

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"PROGRAMA DE ATENCION MATERNO-INFANTIL Y
CONTROL EPIDEMIOLOGICO DEL MUNICIPIO DE
SANTA MARIA DE JESUS, BASADO EN LAS
CARACTERISTICAS DE LA POBLACION (Monografía) Y
EN UNA INVESTIGACION DE RECURSOS DE SALUD"

(Actualizada con datos post terremoto del 4 de
Febrero de 1976)

TESIS

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

POR

OTTO RAUL LETONA SIMONS

En el Acto de Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

INTRODUCCION

PRESENTACION

OBJETIVOS GENERALES

MATERIALES Y METODO

HIPOTESIS

ESTUDIO MONOGRAFICO

NIVEL Y ESTRUCTURA DE SALUD

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DEL GRUPO MA-
TERNO INFANTIL

FACTORES DETERMINANTES O CONDICIONANTES

PERCEPCION DEL PROBLEMA MATERNO INFANTIL

RECURSOS DE SALUD

PRONOSTICO

INVESTIGACION DE RECURSOS DE SALUD

PROGRAMAS DE ATENCION MATERNO INFANTIL

PROGRAMA DE CONTROL EPIDEMIOLOGICO

CONCLUSIONES

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

RECOMENDACIONES

GRAFICAS

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

INFORMACION GENERAL:

En la USAC a nivel de todas las Facultades se ha tratado de instituir en el último año de las carreras, actividades docentes mediante las cuales estudiantes y maestros de común acuerdo, estudian y tratan de solucionar algunos problemas de las comunidades y del ambiente nacional en general, buscando un enfoque integral a estos problemas. Se le ha denominado EPS (Ejercicio Profesional Supervisado).

En cuanto al EPS en la Facultad de Ciencias Médicas, se ha tratado de desarrollar una serie de actividades docentes que permiten al estudiante una práctica Médica Integral, que contempla además del Internado Rotatorio intrahospitalario, actividades extrahospitalarias en el área rural, tratando de enfocar de una manera integral los problemas encontrados para lograr una mejor solución de los mismos.

Se ha definido, resumiendo, (Octos F-III) el EPS: "como las actividades, de aprendizaje, investigación y servicios mediante los cuales se detectan, abordan y buscan soluciones con enfoque integral a problemas concretos del ejercicio de la Medicina y contribuir de esta manera al bienestar del individuo y la colectividad".

Se hace énfasis en formar por medio de esta práctica,

no únicamente profesionales teóricos, hábiles en resolver problemas individuales, sino personal médico entrenado para investigar y solucionar problemas de orden colectivo y con capacidad para formular programas de salud en base a necesidades concretas de las poblaciones estudiadas. Se pretende integrar la USAC a la Sociedad Guatemalteca tratando de abarcar una gran mayoría de la población.

HISTORIA:

En Enero de 1974, hasta esta fecha, en la mayoría de las poblaciones en que existían puestos de salud, éstos estaban a cargo de una auxiliar de enfermería —sin adiestramiento en algunos casos—, la cual era encargada de satisfacer las demandas de la población en cuanto a salud se refiere, contando no solo con escasos recursos, sino además con un déficit en su preparación profesional, lo que refleja la calidad de atención en cuanto a salud se refiere en estas poblaciones. Al instituirse el EPS en la Facultad de Ciencias Médicas, se asignó a estudiantes del último año de la carrera a estos puestos, los que cambiaron su denominación a Centros de Salud Tipo C. Con los primeros trabajos de este personal se ha logrado determinar la gran importancia de la DPC (Desnutrición Protéico-Calórica) como causa de mortalidad infantil y general, así como el alto riesgo corrido por las madres en edad reproductiva.

PRESENTACION

Es el presente trabajo la recopilación de experiencias de distinta naturaleza realizadas durante la práctica del EPS rural, en el período de Agosto de 1975 a Enero de 1976, en un Centro de Salud Tipo "C" ubicado en Santa María de Jesús, Municipio del Depto. de Sacatepéquez. En el desarrollo del presente trabajo se hará primero, una descripción del área de práctica, luego una observación sobre lo que estos programas pueden lograr en un país como el nuestro, analizando después los resultados de la investigación de recursos de salud, para finalizar con la presentación de programas de atención materno infantil y de control epidemiológico. Este estudio se actualizará al presentar la situación en que se encuentra este Municipio como consecuencia del Terremoto del 4 de Febrero del año en curso.

EXPLICACION:

Todos los trabajos a exponer siguen las bases presentadas por el Comité de Fase III en documentos emitidos para este fin. Se trata de plasmar en los mismos las actividades realizadas durante los seis meses de práctica en el conocimiento del medio Rural Guatemalteco como una manera eficaz de conocer a fondo algunos de los problemas en salud que afectan a la mayoría de la población, tratando de encontrar soluciones viables a los mismos en la situación histó-

rica que se vive.

Se menciona con bastante frecuencia que el estado de subdesarrollo de muchos países está relacionado con el progreso de los países desarrollados (Dcto: la salud del subdesarrollo o el subdesarrollo de la salud) siendo esta relación perjudicial a los primeros y beneficiosa a los segundos. En nuestros países, la mayoría de estudios que hasta la fecha se han elaborado sobre la realidad de los mismos, se han quedado en elegantes estudios descriptivos, notándose una omisión voluntaria al hacer un análisis de las causas que determinan la aparición de estos problemas, sin presentar naturalmente soluciones valederas a los mismos. En nuestro medio se presta atención especial a programas basados en realidades urbanas las cuales no proyectan las necesidades reales de la mayoría de la población que en un ambiente como el nuestro es eminentemente rural.

El plan de la carrera de Médico en nuestro medio hasta hace muy poco estaba encaminado a formar profesionales hábiles en el manejo de aparatos y medicinas dentro del área hospitalaria y también en la atención del sector privado, sin incluir programas dirigidos a estudiar y solucionar algunos problemas del área rural, lo cual no representaba ningún beneficio para el grueso de los habitantes y era agravada esta situación por la migración de profesionales al extranjero. Debido a la situación de dependencia o subdesarrollo es que además de que los programas son realizados tomando como base características de otra población, así también los recursos disponibles son mal utilizados y mal distribuidos dando la apariencia de la inexistencia de recursos, no tomando en cuenta necesidades investigadas en el medio sino basándose en necesidades que afectan a

un pequeño grupo de la población.

"Es notorio que las sociedades que en otro tiempo ayudaron al crecimiento de los países capitalistas son las que en la actualidad se ven en las peores crisis socioeconómicas" (Dcto: la salud del subdesarrollo: USAC).

Es evidente que el nivel de salud de una población no se encuentra aislado del nivel cultural y socioeconómico sino ligado íntimamente a éste, y es por eso que debe enfocarse los problemas de una manera integral si se quiere solucionar en gran parte las necesidades reales de la población, aunque está de más mencionar que mientras tanto las soluciones que se planteen, a los diferentes problemas funcionarán en la mayoría de los casos como medidas paliativas. Esto no implica la inmovilidad sino al contrario el incentivo para realizar actividades que tiendan a mejorar el nivel de salud de la población aún en menor grado.

