as año	as	requeridas
		810,8	20%	año	día

1. Médico	-1 año	667	2,001		
	1-5 años	3,108	3,108		
			5,109	20	3h.30'

2. Enfer.	-1 año	667	2,001		
	1-5 años	3,108	3,108		
			5,109	20	3h.30'

3. Consultas anuales esperadas por morbilidad: (Atención Médica)

	-1 año	667	667		
	1-5 años	3,108	3,108		
			3,775	15	2h.30'

NECESIDADES DE PERSONAL PARA LA ATENCION
INFANTIL 1978

CUADRO #16

Personal	Grupo edad	Cobertu- ra 40%	Consul- tas año	Consul- tas día	Horas reque- ridas
1. Médico	-1 año	2,493	7,479		
	1-5 años	11,134	11,134		
			<u>18,613</u>	74	12 hrs
2. Enfer.	-1 año	2,493	7,479		
	1-5 años	11,134	11,134		
			<u>18,613</u>	74	12 hrs
3. Consultas anuales esperadas por morbilidad (Atención - Médica)					
	-1 año	2,493	2,493		
	1-5 años	11,134	11,134		
			<u>13,627</u>	55	9 hrs

NECESIDADES DE PERSONAL PARA LA ATENCION
INFANTIL 1980

CUADRO #17

Personal	Grupo edad	Cobertu- ra 60%	Consul- tas año	Consul- tas día	Horas reque- ridas
1. Médico	-1 año	4,171	12,513		
	1-5 años	18,625	18,625		
			<u>31,138</u>	124	21 hrs
2. Enfer.	-1 año	4,171	12,513		
	1-5 años	18,625	18,625		
			<u>31,138</u>	124	21 hrs
3. Consultas anuales esperadas por morbilidad (Atención - Médica):					
	-1 año	4,171	4,171		
	1-5 años	18,625	18,625		
			<u>22,796</u>	91	15 hrs

X. SUB-PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR (5-14 años)

Sus objetivos están en relación directa con el crecimiento y desarrollo del niño comprendido de 5 a 14 años, asimismo también con los cambios fisiológicos y psico-sociales ocurridos durante la pubertad.

La cobertura para este grupo será del 10% que corresponde a 1602 niños.

Se le brindará a cada beneficiario:

- 1) Examen clínico anual
- 2) Alimentación complementaria
- 3) Atención por eventuales procesos de morbilidad
- 4) Examen odontológico periódico
- 5) Educación para la salud de alumnos, padres, maestros y comunidad en materias relacionadas con prevención de accidentes, alcoholismo, drogadicción, educación sexual y orientación de la vida familiar.

NECESIDADES DE PERSONAL PARA LA ATENCION DE SALUD ESCOLAR 1976

CUADRO #18

Personal	Grupo edad	Cobertura 10%	Consultas año	Consultas día	Horas requeridas
Médico	5-14 años	1,602	1,602	6	1 hr

NECESIDADES DE PERSONAL PARA LA ATENCION DE SALUD ESCOLAR 1978

CUADRO #19

Personal	Grupo edad	Cobertura 20%	Consultas año	Consultas día	Horas requeridas
1. Médico	5-14 años	8,920	8,920	36	6 hrs

NECESIDADES DE PERSONAL PARA LA ATENCION DE SALUD ESCOLAR 1980

CUADRO #20

Personal	Grupo edad	Cobertura 30%	Consultas año	Consultas día	Horas requeridas
1. Médico	5-14 años	13,723	13,723	55	9 hrs

XI. ANALISIS DE NECESIDADES DE PERSONAL

Según los cuadros de necesidades de personal para llevar a cabo el programa materno-infantil en el municipio de Escuintla, se puede ver que para 1976 se necesitan 10 horas con 30 minutos para el médico y 9 horas para la enfermera, diariamente.

Haciendo cálculos de proyecciones de necesidades de personal para la población calculada en 1978 y aumentando la cobertura de beneficiarios para el programa, se necesitarían 32 horas médico y 21 horas enfermera al día. Esto significaría que dentro de dos años se tendrían que triplicar los recursos médicos existentes y duplicar los recursos de enfermeras.

Ahora bien, si las proyecciones se hacen para la población calculada en 1980, las necesidades serían para el médico 52 horas y para la enfermera 33 horas al día. Significando que dentro de cuatro años y de acuerdo al crecimiento de la población los recursos actuales se tendrían que quintuplicar para el médico y cuadruplicar para la enfermera.

