



## PLAN DE TESIS

- I      *INTRODUCCION*
- II     *ANTECEDENTES*
- III    *JUSTIFICACION*
- IV    *OBJETIVOS*
- V     *HIPOTESIS*
- VI    *MATERIAL Y METODOS*
- VII   *MONOGRAFIA*
- VIII *ANALISIS DE RECURSOS*
- IX    *DIAGNOSTICO DE SALUD*
- X     *SUB-PROGRAMA MATERNO-INFANTIL*
- XI    *CONCLUSIONES*
- XII   *RECOMENDACIONES*
- XIII *BIBLIOGRAFIA*

## 1. INTRODUCCION:

Todos, en alguna época, hemos sido concientes del problema de salud en Guatemala: En alto grado deficiente y con gran demanda. Los binomios Pobreza-Enfermedad y Educación-Salud, cada día se observan con más claridad, a tal punto que se hace necesario cambiar patrones y estructuras en forma no solo urgente, sino precisa.

La educación formal y la dependencia de nuestros países, han dado poco tiempo al análisis de situaciones reales y la forma cómo deben ser orientadas nuestras estructuras, según nuestro patrón cultural, encaminado al origen e historia de nuestro pueblo. Fenómenos como epidemias, guerras, terremotos, etc.; exigen del hombre su valor moral e igual sucedía con la mente del guatemalteco; a este importante hecho se sumaban ideas positivas pero, de patrones culturales distintos que a largo plazo resultarían poco beneficioso, y aún, perjudiciales.

En otras palabras, muchas ideas bien intencionadas. En cuanto a estructuras de salud toca fracazaron, y esto por adoptar formas rígidas de otros planes, con el afán de superar los problemas. Se trata entonces no de rechazar las ideas, pero si de adaptarlas en la mejor forma a nuestro medio ambiente.

Esta problemática, deja oportunidad de discutir sobre los beneficios que dejan al pueblo la asistencia médica. De tal manera que actualmente las nuevas experiencias adquiridas por estudiantes de último año de la carrera de medicina, son vertidas a donde corresponde, en espera de lograr la unificación de todas las autoridades de salud y un día jactarnos de dar "Salud integral para todos los Guatemaltecos".

Los recursos de salud, del área rural guatemalteca son mínimos y la aplicación de métodos poco efectiva, mientras no

tanto, insistir en este punto de vista a fin de estimular el deseo por la superación de nuestros problemas.

El daño existente en nuestra población es muy significativo, ya que los factores condicionantes socioeconómicos, vivienda y saneamiento, están muy por abajo de los planes elaborados de trabajo; (\*) si contáramos (Ojala pronto!) con la ayuda integral de otras facultades del alma mater, los ideales exigidos en salud se verían coronados a corto plazo, y como resultado tendríamos tanto éxito en las inversiones, como en la producción, superando a pasos agigantados nuestra etapa de Subdesarrollo.

(\*) De Leon M. Julio. Educación no formal: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1975, p. 20.

## II. ANTECEDENTES

En 1974, al ser cambiada la nomenclatura de 135 puestos de salud a tipo "C", por el incremento de personal médico, en este caso, estudiantes de último año de la facultad, se iniciaba una nueva era en medicina social y salud pública, la cuál sería de mucho beneficio para las comunidades, a la vez que se daba origen a una serie de problemas que se generan al incorporar estudiantes del último año de la carrera de medicina, en la Dirección de servicios de nivel local, se trataba entonces no solo de dar salud, sino se debía afrontar el problema de la educación, ya que seríamos nosotros los que padeceríamos el error de tratar con un personal no solo incapacitado en salud pública, sino a la medicina como *modus vivendi*.

En mi área de trabajo fué hasta 1975 que se contó con un médico E.P.S quien debía hacer una evaluación de la situación de salud del área, cosa nada fácil por lo ya expuesto, más la falta de recursos en cuanto a comunicación. Sin embargo se había dado paso a un punto importante y de mucha necesidad, cuyos resultados han sido tomados en cuenta. Fué a partir del mes de Agosto del 75 cuando se me asignó trabajar en el área con un nuevo plan y un nuevo enfoque: Analizar los recursos tanto de salud, como físicos, y tratar de actualizar la situación de salud de esa comunidad.