OBJETIVOS GENERALES

1. Presentar un panorama general del Municipio y de los aspectos de salud más sobresalientes.
2. Realización de un análisis de los recursos de salud.
3. Servir de base para que los recursos de salud existentes en las comunidades sean distribuidos de manera racional según las necesidades y permitir la coordinación de los diferentes servicios de salud existentes en el área, por medio de programas de participación colectiva.
4. Crear un incentivo que lleve a la realización de nuevas investigaciones, tendientes a conocer nuestro medio rural, nuestra realidad histórica planteando soluciones a los problemas con base en lo investigado.
5. Elaboración simplificada de programas de salud para ser ejecutados a nivel de Centros de Salud tipo "C" con participación de la comunidad y de su personal natural de salud.
6. Comparar aspectos de la región antes y después del Terremoto del 4 de Febrero del año en curso y el impacto causado en los aspectos de salud de la población.

DESCRIPCION DEL AREA

ESTUDIO MONOGRAFICO DEL MUNICIPIO

ORIGEN DEL NOMBRE:

La existencia de este nombre parece remontarse a épocas de la conquista (nombre de origen Español) durante las cuales matrimonios indígenas procedentes de regiones situadas en las faldas del volcán de Sta María en Quezaltenango llegaron a esta región posiblemente huyendo de constantes erupciones y de las encarnizadas luchas intestinas encontraron este paraje encastillado que los protegería de las mismas y denominaron al poblado Santa María de Jesús en recuerdo de su región de origen.

GEOGRAFIA:

Municipio del Departamento de Sacatepéquez limitado al Norte por Magdalena Milpas Altas y Antigua, al Este por Amatitlán, al Sur por Palín y al Oeste por la Antigua. Sobre la ruta Departamental de Sacatepéquez que de la Antigua conduce a Palín la Cabecera está a diez kilómetros de Antigua, a 13 kilómetros de Palín y a 55 kilómetros de Guatemala. Se encuentra a 2500 metros sobre el nivel del mar, con una latitud de 14 grados, tiene una extensión superficial de 34 kilómetros, está dividida en regiones denominadas cantones y conocidos como primero, segundo, ter-

cero y cuarto cantón respectivamente.

HISTORIA:

Los indígenas dedicados a labores de campo fundaron la cabecera como asiento de sus viviendas, existiendo en el inicio un lugar denominado "Pueblo Chiquito" el cual fue destruido por las corrientes de agua (es referido que existen aún restos de la antigua iglesia que fue construida en 1736) motivo por el cual los sobrevivientes se trasladaron a la cipresalada, encontrándose en este sitio la iglesia, el calvario, el cementerio, el parque y otros edificios actuales.

Santa María se encuentra en la tabla de Ciudades, Villas y Pueblos del Reino de Guatemala adscrito al Curato de San Juan de Guatemala en la partida de Sacatepéquez. (Ver bibliografía).

Santa María se adscribió al circuito de Antigua Guatemala en la distribución de Pueblos del Estado de Guatemala para la Administración de Justicia por el Sistema de Jurados adoptados por el Código de Livingston y Decretado el 27 de Agosto de 1836 (ver bibliografía). El volcán de Agua no ha hecho ninguna erupción después de la Conquista.

HIDROGRAFIA:

Existen tres riachuelos denominados "Mico", "Chicapitan" y "Chuyá", estos dos últimos abastecen de agua a la

población, encontrándose cerca del nacimiento depósitos de este elemento; algunos derrumbes y cambios posicionales de bloques de tierra provocados por el terremoto de Febrero han dañado la tubería del nacimiento de "Chicapitan" y posiblemente se presenten con el próximo invierno desviaciones del cauce de algún riachuelo.

CLIMA:

Es templado generalmente, sin embargo durante la tarde y la noche sopla un viento frío y casi siempre acompañado de neblina. Debido a los lugares en que se vive actualmente (champas) este frío y las lloviznas hay mayor tendencia a presentar cierto tipo de enfermedades.

AGROPECUARIA, VEGETACION Y SUELOS:

N: Sin restar importancia a los demás aspectos, éste es un factor importante en este medio por presencia o ausencia, como causa importante de morbilidad en la población.

El habitante de esta población en su mayoría se dedica a la agricultura ya sea en terrenos cercanos a su casa o dentro de la misma casa, dependiendo del tipo de sembrado, la extensión del terreno u otras características del terreno. Dentro de los cultivos de mayor importancia se presenta el maíz y el frijol, utilizados para subsistencia y alguna parte para el comercio, obtienen una cosecha al año, con algunas variantes. Se encuentra también sembrado en abundancia el guisquil y en menor cantidad güicoy, papa, yuca, re

molucha, lechuga, yerbabuena y algunos semilleros de culantro. La fruta se cultiva más que todo para fines comerciales dentro de ellas: durazno, melocotón, cerezas, manzanas y otras. También se cultiva, y esto más que todo en el interior de las casas plantas ornamentales como también plantas medicinales. Para los diferentes cultivos se utiliza alguna clase de abono dándole preferencia al abono orgánico que tiene una duración de cuatro años y es económico, el abono químico (referencias) dura un año y es de precio más alto. Aproximadamente el 3% de la población utiliza el químico.

El caballo es utilizado por gran porcentaje de la población en el acarreo de productos de los lugares de cultivo a la casa y también al mercado; se pueden observar así también bueyes, gallinas, cerdos y algunas veces colmenares.

Vegetación y Suelos:

Se pueden encontrar desde diminutas yerbas de gran variedad hasta frondosos eucaliptos y gigantes cipreses, en las faldas del volcán la vegetación es bastante tupida.

La mayoría de estos terrenos presenta cierto grado de inclinación, siendo mayor en las faldas del volcán y se encuentra roca en abundancia, se encuentra el suelo bastante erosionado debido a la inclinación de los terrenos, las corrientes de agua que se forman y a la tala de árboles.

Esta situación, desde la siembra del maíz hasta los árboles grandes, han sido agravados por el Sismo de Febrero - ya que provocó, derrumbes, tala natural de árboles y agrie-

taduras agudizando la erosión del terreno y haciendo algunos terrenos prácticamente incultos.

ARQUITECTURA:

Por la característica accidentada del terreno, las construcciones tienen que adaptarse a esta condición, el material utilizado en la construcción es variado dependiendo de factores tales como la situación económica del ocupante, características del terreno, ubicación, uso destinado o importancia de orden Comunal.

La descripción se hará según el área ocupada: En el área Central se encuentran ubicados los mayores edificios y que desempeñan labor colectiva, entre ellos: la Iglesia, la Municipalidad, la Escuela de Niñas, la de Niños, un Colegio privado, el Centro de Salud, un Dispensario privado, la Casa Parroquial y el Convento, además del mercado ubicado en una galera.