De esta forma se mejoraría la atención médica del grupo materno infantil. Además se incrementaría la elaboración de otros programas encaminados a solucionar en parte los problemas de salud en nuestro medio.

XII. CONCLUSIONES

1. Los recursos disponibles en el centro de salud del municipio de Escuintla, son suficientes para llevar a cabo un programa materno-infantil, con metas de cobertura bajas, pero con proyecciones a subir esta cobertura.
2. En este programa se hacen cálculos de necesidades de personal aumentando la cobertura para 1978 y 1980. De acuerdo al crecimiento de la población, se necesitaría también el incremento de recursos humanos y materiales para lograr las metas de los futuros programas de salud.
3. Conociendo la situación de salud en que se encuentra actualmente el municipio de Escuintla, el pronóstico del programa es favorable, teniendo en cuenta que las principales causas morbi-mortalidad materno-infantil, son de origen prevenibles.
4. Las tasas de morbi-mortalidad son elevadas; reflejándonos una situación de poco control de enfermedades infecciosas y de poco saneamiento ambiental.
5. El segmento de población afectado en el área de Escuintla, corresponde al 60.59% (grupo materno-infantil). Contándose con una población rural mayor que la urbana, la cual se encuentra con limitada atención médica y en malas condiciones de saneamiento ambiental y viviendas inadecuadas.

6. El nivel cultural que se encuentra en el área rural, es deficiente, además de creencias y costumbres que son perjudiciales para la buena nutrición del niño y de la embarazada.
7. El control pre-natal y la atención técnica del parto se encuentran en niveles muy bajos, esto es más marcado en el área rural, en donde los medios y métodos de asepsia son deficientes e inadecuados.
8. La disponibilidad de tierras y medios de producción, - reflejan una deficiente economía familiar, repercutiendo directamente en la adquisición de alimentos de buena calidad.

XIII. RECOMENDACIONES

1. Hacer sentir la necesidad de incrementos de recursos, como una solución impostergable para resolver la problemática de salud materno-infantil tan precarias en nuestro medio.
2. Motivar al personal encargado de llevar a cabo el programa materno-infantil, siendo esto un punto importante para la realización de dicho programa.
3. Promover cursos de adiestramiento de comadronas; al mismo tiempo "no perderlas" para poder llevar a cabo en fecha posterior, cursos de readiestramiento de las mismas, contando con su participación en el programa como un recurso más.
4. Incrementar la elaboración de programas de educación sanitaria, educación dietética, letrinización e introducción del agua potable a nivel de puesto de salud.
5. Utilizar al máximo el número y tipo de recursos con que se cuenta para la elaboración de programas de salud de acuerdo a los problemas que mayor prioridad tengan en el área.
6. Promover la atención técnica del parto, la atención pre-natal y post-natal, como también el control del niño en la clínica del niño sano a través de los programas de educación.

7. Mejorar las vías de comunicación del municipio, ayudando indirectamente al fácil acceso de la atención médica y de la educación en general.
8. Creación de más fuentes de trabajo con salarios adecuados para obtener mayores ingresos familiares y mejor disponibilidad de alimentos básicos y de buena calidad.

XIV. BIBLIOGRAFIA

1. FORMULACION E IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE SALUD MATERNO INFANTIL Y BIENESTAR FAMILIAR LATINOAMERICANA Y EL CARIBE.

Dr. Jorge Rosselot Vicuña.

2. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.
Unidad sectorial de planificación de la salud, República de Guatemala, Departamento de Escuintla. Población calculada año 1972-1980.

3. LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD Y LOS PROGRAMAS DE SALUD MATERNO-INFANTIL Y BIENESTAR FAMILIAR EN LATINOAMERICA Y EL CARIBE.

Dr. Jorge Rosselot Vicuña.

4. PROGRAMAS MATERNO INFANTILES.

Dr. Enio Betancourt F. Jefe de la región de salud No. 5

5. SUR
Organo de divulgación regional. Monografía del Departamento de Escuintla, abril 1970, pp. 32-42.
6. TERCER SEMINARIO NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL Y FAMILIAR.
Santa Elena, Flores Petén. 28-30 noviembre 1974.
7. DATOS DE LA DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA.

Br. Guillermo Francisco Guzmán Sandoval

Dr. Gustavo Adolfo Ramos C.
Asesor

Dr. Fernando A. Rendón C.
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto Gómez
Decano