Era necesario hacer del conocimiento a la comunidad mi llegada y mis intenciones, como los propósitos que se me habían designado para con ellos (\*). La visita al médico entonces hacía seis meses que se fomentaba de manera regular fué así como inicié mi práctica de EPS rural.

(\*) Esto ya había sido discutido ampliamente con las autoridades, tanto del ministerio, como de nuestra facultad: La actitud que adoptarían tanto la comunidad como personal paramédico hacia el estudiante.

### III. JUSTIFICACION

*Un sistema de planificación general de salud no podía ser cubierto, a menos que se contara con personal capacitado y adiestrado para el mismo, este proceso iniciado en el país en 1964 once años después, se veía la posibilidad de llevarse a cabo, pues se contaba con una cantidad importante de elementos adiestrados en salud. Quienes brindarían atención médica al área rural con caracter permanente. Aún con esto no puede simplificarse la tarea mientras no se disponga de los recursos adecuados. Lo primero, que las condiciones de vida en el área rural (y aún urbana) son lamentables, se carece de servicios básicos como agua potable, luz eléctrica, viviendas adecuadas y educación sobre salud: Es justificable entonces integrarse, casi viene a ser sinónimo de salud. Las distancias es otro factor importante en la vida del paciente, éste no tiene como movilizarse para recibir atención médica, que en muchos casos hubiera sido medida salvadora. Solo tomando en cuenta estos puntos de vista podrá llegarse al fortalecimiento del sistema nacional de atención médica.*

*Al ponerse en práctica los proyectos de salud elaborados por las autoridades superiores, noté al corto tiempo que se formaba un círculo vicioso, la reincidencia de casos era considerable y esto debido a las condiciones de vida de los pacientes y a lo inevitable de futuras contaminaciones, con peligro de otras complicaciones, sobre todo en el grupo Materno-Infantil, el mayor y más afectado. Esto implicaba mayor número de horas de trabajo, las cuales no se pueden simplificar a menos que se aumenten los recursos, tanto humanos como físicos, para lograr superar la situación caótica del área.*

#### IV. OBJETIVOS

##### 4.1 GENERALES:

4.1.1 *Poner en marcha los programas elaborados por las autoridades de salud.*

4.1.2 *Proporcionar la oportunidad a las comunidades de participar en programas operacionales de atención integral de salud.*

4.1.3 *Mejorar la práctica de EPS sugiriendo a las autoridades el incremento de recursos o bien que éstas sean concientes al rendimiento de los mismos en tales circunstancias.*

4.1.4 *Exigir por parte del ministerio de Salud Pública a las autoridades civiles y militares, su apoyo directo de los programas elaborados a fin de que las comunidades respeten y acudan al llamado de las actividades programadas.*

4.1.5 *Que las áreas de trabajo designadas, tengan un radio de acción práctico, a fin de que el EPS cabeza del programa, se le permita cubrirlo.*

##### 4.2 ESPECIFICOS:

4.2.1 *Contribuir al mejoramiento y desarrollo de las condiciones de salud de la comunidad.*

4.2.2 *Definir las causas principales de enfermedad y muerte en la comunidad estudiada.*

4.2.3 *Desarrollar actitudes favorables hacia la comunidad en la relación médico-paciente.*

4.2.4 *Adquirir habilidad y experiencia en el desarrollo de programas científicos y manejo de datos bioestadísticos.*

## V. HIPOTESIS

- 5.1 *El grupo de población mayor afectado del país, es el Materno-Infantil y muchos de los daños son previsibles por su origen infeccioso y nutricional por las condiciones socioeconómicas deprimentes de la mayoría de guatemaltecos.*
- 5.2 *Existen diferencias en cuanto a percepción del problema Materno Infantil, tanto de los grupos comunitarios como de personal local.*
- 5.3 *Puede mejorarse el nivel de salud del área rural, aprovechando los recursos naturales humanos, adiestrandolos e impartiendo educación general.*
- 5.4 *Debera asimismo, incrementarse los recursos, haciendo inversiones significativas. Se mejorará las condiciones de vida del EPS, ya que algunos "puestos de salud" son verdaderos "focos de infección" al carecer de cosas tan básicas como agua potable y luz eléctrica, volviendo absurdos los programas*
- 5.5 *La acción conjunta de otras facultades elaborando programas de ejercicio profesional supervisado, para mejorar las condiciones de vida de las comunidades: Ingeniería, con programas de vivienda, vías de acceso, etc, etc.*