Es utilizado para la construcción de los edificios más antiguos el adobe de barro y como techo tejas o lámina, en las construcciones más recientes se utilizó el block, la cal, el cemento y la arena, el techo de lámina y en la escuela de niños es terraza. Las puertas y ventanas de madera, el piso rústico o liso; para el cielo se utiliza el machimbre o al descubierto; muchas veces una misma habitación cumple varias funciones aunque no es muy notorio en esta área, la sala es poco utilizada. El resto de las casas del área central no mencionadas entre los edificios anteriores como por ejemplo donde se encuentra la farmacia, el correo o alguna cantina y/o tienda son fabricadas de adobe. También se

encuentran algunas construcciones con materiales no procesados como caña de maíz y lianas (referencia: las lianas se utilizan verdes por su flexibilidad y al secarse prestan consistencia a la construcción) se intercalan orcones (ramas de árboles con orquetas) a cierta distancia y son utilizados travesaños para sostener el techo; utilizando para el techo la paja, estas casas a veces no presentan divisiones en habitaciones, el piso generalmente es de tierra y las puertas de caña de maíz.

En el área marginal se realiza una construcción mixta empleando el block y el adobe para levantar una pared de más o menos 73 centímetros de alto sirviendo como base a una pared de caña de maíz, siempre prestando consistencia los orcones a cierta distancia, los techos predominantemente son de paja, pero se encuentran de lámina, el piso es de tierra y en algunas partes de cemento, para el cielo utilizan tules o mantas, están limitadas las propiedades por cercos de cañas de maíz.

Debido a las características de la construcción, de una manera global los daños en viviendas provocados por el terremoto no causa fuerte impacto en la mayoría de las casas; siendo más afectadas las casas del área central como el Palacio Municipal destruido casi por completo de construcción de adobe por lo que los departamentos de este edificio se trasladaron a galeras en el centro del parque, el convento parcialmente destruido y algunas aulas del Colegio de este convento; la iglesia se encuentra agrietada y dañada; las escuelas en regular estado y edificios como el Puesto de Salud y el Dispensario Particular así como la casa parroquial sin mayores daños; en estas construcciones se ha utilizado adobe, concreto y ladrillo en otras. Las casas

que presentaron menores daños son aquellas construidas con material mixto o únicamente de caña de maíz y techo de paja.

NUMERO DE CASAS POR CANTON: DATO PRE TERREMOTO

Total de 1236 casas distribuidas así:

1er. Cantón	274 casas	Manzanas: 1, 14, 15, 19 y 20
2do. Cantón	285 casas	Manzanas: 18, 27, 28, 29, 20 a 22, 36.
3er. Cantón	253 casas	Manzanas: 40 a 48
4to. Cantón	424 casas	Manzanas: 7, 38, 39, 49 a 63

ENCUESTA OFICIAL POST TERREMOTO

SECTOR URBANO NUMERO TOTAL DE CASAS 1236

NUMERO DE HABITANTES ENCUESTADOS: 4230

No. de Personas que tienen donde vivir:	3021
No. de Personas que no tienen donde vivir:	1209
No. de Casas destruidas:	277
No. Casas dañadas (no habitable)	330 49% del total de casas
No. de Casas sin sanitario:	212
No. de Casas sin agua:	704
No. de Casas sin luz:	437
No. de Personas sin trabajo o no pueden trabajar:	424

No. de personas que conservan su trabajo:	1230
No. de personas golpeadas o enfermas:	90
No. de niños huérfanos:	0
No. de fallecidos:	2

MONTO DE LA PERDIDA:

Inmueble:	Q.315,821.00
En menaje de casa:	2,211.20
TOTAL:	Q.318,032.20

PATRONES CULTURALES:

La Familia:

Después del nacimiento del niño la madre guarda reposo en cama durante seis días más o menos, de donde se levanta por indicación de la comadrona, pasando desde ese momento el niño al "Atute" que es un lienzo colocado de alguna manera en el dorso de la madre en forma de hamaca, en donde es llevado durante 12 meses, últimamente con las personas que trabajan en salud que han llegado a la población y la integración más temprana de la madre al trabajo, han hecho que esta costumbre se esté modificando, llevando algunas madres sus niños de 6 a 7 meses en el atute; del atute el niño baja al suelo iniciándose al mismo tiempo el cambio de la teta por comida, durante esta etapa familiar es cuando el niño aprende a hablar kachiquel y al relacionarse con sus hermanos y o padres adquiere habilidad en realizar algunas tareas de la casa y/o el campo llegando a la edad de 8 años. Es importante hacer notar que en entre-

vistas realizadas con madres de familia en algunos casos se manifestó desacuerdo en mandar los niños a la escuela, - esta es obligatoria para niños de 7 y 8 años en adelante, - cuando estos niños ingresan a la escuela poseen escasos conocimientos del castellano y podría generalizarse que es aquí donde lo terminan de aprender.

Además de participar en las labores escolares, el niño al terminar su asistencia diaria se encarga de ayudar en las labores de la casa o el campo, aprendiendo de sus padres los oficios propios de su status.

En esta población existen tres escuelas: la Escuela de Niños Mariano Navarrete en la cual de 144 niños que ingresan al primer año solo 17 en promedio completan el sexto año. Esta escuela fue averiada por el terremoto, pero se encuentra en pie, aunque por los daños que presenta no es adecuada para continuar allí las labores escolares. La Escuela Nacional de Niñas en la cual se cuenta únicamente hasta el cuarto grado de primaria y de 86 alumnas que ingresan un promedio de 6 terminan el cuarto grado. Esta escuela no sufrió mayores daños con el terremoto, sin embargo es zona de peligro por estar situada detrás del edificio de la Municipalidad el cual está destruido. Además existe un Colegio privado mixto en el cual de un total de 82 alumnos que ingresan terminan el sexto grado 20. Esta escuela sufrió daño en algunas de sus aulas únicamente y se encuentra en estado de uso.

Además funciona una escuela nocturna de Alfabetización para adultos manejada por el ejército y cuenta con un promedio de 60 personas. Esta temporalmente ha dejado de funcionar y la cantidad de concurrentes parece haber mer-

madre.

Según algunas referencias eventualmente se ofrecen - cursos de música, pintura, prácticas agrícolas, etc.

Se nota resumiendo, un alto grado de deserción escolar, lo cual puede deberse en un medio rural pobre y eminentemente agrícola que a los padres les interesa que sus hijos aprendan el castellano que les servirá en un futuro, pero después de logrado este aprendizaje los pequeños son útiles en el hogar como fuerza de trabajo.

LA IGLESIA:

Entre las instituciones religiosas encontramos de dos tipos, las católicas y las protestantes, ambas con el mismo fundamento, la iglesia católica cuenta con los siguientes edificios: Catedral ó Iglesia: averiada por el sismo pasado, la Casa Parroquial: casi en buen estado después del siniestro, un Convento con escuela y clínica: la escuela y el convento sufrieron graves daños, pero el local de la clínica está íntegro, además la iglesia del calvario esta se encuentra rajada y con agrietaduras casi en su totalidad: ofrece entre sus servicios las misas, bautismos, casamientos, etc. Las Cofradías del lugar son las encargadas de dirigir la celebración del Santo Patrono del pueblo, a los hombres que contribuyen económicamente en la cofradía se les llama Mayordomos y las mujeres Tesneras, las cuales llevan cubierta la espalda con una mantilla denominada zute (típico del lugar) y es bordado por ellas mismas. Los hombres no usan un traje en particular. Dentro de las iglesias protestantes hay dos: "El Monte de los Olivos" y la "Casa de

Dios", ambos edificios moderadamente dañados.

INSTITUCIONES COMUNALES:

Existe una Cooperativa agrícola organizada por una directiva en la cual todos los miembros son de la región, es asesorada por una Cooperativa de Chimaltenango, proporciona a la comunidad abono y semillas ofreciéndolas a la comunidad a precio de costo; sigue en funciones a pesar del terremoto a que hemos hecho mención.

SERVICIOS PUBLICOS:

El alumbrado por energía eléctrica era poseído por casi todos los habitantes pero por el problema del sismo como ya se mencionó anteriormente 437 casas post terremoto no poseen luz, la cual es utilizada para diferentes labores.

BIBLIOTECA:

Anteriormente situada en una de las habitaciones de la alcaldía, poseyendo en su mayoría libros viejos y periódicos, y contaba con un mobiliario reducido, estantes, mesas y sillas, por el estado en que se encuentra se deduce que no se utiliza frecuentemente. Debido al problema sísmico y por haberse destruido el local que ocupaba antes, actualmente sigue funcionando en la galera donde funciona la Municipalidad.

FARMACIA MUNICIPAL:

Esta también funcionaba en una de las habitaciones del edificio de la municipalidad, corriendo la suerte de que esta parte del edificio también se dañara, pero actualmente sigue en funciones, estando ubicada en la galera en las que se encuentran las oficinas municipales y la biblioteca.

VIGILANCIA Y CONTROL:

El centro de la vigilancia es la Regiduría, cuyo jefe es el Alcalde que funciona también como juez, de éste dependen los Regidores que son los jefes del Control y la Vigilancia, en este municipio en particular son cuatro y laboran por turnos, de estos además dependen los Auxiliares y encontramos también a los Ministriles o Policías que son dependientes de estos últimos; con el oficio de Juez que desempeña además el Alcalde están a su servicio un Secretario y un Oficial de Secretaría.

VIAS DE COMUNICACION:

Se encuentran las siguientes vías de comunicación: Son utilizadas para trasladarse a diferentes puntos según las necesidades y se observa como transporte: camionetas, automóviles, motocicletas, carretillas de mano y caballos. Existen tres líneas de buses con destino diario a la Antigua y viceversa. En días especiales algunas camionetas viajan hasta Guatemala o a Palín y viceversa. Los automóviles se pueden observar al llevar turistas a estas poblaciones y los

taxis de la Antigua que también hacen el recorrido y son bastante demandados. Los que viajan en motocicletas generalmente son personas de fuera que llegan en vías de comercio. Los caballos son muy utilizados para transportar personas, pero mayormente para transportar la cosecha hacia las casas o el mercado. Actualmente es poca la población que hace el recorrido a la Antigua y viceversa a pie.

CORREOS:

Se encuentra una oficina de correos y telégrafo situada en una casa particular próxima al centro y es atendido por el propietario del inmueble, el correo es de tipo ordinario y lo utiliza un 80% de la población; la tarifa cualquier parte del país es de ocho centavos y fuera de este de 10 centavos por cada 5 gramos que pese la carta. Esta casa sufrió algunos daños pero no quedó completamente inservible.

TELEFONOS:

Existen dos: uno en la oficina de correos en el cual se cobra la llamada de tres minutos a cincuenta centavos, es un aparato de tipo moderno que carece de línea directa; el otro está situado en la municipalidad y es para uso exclusivo de la misma, es un aparato de tipo antiguo con manecilla.

COMUNICACION VERTICAL:

Los periódicos no llegan con frecuencia a esta población, la radio se escucha por un gran porcentaje de la población teniendo aparatos de radio un 75% de la misma, se escuchan más las radiodifusoras que transmiten noticias y música ranchera; la televisión es poseída por una mínima parte de la población quizás el 1 % de la misma.

COMERCIO:

La población cuenta con dos farmacias: una la farmacia Municipal que funciona actualmente en la galera de las oficinas municipales. En esta farmacia se encuentran medicinas de uso corriente y a precios módicos, recurren un 90% de la población enferma, se despacha solo cierto tipo de medicinas de empleo delicado con receta la demás es venta libre.

Además existe otra farmacia que además de vender medicina vende artículos de consumo diario, el edificio presenta daños no graves lo que le permite seguir funcionando en el mismo lugar.

Existen tiendas en gran cantidad, además marranerías, molinos de mixtamal y cantinas en regular cantidad, los edificios ocupados por estos comercios casi todos sufrieron daños.

Además el mercado sigue funcionando en la galera original y se vende por lo regular verduras, chile, tomate, pescado seco, etc. Las carpinterías existentes en algunas oob-

sión tienen funciones de funerarias. Las sastrerías se venen regular cantidad.

ARTES:

Es un medio de comunicación del hombre con sus semejantes por medio de la imaginación. Este no puede concebirse aislado de la comunidad a que pertenece ya que es un producto de ella.

PLASTICA:

Se encuentran en este renglón los tejidos bordados con figuras geométricas exactas, los dibujos del güipil o pipil pueden ser de variadas formas como rombos, estrellas, pájaros, etc. el rombo es el dibujo utilizado con más frecuencia en los tejidos, utilizan para la hechura de los mismos colores fuertes como el pitaya, azul, verde, rojo, amarillo, etc., son tejidos de algodón y los más finos bordados en seda, otros en lana por aumento del costo de los hilos según referencia; la Merga es la tela azul con la que fabrican las faldas o cortes, era anteriormente comprada en Chimaltenango, pero posteriormente por razones de tipo económico se decidió que era mejor fabricarla en la localidad y para este fin aprendieron la técnica de fabricación algunos miembros de la población que transmitieron posteriormente este conocimiento a otros. Actualmente se ha incrementado la producción de estos trajes con fines comerciales debido a las necesidades creadas por el terremoto conocido.

ESCULTURA:

Algunos de los miembros de la localidad se dedican a la talla de madera, fabrican máscaras de este material que son utilizadas en los bailes celebrados en la localidad, así también son fabricadas algunas figuras con motivos religiosos destinadas a los "nacimientos" durante el mes de Diciembre.

PINTURA:

Hay muy pocos que se dedican a ella como arte, quizás dos miembros de la población se dedican a esto.

ARTESANIA:

No trabajan el barro, por lo que utensilios como ollas, jarros y otros son adquiridos en otros lugares del departamento, últimamente con el proceso de industrialización estos han sido desplazados por utensilios de plástico.

MUSICA:

Arte que emplea como medio de expresión el sonido y el silencio, se encuentran bastantes músicos en la localidad los cuales forman conjuntos marimbísticos, casi ningún conjunto en forma pura sino como marimba orquesta y además se encuentra un conjunto de cuerdas.

El Arte en su generalidad está poco desarrollada y es

de tipo comercial, ya que la gran mayoría de los habitantes se dedican a la agricultura.