## VI. MATERIAL Y METODOS

### A) MATERIAL:

*Los responsables directos de los puestos de salud:*

- 1.a *Estudiantes de medicina en EPS.*
- 2.a *Autoridades de la Facultad de CCMM con fines de supervisión.*
- 3.a *Auxiliar de enfermería.*
- 4.a *Empleados del SNEM ubicados en el área.*
- 5.a *Voluntarios.*

*Recursos Humanos con funciones de Dirección y Supervisión:*

- a.6 *Jefes de área.*
- a.7 *Médico UAMAS.*
- a.8 *Supervisores de Fac. CCMM.*
- a.9 *Enfermera profesional.*
- a.10 *Trabajadora Social.*
- a.11 *Secretario.*
- a.12 *Conductor de vehículos.*

*Los recursos humanos de salud naturales de la comunidad:*

a.13 *Farmaceuticos.*

a.14 *Comadronas.*

a.14 *Medicadores.*

a.15 *Curanderos.*

a.16 *Sobadores de huesos.*

a.17 *Brujos.*

*De los Recursos Físicos:*

a.18 *Edificio.*

a.19 *Equipo de oficina.*

a.20 *Equipo clínico.*

a.21 *Material Médico-Quirúrgico.*

a.22 *Medicamentos.*

a.23 *Equipo de oficina y mueblería.*

*Del Recurso Presupuestario:*

a.24 *Designación trimestral de medicamentos.*

a.25 *Recursos aportados por la comunidad.*

a.26 *Vehículos en calidad de prestamo.*

a.27 *Alimentos para las jornadas.*

**B) METODOS:**

b.1 *Estudios de la población a través de registros civiles en alcaldías auxiliares.*

b.2 *Estudio de población estadístico con ayuda de colaboradores en salud, maestros y autoridades.*

b.3 *Análisis de los archivos del puesto de salud con fines estadísticos para determinar índice de morbilidad, mortalidad y principales causas.*

b.4 *Análisis sobre situación socioeconómica y de vivienda de la población.*

b.5 *Investigación sobre recursos básicos: agua potable, luz eléctrica, sanitarios, vivienda: condición y existencia de los mismos y sugerencias para su resolución.*

b.6 *Análisis del grupo Materno-Infantil, su situación actual y sus necesidades, con elaboración de programas a corto y largo plazo.*

b.7 *Análisis del puesto de salud sobre administración uso y manejo del material disponible, lo que falta y calendario de actividades.*

## VII. MONOGRAFIA

### 7. DESCRIPCION DEL AREA:

#### 7.1 Situación y extensión:

*La Maquina Centros dos, es un parcelamiento con carácter eminentemente agrícola. Cuenta con una extensión de 34,478 hectareas y pertenece a la jurisdicción municipal de San Andres Villa Seca, departamento de Retalhuleu.*

#### 7.2 Límites:

*Al norte colinda con la finca Soledad y Fca. San José Boquerón. Al Sur con las playas de Churirín, finca la Laguna, Fca. La Verde. Al Este Río Icán y los caseríos El Cristo y Tecolote. Al Oeste el río Samalá y el Río Sis.*

#### 7.3 Clima:

*Clima caluroso de zona tropical, con temperatura mínima de 24°C. y máxima de 37°C.*

*La región se encuentra a una altitud de 152 metros sobre el nivel del mar.*

*La precipitación pluvial alcanza los 4,000 mm. anuales, comprendiendo los meses de Mayo a Octubre.*

*Los suelos corresponden a la serie Ixtán de origen volcánico.*

#### 7.4 Vías de comunicación:

*El Centro dos de la Maquina se encuentra a 49 kilómetros de Cuyotenango rama vial de la litoral del pacifico. Actualmente asfaltado. Tiene vías de comunicación al norte este y oeste, con poblados vecinos.*

**7.5 Población:**

*Cuenta el sector con una población total de 11,327 habitantes. Un pequeño centro urbano con 604 habitantes y el resto de población está ubicado en parcelas de 28 manzanas.*

*Población eminentemente ladina con porcentaje de 73o/o y el resto de Indígena.*

*El número de miembros de las familias es en promedio de 6 personas.*

**7.6 Recursos:**

*Zona agrícola con cultivos de Maíz, Ajonjolí, Arroz, Yuca, Maicillo, y Plátano.*