FIESTAS Y COSTUMBRES:

FIESTAS:

La mayoría son celebraciones religiosas, se celebran las siguientes fechas: el 15 de Enero la Fiesta Titular "El Divino Nombre" y es en esta ocasión cuando se baila la danza del Venado; el 7 de Junio se celebra el Corpus Christi y se danza el baile del "Trujupá", que significa danza de los animales; el 8 de Diciembre se realiza el baile de los Moros; el 1 de Febrero se celebra el Carnaval; el 10 de Mayo el día de la Madre con participación de las diferentes escuelas en distintos actos dedicados a este motivo; el 15 de Septiembre las celebraciones de la Independencia reuniéndose durante la noche la población en el local de la plaza y donde se quema pólvora en juegos pirotécnicos; el 1 y 2 de Noviembre se celebra el Día de los Santos y de Finados con visita al cementerio de la localidad y fabricación de comida especial "cabecera"; y entre otras celebraciones no oficiales se encuentran las Primeras Comuniones durante el mes de Agosto.

COSTUMBRES:

Hará más o menos medio siglo los indígenas usaban maxtate, con las piernas descubiertas, los ediles (policías) se presentaban desnudos de la cintura hacia arriba y con sombrero de copa, actualmente esta costumbre ha caído en desuso y la población masculina viste a la usanza del ladi-

no; las figuras usadas en los güpiles de las mujeres han variado mucho y las originales solo se conservan en pipiles llamados Tenazas que utilizan los cófrades en ocasiones especiales; cuando alguien fallece el cortejo fúnebre hacia el cementerio lo acompaña una banda de instrumentos de viento que interpreta música adecuada a la ocasión, a veces se observa que en este cortejo el grupo masculino y femenino caminan en grupos separados; el lugar donde brota el nacimiento llamado Chuyá se encuentra curiosamente adornado por varias tinajas de barro, refiriendo los vecinos que lo hacen así para que el espíritu del nacimiento no se retire del mismo al ver las tinajas conque las mujeres llevan el agua al hogar.

CONDUCTA Y SOCIABILIDAD:

Los miembros de esta comunidad son laboriosos, desconfiados del ladino y presentan moderada adicción por el aguardiente y la chicha, entablar conversación con indígenas resulta algunas veces difícil primero por la barrera del lenguaje y segundo porque las respuestas obtenidas de los mismos son monólogos, esto debido a la diferencia en esquemas mentales entre el ladino urbano y el indígena rural; las personas jóvenes se muestran más amigables pudiéndose en ocasiones entablar conversaciones con ellos.

En los lavaderos públicos las mujeres asistentes platican y ríen dentro de ellas; se puede observar dentro del grupo indígena jerarquías, las cuales en algunas oportunidades se marcan agudamente, los que ocupan puestos de autoridad civil o religiosa y los más pudientes económicamente hablan con autoridad al resto de los habitantes los cuales los

escuchan con respeto.

Al amanecer los habitantes salen en grupos de sus hogares en dirección al campo con objeto de realizar la tarea del día y caminan con paso rápido, en el atardecer, de regreso al hogar caminan con paso normal en grupos y charlando animadamente durante el recorrido. Por las noches es frecuente observar grupos de personas reunidos en ciertos lugares del poblado charlando tranquilamente.

NIVEL Y ESTRUCTURA DE SALUD

MORTALIDAD AÑO 1974

MORTALIDAD PORCENTUAL

Grupos Etareos	No.	%
0 - 28 días	10	13.5
28 días a 1 año	6	8.1
1 - 4 años	18	24.3
5 - 14 años	8	10.8
15 - 44 años	10	13.5
45 6 + años	22	29.7
TOTAL	74	100.

Se puede observar un impacto mayor de la mortalidad en la población joven, o sea en menores de catorce años.

TASAS

DE MORTALIDAD GENERAL:	9.7
MORTALIDAD INFANTIL:	50.0
MORTALIDAD NEONATAL:	31.2
MORTALIDAD POST NEO NAT:	18.7

CLASIFICACION SEGUN TIPO DE CERTIFICADO EXTENDIDO

Total	Médico	Empírico	Autoridad	Ignorado
74	6	0	58	10

Como podemos observar la mayoría de las veces los - certificados son extendidos por las autoridades, tomando en cuenta que estas no son capaces de diferenciar ciertas entidades clínicas, se explica que la causa de muerte la mayoría de veces registrada sea vaga e inespecífica.

DEFUNCIONES SEGUN TIPO DE ATENCION

TOTAL MEDICO	COMADRONA	EMPIRICO	NINGUNO
74	4	6	1
			69

Si bien durante el fallecimiento de las personas en la gran mayoría de casos se reporta sin asistencia, durante el periodo de enfermedad estas han sido tratadas por diversidad de personas, desde la comadrona hasta el farmacéutico, pasando en ocasiones por las manos del brujo.

DEFUNCIONES SEGUN LUGAR DE ATENCION

TO-TAL	HOSPI-TAL	CASA DE SALUD	VIA PUBLICA	DOMI CILIO
74	5	0	68	1

Según los anteriores datos la mayoría de defunciones -

sucedieron en la vía pública, sin embargo debe investigarse bien las fuentes de origen de estos datos, ya que por observación personal y por conocimiento de otros trabajos la mayoría de defunciones se realizaron en el domicilio de los pacientes.

SITUACION DEL GRUPO EN MAYOR RIESGO

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DEL GRUPO MATERNO INFANTIL

NOTA:

Los siguientes datos contemplan únicamente la población urbana de 5317 habitantes.

Este Municipio posee una población urbana de 5317 habitantes, sin incluir un caserío distante 5 kilómetros del poblado.

La población materno infantil representa el 58.8% del total de habitantes, dividido de la siguiente manera:

POBLACION INFANTIL

EDAD	%	No. individuos
Menores de 1 año	1.3	69
De 1 a 2 años	3.3	175
De 2 a 3 años	2.5	133
De 3 a 4 años	2.9	154
De 5 a 14 años	27.8	1478
TOTAL	37.8	2009

POBLACION MATERNA

Mujeres de 15 a 44 años 21% 1117 personas

POBLACION MATERNO INFANTIL

58.8% 3126 individuos

CAUSAS DE MORTALIDAD

De julio de 1974 a Agosto de 1975

TOTAL de Defunciones: 171

ENTIDADES:

Sarampión	34	Senectud	4
Infección Intestinal	28	Contusión Cerebral	12
Hinchazón	15	Cólera	2
Tos Ferina	13	Asesinados	2
Nacidos Muertos	12	Hidropesía	2
Inanición	12	Hernia	2
Fiebre	10	Ataques Cardíacos	2
Gripe	6	Otros	9
Sin Especificar	6		
Bronconeumonía	5		
Calentura	5		

ANALISIS DE LA MORBILIDAD GENERAL

(Atendida como primera consulta en el Centro de Salud)

Julio de 1975 a Diciembre de 1975

Total de Pacientes Atendidos 374
% de la Población Total: 5

Pacientes por Sexo:

Pacientes	Total	%
Masculinos	181	49
Femeninos	193	51

Pacientes por Edad:

Grupo Etario	No.	%
0 - 5 años	74	19.6
6 - 14 años	59	15.6
15 - 30 años	66	17.1
31 - 45 años	55	14.7
46 - 60 años	45	13
60 ó + años	75	20
TOTAL	374	100.0

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES

(Número de Casos)

En Orden Decreciente de Frecuencia:

ENFERMEDAD	No. CASOS	%
T.B. Pulmonar	85	22.9
Bronconeumonía	40	10.6
Anemia	37	9.8
Sarcoptiosis	28	7.4
Diarrea	25	6.6
Amebiasis	23	6.1
Heridas	20	5.3
Gastritis	17	4.5
Bronquitis	10	2.6
Parasitismo	10	2.6
Otras	79	21
TOTAL	374	100.00

(Únicamente se tomó un diagnóstico por paciente)

LAS TRES ENFERMEDADES MAS FRECUENTES

FRECUENCIA SEGUN GRUPOS ETARIOS

1. T.B. PULMONAR

Total: 85 casos

0 - 5 años	2 casos	2.4 %
6 - 14 años	6 "	7.0 %
15 - 30 años	27 "	31.7 %
31 - 45 años	18 "	21.0 %
46 - 60 años	20 "	23.5 %
60 ó + años	12 "	14.0 %
TOTAL	85 casos	100.00 %

2. BRONCONEUMONIA

Total: 40 casos

0 - 5 años	24 casos	60.0 %
6 - 14 años	6 "	15.0 %
15 - 30 años	4 "	10.0 %
31 - 45 años	1 "	3.5 %
46 - 60 años	3 "	7.5 %
60 ó + años	2 "	5.0 %
TOTAL	40 casos	100.00 %

3. ANEMIA

Total de casos: 37

0 - 5 años	3 casos	8.1 %
6 - 14 años	5 "	13.5 %
15 - 30 años	8 "	21.6 %
31 - 45 años	7 "	18.8 %
46 - 60 años	10 "	27.0 %
60 ó + años	4 "	10.8 %
TOTAL:	37 casos	100.00 %

FACTORES DETERMINANTES Y/O CONDICIONANTES

POBLACION: Natalidad 1974

Nacimientos según asistencia recibida

Total	Médico	Comadronas	Empírica	Ninguna
320	5	26	261	28

Nacimientos según lugar de atención

Total	Hospital	Centro Salud	Vía Pública	Domicilio
320	31	0	0	289

Tasas Natalidad, Fecundidad y Crecimiento Vegetativo

Fecundidad:	27.9
Natalidad:	58
Crecimiento Vegetativo:	40

SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA:

Fueron interrogadas 965 familias tomando como fuente de información el esposo, la esposa y en su defecto los hijos mayores; la gran mayoría de familias pertenecen al grupo indígena, es notorio que las pocas familias ladinas -

desempeñan cargos de importancia o desempeñan un rol marcado dentro de este grupo social, en su mayoría son encargados de negocios o cargos como: farmacia, carnicerías, en cargo del correo, funcionarios de las escuelas, encargados de los centros de salud, etc. La típica familia está integrada por el padre, el jefe, que funciona como eje de mantenimiento económico, la madre que se dedica al hogar o faenas asociadas con el mismo, así como al cuidado de los hijos, así también bajo ciertas circunstancias trabajan al lado del esposo en el campo o el comercio; habitan regularmente la casa también los hijos varones casados con su(s) esposa(s), formando un grupo familiar separado en el mismo seno.

INGRESOS:

Según encuesta: la mayoría de personas entrevistadas ignoran su ingreso per capita al mes o ignoran en ocasiones si ganan o no, el 42% de las personas entrevistadas refirió que el jefe de familia gana de 1 a 10 quetzales mensuales.

Según encuesta realizada post terremoto de 1976, se encontró el siguiente grado de desocupación por decirlo así y el ingreso por familia al mes:

No. de Personas sin Trabajo o que no pueden Trabajar:	414
No. de Personas que Conservan su Trabajo:	1230

FAMILIA:

No. de Familias con Ingresos hasta de Q.50.00	646
---	-----

No. de Familias con Ingresos hasta de Q.100.00	240
No. de Familias con Ingresos hasta de Q.200.00	9
No. de Familias con Ingresos hasta de Q.300.00	3

MEDIOS DE PRODUCCION:

La mayoría de familias poseen tierra para siembra, únicamente un 4.3% de entrevistados no la tiene en propiedad; un 68% de los que la poseen es en calidad de propiedad y un 31% en arrendamiento; en la generalidad prefieren trabajar la tierra y no arrendarla, y en casos de arrendamiento se da preferencia a los hijos; el área de los terrenos varía entre 30 a 40 cuerdas en su mayoría, solo un 5% poseen más de 40 cuerdas. Los cultivos predominantes fueron mencionados anteriormente; el 15% utiliza el abono; el 8% consumen y venden el frijol; el ejote lo venden generalmente en su totalidad.

PRODUCCION Y CONSUMO PECUARIOS:

(Ver referencias anteriores, aquí describiremos o exponemos algunos porcentajes únicamente).

Un 50% de las familias entrevistadas poseen gallinas, un 26% de este porcentaje refirió obtener huevos para el comercio, de estas gallinas; un 8% poseen cerdos y un 31% de la muestra refirió la posesión de caballos, animal este último que es usado para diferentes tareas.

FUERZA DE TRABAJO:

Un 83% de los jefes de hogar entrevistados refirieron trabajar por cuenta propia, trabajando un 10% de los entrevistados además como jornaleros en su tiempo libre.

Aparte de esto hay un grupo de familias no bien definido que poseen comercios o que trabajan en algunas instituciones tanto dentro como fuera de la población.

Después del terremoto los jefes de la familia además de tener que trabajar sus tierras si hubo daño, tienen que trabajar en acciones colectivas a fin de prevenir derrumbes, inundaciones o corrientes de agua, etc. dentro de la comunidad.

SANEAMIENTO AMBIENTAL:

Los propósitos de un programa de saneamiento ambiental comprenden el velar por la higiene de la población, investigando algunos de los problemas detectados tratando de encontrarles al final alguna solución.

Ejemplificación: entre las grandes enfermedades que aquejan a la población está el parasitismo intestinal (ascaris, oxiuros, tricocéfalos, uncinarias) el cual puede crear secundariamente otra enfermedad como la anemia, lo cual sobre agregado a la desnutrición favorece el desarrollo de enfermedades con mayor letalidad como las infecciones, todo lo cual es secundario a la deficiente higiene en muchos de los aspectos de salud.

LETRINIZACION:

La Dirección de Saneamiento Ambiental llevó a cabo en 1973 un programa de letrinización durante el cual el Inspector de Saneamiento proporcionó a la comunidad la orientación necesaria sobre la construcción de letrinas (distancia de la letrina a la casa 10 metros ó +, a los pozos de agua 15 metros, profundidad del agujero de $2\frac{1}{2}$ metros por lo menos. Los Servicios de Salud Pública proporcionaron algún material para estas construcciones como la taza de cemento, una parrilla de hierro, cemento y moldes para construir la plancha; el interesado por su parte pone su trabajo y el material para construir su caseta; a pesar del esfuerzo que se ha hecho con estos programas a fin de eliminar el problema de las excretas y la contaminación secundaria del ambiente, aún en las calles de esta población se observan las excretas a flor de tierra.