**7.7 Educación:**

*Aproximadamente el 70o/o de los niños asisten a la escuela primaria central y a las que están ubicadas en las líneas (así llamados los puntos de comunicación). Se cuenta con educación básica en el centro dos.*

**7.8 Vivienda:**

*Predominan las construcciones mixtas y porcentaje bajo de ranchos y construcciones de madera, no cuentan con luz eléctrica y agua potable.*

**7.9 Disposición de excretas:**

*Pozos ciegos y letrinas su mayoría. Se tienen programas al respecto en un futuro próximo.*

**VIII. ANALISIS DE RECURSOS****8.A HUMANOS:**

*El sector agrícola cuenta con recursos humanos no especializado, suficiente para la demanda de salud del área. El inconveniente es la falta de integridad con este tipo de personal. Cuanto a personal especializado es insuficiente y el área de trabajo extensa para poder cubrirse de manera adecuada.*

**A.1 Con funciones de Dirección y Supervisión:**

*La Fac. de CCMM ofrece una visita por mes al área de trabajo, durante la cuál se orienta al médico EPS sobre los programas y se le permite exponer sus problemas y limitaciones. Por parte del Ministerio de Salud Pública la visita se efectúa cada 15 días e incluye funciones administrativas.*

**A.2 Naturales de la Comunidad:**

*La Comunidad cuenta con dos farmaceuticos empíricos, quienes regularmente ofrecen medicinas a pacientes. Hay dos personas dedicadas a la venta de medicinas de las cuales una de ellas trabajan en el magisterio.*

*Comadronas se identificaron doce, ninguna de ellas ha recibido entrenamiento y la mayoría tienen de ejercer en promedio 15 años. La atención Materno-Infantil por parte de este personal alcanza aproximadamente el 20o/o.*

*Medicadores conocí uno, el cuál estuvo trabajando como auxiliar de enfermería dos años en el IGSS es buscado por la población de las márgenes del área.*

*Para organizar las campañas de vacunación se busco personas que pudieran ser recursos para llevar a cabo los programas, se logró conseguir 14 meritorias la mayoría con sexto año de primaria.*

### CUADRO SINOPTICO DEL PERSONAL NATURAL

Tipo	No.	At. de partos	Med. General	cura.	Hipod.
Meritorias	14	0	120	100	1325
Comadronas	12	80	150	300	
Farmac.	2	0	500	150	5500

El cuadro indica datos significativos en cuanto a la atención en salud se refiere, esto motivó elaborar programas para impartir más adiestramiento a este personal a fin de poder resolver en parte el problema de salud del país.

Para reunir a las comadronas, se les envió una nota con papelería del puesto donde se les explicaba la necesidad de reunirse con nosotros a fin de darles clases y adiestramiento, no acudieron al llamado más que tres, o sea el 25o/o del grupo.

La educación en general es altamente deficiente en todos los grupos de la evaluación efectuada, se tienen conocimientos generales de los problemas, pero se ignoran causas, efectos y la manera de resolverlos.

#### 8.B FISICOS:

De los recursos disponibles, es deficiente con lo que se cuenta, y aún en muchos puestos, como el que tuve a mi cargo, no tienen agua potable y luz eléctrica, lo que dificulta el desarrollo del programa y la atención médica se eleva en riesgo de contaminación. No se cuenta con medicamentos necesarios en el medio, se envían químicos innecesarios. Los cuales elevan los presupuestos, pudiendo ser utilizados en programas preventivos.

El área de trabajo designada a mi cargo es todavía virgen para programas que pretendan cubrir toda la extensión. No hay recursos como vehículos para visitas y control del personal natural para llevarlos a cabo y las vías de comunicación en época de lluvia son inaccesibles.

Por consiguiente, la situación de salud del área permanece prácticamente invariable, todavía no puede hablarse de cambios significativos por la poca labor que se puede ir desarrollando. Actualmente que se construye una vía de comunicación asfaltada y se introducirá agua potable y energía eléctrica la situación real será mejorada.

Se trata de aumentar los recursos con muestras médicas y algún instrumento y material de trabajo de interés personal para el mejoramiento.

Las autoridades civiles y militares tienen poca participación en todos los programas, ya que el sector pertenece a San Andrés Villa Seca, distante a unos 56 kilómetros; se cuenta con alcaldía auxiliar pero poco puede hacerse.

Como recursos en las campañas de vacunación, se pidió la colaboración de las meritorias y los programas son efectuados en el mes de febrero en adelante, ocasionalmente puede contarse con vehículo y parte de las jornadas son a pie.

Se numeran parte de los recursos físicos de los listados del puesto, se apreciará la falta de los mismos, como de material que no es práctico para la región.

#### RECURSOS FISICOS:

1 Edificio Mixto	2 Mesa ex. clin.
1 Vitrina metal	1 Estufa kerosena
2 Riñones acero	2 Recipientes hondos
1 Esfigmomanometro	1 Estetoscopio
1 Pinza disección	1 Tijera recta
1 Tijera curva	1 Depósito de basura
1 Balanza adultos	3 Bancas de madera
1 Mesa	1 Escritorio
1 Bandeja para ins.	1 Copa acero de 30cc.

## MEDICINAS:

RECURSOS	COSTO	CANTIDAD
Aspirina adultos	0.03	2000
Aspirina Infantil	0.03	2000
Iyodo H. 650 mg.	0.01	1500
Fenobarbital 100 mg.	0.01	1000
Meprobamato 400 mg.	0.01	1000
Sulfadiazina	0.01	1500
Sulfaguanidina	0.05	1300
Antigripales	0.05	500
Yodocloro H. 250 mg.	0.01	1000
Adeflor	0.02	500
Polivitaminas	0.01	2000
Cloranfenical caps.	0.03	1500
Viterra	0.02	1000
Terramicina unq.	0.32	10
Complejo B	0.22	50
Hígado ext.	0.34	30
Hostacilina 4 mi.	0.29	100
Agua trib.	0.18	40
Maalox	0.55	20
Antiseptico	0.85	3
Violeta gentsiana	0.55	2
Anestésin	0.50	4
Tintura belladona	1.00	4
Mercurio cromo	0.94	5
Elixir Paregórico	0.75	4
Sulfato de zinc	0.08	25
Efedrina 1o/o	0.30	10
Efedrina 0.25o/o	0.28	10
Alcohol 88°	0.88	6
Benzoato de Bencilo	2.70	1
Poción expec.	3.96	4
Poción antidia.	6.51	4
Piperazina	5.73	6
Elixir feno.	20.00	1

RECURSOS	COSTO	CANTIDAD
Fumarato ferroso	4.53	4
Esparadrapo	0.67	4
Hilo sutura	2.50	1
Termometro O. y R.	0.50	6
Algodón lbs.	0.95	4
D/A al 5o/o 500 cc.	0.55	6
Equipo venoclisis	0.48	6
Curitas caja	0.61	2
Agujas H. doc.	1.50	2

Como se observa, faltan más recursos en dicho puesto, a más de que no se mencionan algunas cosas que personalmente uno trata de conseguir para mejorar las condiciones.

En el puesto no hay agua potable, ni luz eléctrica lo que dificulta el trabajo y aumenta el riesgo de contaminaciones. Además la auxiliar vive en el puesto y tiene 4 niños, no hay donde se pueda alojar al EPS.

Además muchas cosas están descompuestas, como la estufa de kerosene, lo que dificulta la esterilización de cualquier cosa que se necesite. En tales condiciones los programas tendrán que ir con mayor lentitud mientras no se aumenten los recursos, se menciona por tanto en este análisis este tipo de condiciones.

La distribución de los recursos en salud pública se ha llevado a cabo sin hacerse estudios de las condiciones de los medios donde deben distribuirse tales recursos, y además, lo que debiera distribuirse.

Por tanto la llegada de recursos de personal especializado en el método científico, proporcionará un beneficio a la comunidad de gran mérito siempre que se trabaje en condición de grupo.