Este problema se ha visto agudizado grandemente por las condiciones reinantes después del sismo de febrero y que actualmente las moscas tienden a aumentar en el ambiente.

DRENAJES:

Los desagües se encuentran a flor de tierra, siendo inexistente un adecuado sistema de drenajes, lo cual condiciona el apareamiento y la expansión de cierto tipo de enfermedades, transmisión de múltiples entidades patológicas de unos individuos a otros, haciendo énfasis en lo desagradable que resulta el mal olor. Los lavaderos públicos cuentan con drenajes cortos que desagüan en los barrancos

del área.

DESECHOS:

No existen Basureros Públicos instalados. El 70% de la población utiliza los desechos como abono para los cultivos, como en el sitio de la propia casa, en el Cantón cuarto existe un basurero que es atravesado por una corriente de agua; en algunos sectores de la población se acumula más basura que en otros, pero de manera general la basura es tirada en cualquier parte.

El sismo pasado también afectó este aspecto, debido a que la población se encuentra actualmente en mayor grado de hacinamiento, las moscas viajan de un lugar a otro, los desechos se encuentran por todos lados, no hay drenajes, las excretas se encuentran diseminadas y hay subalimentación.

ABASTECIMIENTO, CONSUMO Y PURIFICACION DEL AGUA:

No existen ríos o corrientes grandes de agua, el agua de los nacimientos "Mico", "Chicapitan" y "Chuyá" son utilizadas de diversa manera, la población se abastece de agua utilizando la de los dos nacimientos últimos, el agua es conducida a la galería filtrante y luego distribuida en la comunidad, este elemento se obtiene en cantidades suficientes para atender las demandas de la población, la mayoría de habitantes utiliza el agua de los chorros y las pilas públicas, encontramos tres lavaderos comunales y vein-

tidós chorros simples, de aquí el agua es acarreada a la casa a la casa en tinajas, pocas casas cuentan con tubería intradomiciliar, este elemento es más empleado en la preparación de alimentos; el agua no se encuentra sometida a ningún proceso de purificación, existiendo únicamente galerías filtrantes, las cuales no detienen el paso de microorganismos, no ha sido posible la introducción de un proceso químico de purificación.

HABITOS Y CREENCIAS SOBRE ALIMENTOS:

La alimentación diaria es a base de frijol, maíz, verduras, arroz y café, el maíz es el único que se come los 7 días de la semana y en bebida el café; la carne se consume de 1 a 2 veces a la semana, si se tiene posibilidad económica; entre las familias entrevistadas se reportó el 18% de estas como que disponen de estos alimentos las 7 veces a la semana; el 8% consume además la leche y el 27% refirió que además de los alimentos mencionados, consumen en algunas oportunidades otros como pescado, atoles, etc.

No se acostumbra la alimentación adicional en la embarazada, con un 19% de la muestra que refiere utilizar alimentos adicionales tales como: incaparina, cereales y otros.

En niños de edad escolar casi no es utilizada la alimentación suplementaria, la misma puede decirse de la edad preescolar y en menores de 1 año, solo un 8% de los encuestados refirió dar alimentación adicional a sus hijos.

INTERPRETACION:

Esto se debe no únicamente a la carencia de recursos económicos, sino también a factores tales como algunas costumbres y creencias sobre alimentación, ejemplo el 16% de las familias entrevistadas refirieron que creen que los siguientes alimentos pueden ser perjudiciales durante el embarazo: aguacate, frijol, carne, manteca y queso, y también a que en esta región se acostumbra amamantar a los niños incluso hasta los 18 meses de edad, iniciando alimentos adicionales a los 6 meses o el año de edad.

Además de la situación nutricional precaria de la embarazada, estas creencias provocan un déficit alimentario en esta etapa cuando es aún más necesaria la alimentación adecuada.

ENFOQUE DEL PROBLEMA

PERCEPCION DEL PROBLEMA MATERNO INFANTIL

La comadrona que atiende generalmente los partos presentes de la embarazada, queda en compromiso de atender los venideros, la atención del parto se realiza en la casa de la paciente y es empleado el control prenatal, dado por la comadrona a fin de conocer como se encuentra en binomio antes del parto. En las personas que creen mejor la atención del parto en centro hospitalario aducen que es bueno ya que dan la medicina y hay médico, los que están en contra lo hacen por no contradecir la tradición de la atención del parto en domicilio, por poseer mala información sobre los centros hospitalarios, y porque en algunas relaciones con los centros hospitalarios en anteriores veces les ha sido negativa, por las dificultades del lenguaje y por la discriminación de que fueron objeto debido a su condición de indígena, y se da el rechazo por estos tres factores de la atención hospitalaria del parto.

Cuando un niño se enferma, acuden primero a la farmacia, luego al dispensario o centro de salud y por último a un médico particular o al hospital; algunas de las madres se oponen al empleo de las vacunas con la creencia de que estas "enferman más", esto por la poca información que se da al respecto y por diferentes esquemas mentales entre ladino e indígena.

Se cree que la mayoría de personas comprenden en alguna forma la función de las vacunas, más sin embargo nadie lleva a sus niños a control periódico y o exámenes de crecimiento y desarrollo, acudiendo únicamente a la consulta en casos de morbilidad y generalmente cuando el estado de salud ha empeorado. La gran mayoría de personas ignora lo que es en realidad un problema de la desnutrición y sus consecuencias, solo un 15% comprende de alguna manera lo que esto significa.

CONSIDERACIONES GENERALES

PERCEPCION DEL PROBLEMA GENERAL:

El problema de salud de una población no puede independientemente de los demás problemas que de alguna manera inciden en la misma, ya que todos convergen en una baja en el Nivel de Salud, los aspectos tratados reflejan el Status Quo de los habitantes de esta región; todo se refleja en la situación global de la salud, entendiendo por Salud: "el máximo grado de bienestar del individuo y de la colectividad".

Al revisar la historia nos damos cuenta de que se trata de una población eminentemente indígena que emigró de un lugar del occidente, siendo fundada hace muchos años, viendo sus leyendas nos damos cuenta de que se trata de un "Poblado Mágico" y que a través de las proezas realizadas por algunos de los miembros de esta comunidad por la tradición se convierten en héroes de leyenda pasado el tiempo. La mayoría de turistas que visitan esta población lo hacen usándola como sitio de descanso antes del ascenso del vol-

cán de Agua; geográficamente la población está dividida en cuatro cantones o regiones, de forma irregular con una población más o menos numerosa. Las causas de mortalidad la mayoría de veces son registradas por las autoridades. Los matrimonios son efectuados generalmente entre la gente joven; casi todos los habitantes se dedican a la agricultura utilizando mucho al caballo en la realización de diversos fines; el suelo es bastante inclinado pero con diversos procedimientos el indígena lo vuelve más cultivable; las viviendas construidas por diversos materiales cuentan casi en su mayoría una sola habitación destinada para diversas funciones lo que provoca el hacinamiento y con este elevación de la morbilidad por enfermedades transmisibles; la población está constituida por un área urbana y un área rural, esta última ocupada exclusivamente por indígenas.