## IX. DIAGNOSTICO DE SALUD

## 9.A DESCRIPCION:

La información del EPS anterior, era muy importante para analizar el diagnóstico de salud, para llegar a un nuevo estado de cosas. Existía ya un calendario de actividades por desarrollar en el puesto de salud, donde se incluía el siguiente calendario, el cuál se describe ya modificado:

## CALENDARIO DE TRABAJO

LUNES:	Salud materna
8-10	Prenatal (reconsulta)
10-12	Prenatal (1a. consulta)
2-4	Consulta externa
4-6	Consulta externa
MARTES:	Salud Infantil pre y escolar
8-10	Consulta externa (Menores de 5 años) 1a. consulta
11-12	Reconsulta y niño sano
2-4	Consulta externa
4-6	Consulta externa + Reconsultas
MIERCOLES:	Atención médica general
8-12	Consulta externa y reconsultas
2-4	consulta externa y reconsultas
4-6	Reconsultas.
JUEVES	Atención médica en puesto II Tulate
8-15 hrs.	Consulta externa reconsultas orientación familiar y planificación

VIERNES	Orientación familiar
8-10	pláticas y reconsultas
10-12	control de niño desnutrido
14-18	consulta externa y reconsultas
SABADO	Reunión de EPS y autoridades de salud Pública del Area.
8-12	Discusión de casos Planteamiento de problemas y soluciones. Asuntos administrativos. Discusión de tema científico.

Como puede verse en el calendario de actividades anterior se trató de cubrir en la mejor forma, los diferentes problemas de salud con que se afronta el médico.

#### 9.B ANALISIS:

De la cantidad total de pacientes vistos la cual alcanzó 500 personas de ambos sexos y edades, puede decirse que sólo el 4o/o de la población total, acude al médico.

El análisis por enfermedades demuestra que prevalecen con el mayor índice las enfermedades gastro-intestinales y nutricionales para la niñez y las personas en edad reproductiva.

Le siguen las enfermedades de vías respiratorias superiores, las dermatosis y luego quedan las enfermedades virales de la niñez, del oído, ojos.

Se elaboró un programa para desparasitar a los niños de edad escolar, con buen éxito alcanzando un número de 400 niños.

En igual situación de salud se encuentra la población del puesto de salud de la aldea El Tulate, no se ejecutó más que consulta externa y lo programado en el calendario anterior

Cirugía menor y curaciones, lo cual podía hacerse, ya que no contábamos con agujas de sutura para traumas oseos y problemas mayores, estos pacientes los remitía a los hospitales del area.

La colaboración de personal del SNEM fue valiosa en muchos puntos, principalmente con mensajes a la comunidad.

## X. SUB-PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

### 10.A INTRODUCCION:

*La población Materno-Infantil del país, alcanza por arriba del 60o/o. Y es la más afectada lo que amerita una mayor atención en la solución de sus problemas.*

### 10.B OBJETIVOS:

- B.1 *Mejorar la atención médica para el grupo materno infantil.*
- B.2 *Disminuir la Morbi-Mortalidad de la población afectada.*
- B.3 *Instruir los grupos afectados y responsables para disminuir los riesgos.*

### 10.C ASPECTOS QUE SE INVESTIGARON:

#### C.1 POBLACION:

Rural:	10,723
Urbana:	604
Total:	11,327

*La población rural cubre entonces el 94o/o del total y la urbana apenas alcanza el 5.1o/o, lo que significa que los programas deben de ser valorados para fuera del puesto de salud, principalmente en lo que toca a la necesidad de la atención médica.*

**C.2 Población Infantil:**

Edad:	Total	o/o
Menores de 1 año	2,030	17.9
niños de 1 a 2 años	1,240	10.9
niños de 2 a 3 años	940	8.0
niños de 3 a 4 años	980	8.6
niños de 4 a 5 años	1,250	11.0
niños de 5 a 14 años	2,816	25.4
Total	9,256	81.8o/o

**C.3 Población Materna:**

Personas de 15 a 44 años	1,170	10.3o/o
mujeres en edad reproductiva	680	

**10.D SUB-PROGRAMA MATERNO:**

*Servicios que se prestarán en el sub-programa materno:*

**D.1 Atención Pre-natal:**

- Control de la embarazada, primera consulta y reconsultas
- Educación sobre: Embarazo, Alimentación, hábitos higiénicos y creencias.

**D.2 Atención del Parto:**

- Educación sobre signos y síntomas a ese nivel de la hora del parto.
- Lugar de atención del mismo en las mejores condiciones posibles, y según posibilidades.
- Orientación sobre posibles complicaciones.

**D.3 Atención de Post-parto:**

- Cuidados del Post-parto.
- Educación sobre puerperio.
- Durante 4 semanas control.

En todo este tiempo el médico deberá evaluar el estado nutricional de sus pacientes. El objetivo, dar la máxima protección al binomio: Madre-Hijo durante los períodos prenatal, parto y post-natal, mediante los recursos de salud disponibles.

Deberá cubrirse toda mujer embarazada detectada por diferentes medios (personal natural, asistencia voluntaria al médico, etc.)

Las visitas al médico por parte de los pacientes, en este caso el grupo materno, serán con la regularidad científica acordada por la academia de obstetricia no menos de 13 consultas, evitando riesgos obstetricos.

**D.4 Atención de Grupo materno con problema:**

Para la atención del embarazo patológico, detectados por diferente vía, pero siempre confirmados por el médico.

Tendrán prioridad de atención:

- Amenaza de ab
- Hemorragias del 1er. trimestre
- Anemias y enfermedades intercurrentes.
- Antecedentes quirúrgicos
- Embarazo múltiple
- Primigesta y múltipara con más de 5 gestas
- Embarazos en menores de 20 años y mayores de 30 años.

La conducta de los pacientes es decidida por el médico obviamente, quien decide los casos que deben de ser remitidos a centros más especializados en recursos.

Además el control médico está sujeto a cambios, según el estado del paciente, su evolución; según crea conveniente.

Podrán atenderse en el puesto de salud por su categoría y disposición de recursos, las siguientes entidades, entre algunas:

- Hiperemesis gravidica
- Amenaza de ab
- Síntomas urinarios
- Leucorreas (Trichomonas, Monilia, etc.)
- Malnutrición
- Anemias
- Parasitismos
- Traumatismos leves
- Procesos febriles
- I.R.S. (Infección Viral de Vías Respiratorias Superiores)
- Hemorroides
- Preeclampsias, etc.

Asimismo, se referirá la paciente que necesita atención hospitalaria, se menciona entre algunas:

- Ab (en todas sus formas y con mayor énfasis los que se suceden a partir de la 11va. semana, con etiopatología.
- Hemorragias de la 2da. mitad del embarazo
- Eclampsia
- Mortinato
- Antecedentes quirúrgicos
- Hemorroides complicada
- Enfermedad intercurrente: etc.

Se instruirá a la madre sobre los recursos de salud con que cuenta. Como instrumentos de trabajo se cuenta con el médico y la enfermera auxiliar. Luego debe contarse con la colaboración de comadronas, y demás personal que pueda resultar útil para llevar a cabo el programa.

## 10.E SUB-PROGRAMA INFANTIL:

*Servicios que se prestaran en el sub-programa Infantil:*

### E.1 Control del Niño durante el embarazo PRENATAL 0-280 días

- Complicaciones maternas
- Complicaciones durante el parto
- Antecedentes médicos de importancia

### E.2 Control Médico del Recién Nacido: 4 semanas

- Orientación familiar en los cuidados
- Orientación sobre la dieta del R.N.
- Visitas al médico regulares cada semana.

En cada caso serán necesarios dos tipos de examen: evaluación de la salud médica, que será una apreciación del vigor y del estado constitucional, y la Salud de crecimiento, que servirá como medida del progreso individual en el crecimiento y la maduración físicos, en la expansión mental y emocional y en todos sus aspectos similares.

### E.3 Control del niño en la Primera Infancia: 1er. año.

- Inicio del esquema de vacunación
- Dieta propia de la Primera edad
- Visita al médico en forma regular 1 vez al mes

### E.4 Control del Niño en la Segunda Infancia: De 1 a 6 años.

- Continuación del esquema de vacunación
- Control del crecimiento y desarrollo
- Conducta del niño frente al medio
- Educación sobre higiene

**E.5 Control en la edad Prepuberal: De 6 a 10 años:**

- Finalización del esquema de vacunación
- Control de crecimiento y desarrollo
- Análisis de antecedentes médicos
- Orientación general.

**E.6 Control de Adolescentes: hasta 20 años:**

- Control de crecimiento y desarrollo, última fase
- Orientación general.

El programa se ejecuta conforme el horario-calendario del capítulo anterior.

**10.F DAÑOS EN LA POBLACION MATERNO-INFANTIL:**

Los datos estadísticos revelan un alto porcentaje de padecimientos en este grupo.

A la fecha las causas de morbilidad y mortalidad son las mismas que se han investigado en todo el país.

Como se mencionó anteriormente, la situación de salud del area permanece estable; no puede hablarse de cambios significativos, por la poca labor que se desarrolla. Actualmente se termina de construir una vía de comunicación asfaltada y se está introduciendo luz eléctrica, lo que vendrá a mejorar las condiciones de vida.

**F.1 MORBILIDAD INFANTIL:**

- Diez principales Causas:
- Desnutrición
- Infecciones Gastrointestinales
- Infecciones de vías respiratorias
- Anemias
- Parasitismo Intestinal
- Dermatopatías

- D H E
- Conjuntivitis
- Otopatías
- B N M

Como se observa, mejorando las condiciones de vida y entrando en una fase preventiva, se reduciría el riesgo de enfermar al mínimo.

**F.2 MORTALIDAD INFANTIL:**

- Mortalidad en menores de 1 año:	32
- Mortalidad en niños de 1 a 4 años:	27
- Mortalidad neonatal:	14
- Mortalidad post-neonatal:	10

Siendo las causas las mencionadas en la morbilidad con enfermedad concomitante y como factor común la nutrición. El total de 83 defunciones, aunque no significan el 10o/o de la población total hasta los 14 años, es alarmante si sabemos que debería estar en una escala de 5 a nivel 3. Otro factor, sería que muchos pacientes fallecen fuera del area en busca de alivio y entonces tendrá que consultarse estadísticas generales.

**F.3 MORBILIDAD MATERNA:**

- Diez Principales Causas:
- Desnutrición
- Infecciones de vías Respiratorias
- Anemias
- D C A
- Hemorragias del 1er. trimestre
- Dermatopatías
- Síntomas Gastrointestinales
- Dermatopatías
- Conjuntivitis
- Otros problemas

*Estas son las causas que más afectan a la población materna.*

#### **F.4 MORTALIDAD MATERNA:**

*No se registró muerte alguna por las causas enumeradas en la morbilidad, las únicas mujeres fallecidas estaban fuera de la edad reproductiva, lo que significa la Autoprotección de la madre por su edad.*

#### **XI. CONCLUSIONES:**

- *Los programas elaborados, serán llevados a cabalidad, cuando se disponga de recursos suficientes.*
- *Los recursos Naturales No se aprovechan al máximo por falta de integridad.*
- *Existe la tendencia al desprestigio de los servicios de Salud Pública por las malas inversiones, al tratar de llenar vacíos con servicios incompletos.*
- *Los programas deben ser modificados por el Médico EPS único laborante real de los mismos y orientado por las autoridades Científicas de la Facultad.*
- *La capacitación de los recursos humanos es deficiente y los programas de trabajo, se ven perjudicados.*

## XII. RECOMENDACIONES

- *Crear un efectivo programa de Saneamiento ambiental que tenga como objetivos principales: incorporación de agua potable, Introducción de energía eléctrica, control de alimentos, y Disposición de excretas.*
  
- *Promover programas de alfabetización y dar énfasis en la salud como punto importante para el crecimiento y desarrollo individual y colectivo.*
  
- *Aumentar el presupuesto trimestral de los puestos de salud en material quirúrgico, medicamentos de elección y mobiliario, para poder prestar mejor servicio.*

### XIII. BIBLIOGRAFIA

- A) *Letona Simons, Otto Raúl. Estudio monográfico y diagnóstico de la situación de salud del municipio de Santa María de Jesús, Sacatepéquez. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala Julio de 1976. p.7-50.*
- B) *Zapata Nieto, René Alexander. Análisis de recursos de salud y físicos y propuesta de un sub-programa materno-infantil del municipio de Yupiltepeque, Jutiapa. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala Septiembre 1976. p.30-50.*
- C) *Unidad Sectorial de Planificación de la salud, Ministerio de Salud Pública y A.S. República de Guatemala. Mortalidad año 1974. p. 99.*
- D) *Unidad Sectorial de Planificación de la salud, Ministerio de Salud Pública y A.S. República de Guatemala. Natalidad. año 1974. p.44.*

Emilio Hernández  
DR. José Esaú Hernández Aldana

Julio de León  
Asesor

Dr. Julio de León M.

J. Palma  
Revisor

Dr. Jorge Palma M.

Julio de León  
Director de Fase III,

Dr. Julio De León Mendez

Mariano Guerrero  
Secretario General

Dr. Mariano Guerrero Rojas

Vo. Bo.

Carlos Armando Soto  
Decano

Dr. Carlos Armando Soto