En cuanto a salud se refiere existe mala higiene general y personal, individual y ambiental, se han realizado muchas campañas de saneamiento entre las que se puede mencionar la campaña de letrización, únicamente que antes de iniciar cada campaña se debe educar a las personas para que reconozcan la importancia de estas medidas y lleven a la práctica las mismas para mejorar el ambiente en general. Entraremos a analizar pues los recursos en salud con que cuenta esta población.

SALUBRIDAD PUBLICA

RECURSOS DE SALUD

Existe un Centro de Salud Tipo "C", en años anteriores era atendido por una enfermera auxiliar y por el supervisor (UAMA) de la región el cual otorgaba consulta una vez a la semana, actualmente funciona diariamente atendido por un estudiante EPS, una enfermera auxiliar y por Promotores en Salud Rural, se ofrece consulta externa cobrando Q.0.25 por persona, presta los siguientes servicios (además de C.E.): medicina curativa, medicina preventiva, pequeña cirugía, primeros auxilios, encamamientos esporádicos de emergencia y algunos cursos de adiestramiento del personal.

En casos de pacientes que ameriten tratamiento hospitalario estos son referidos al Hospital de Antigua con quien se guarda estrecha colaboración.

Además se cuenta con un Dispensario Particular, organizado por la Asociación de los "Caballeros de Colón" de Guatemala, el cual fue construido a petición de la comunidad por falta de recursos, inició sus funciones en 1968 y es atendido por una Enfermera Graduada, ocupado este cargo por una Hermana de la Caridad, se ofrece consulta los días sábado y domingo, durante los cuales llegan Médicos a dar consulta externa, se hace cobro de Q.0.25 también.

PRONOSTICO

El pronóstico de salud es malo si no se mejoran las condiciones generales de salud.

Observando que el nivel de salud es bajo, que existen problemas en cuanto a actitudes y costumbres en algunos aspectos de la salud que es difícil por los escasos recursos disponibles llevar a cabo programas amplios de salud en la población y además es más difícil aún mejorar el nivel socioeconómico de la comunidad, se justifica, una investigación de los recursos de salud disponibles en la población con el fin de organizarlos para en estrecha colaboración mejorar el pronóstico, logrando elevar el nivel de salud de la población general.

INVESTIGACION DE RECURSOS DE SALUD

RECURSOS:

1. Recursos Humanos responsables de los Centros de salud tipo C: EPS Rural, Auxiliar de Enfermería, promotores en Salud Rural.
2. Recursos Humanos con funciones de Dirección y Supervisión: Jefe de área, Supervisor de la Facultad y Médico UAMA.
3. Recursos Humanos de salud Naturales de la población: Comadrona, Enfermera, Promotoras, Voluntaria de enfermería, Farmacéutico, Curandero, Composedor de huesos.
4. Recursos Físicos: Edificio, Material Médico-quirúrgico y de Oficina.
5. Recursos de Material médico-quirúrgico y Medicamentos.
6. Recursos Presupuestarios.
7. Recursos aportados por la Comunidad.
8. Normas y Procedimientos de trabajo.

PRESENTACION DE RESULTADOS

METODO:

Los recursos humanos formales se estudiaron mediante un recuento y análisis de su distribución por tiempo en diversas actividades en términos de horas asignadas a las mismas, su participación en instrumentos de trabajo, los costos de dicha participación, el rendimiento alcanzado por instrumento y la asignación de estos a distintos daños.

ANALISIS DE RECURSOS HUMANOS INSTITUCIONALES

(Ver cuadro de instrumento 1 - A en gráficas)

Al observar este cuadro concluimos que los Médicos - EPS contratados tienen un salario anual de Q.1,980.00, trabajando 2000 horas anuales, con un costo hora de Q.0.99.

Al observar el cuadro nos damos cuenta que tanto el médico, como la enfermera y las promotoras dedican más tiempo a la atención de la morbilidad (medicina curativa) - y a la investigación, que a otros programas de orden colectivo como son la organización comunal, visitas domiciliarias, etc.

La Enfermera Auxiliar labora 2,000 horas anuales (en realidad reside en este centro prestando servicio a cualquier hora) con un costo hora de Q.0.77.

Las Promotoras laboran entre todas teóricamente 2000

horas anuales (ad honorem).

Se puede generalizar que hasta el momento en estos centros se dedica la mayor parte del tiempo a la medicina curativa, siendo relativamente escaso el tiempo dedicado a la medicina preventiva y a la organización comunal.

ANALISIS DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD - NATURALES DE LA POBLACION

METODO:

Estos se estudiaron por medio de encuestas para determinar las categorías existentes, el número de elementos de cada categoría, su distribución geográfica, el prestigio a nivel de la comunidad, años de experiencia media, amplitud del campo de trabajo, conocimientos, medio de adquisición de los conocimientos obtenidos, la adquisición de conocimientos de la medicina moderna y rendimiento anual de cada recurso.

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

CUADRO

RECURSOS NATURALES DE SALUD (RESUMEN DE LA ENCUESTA)

*NOTA: Todos son residentes de esta población

CARGO	EDAD	SEXO	TIEMPO EJERCER	PROMEDIO PERSONAS ATENDIDAS AL AÑO	RESPUESTAS ACEPTABLES DEL TOTAL Y PORCENTAJE							
					GRUPO MATERNO		GRUPO INF. Y PREESC.		PROBLEMAS G.		CIENCIA Y TEC.	
					ACEP.	%	ACEP.	%	ACEP.	%	ACEP.	%
Enfermera	28 a	F	7 a	170 ?	10	100	5	100	7	100	10	83.3
Enfermera	48 a	F	30 a	?	10	83.3	4	80	7	100	2	16
Enfermera Vo.	24 a	F	3 m	?	10	83.3	5	100	6	85.7	2	16
Promotora.	20 a	F	1 a	10 ?	6	50	4	80	6	85.7	3	25
Promotora.	20 a	F	1 a	50 ?	10	83.3	4	80	5	71.4	6	50
Comadrona Entrenada	74 a	F	20 a	?	7	58	5	100	6	85.7	6	50
Comadrona Empírica	33 a	F	6 a	?	7	58	4	80	4	37	1	8.3
Comadrona Empírica	74 a	F	20 a	200 + -	4	33	2	40	2	28.5	1	8.3
Curandero	43 a	M	15 a	200	7	58	3	60	6	85.7	6	50
Componedor de Huesos	56 a	M	5 a	50	0	0	0	0	3	42	0	0
Curandero Farmacéutico	54 a	M	26 a	?	10	83.3	2	40	6	85.7	6	50

NOTA: Total de Preguntas: GRUPO MATERNO: 12, GRUPO INF. Y PREESCOLAR: 5, PROBLEMAS DE SALUD GENERALES: 7, CIENCIA Y TECNOLOGIA APLICADA: 12.

RESULTADO DE LA ENCUESTA

(Ver al final cuadro de Recursos Naturales de Salud)

Al observar el cuadro podemos comentar que en esta población se encuentran en funciones once personas que están implicadas en los aspectos de salud de los habitantes, notando de que de una manera oficial por así decirlo, laboran: en el Centro de Salud una Enfermera auxiliar, una voluntaria aprendiz de enfermería, y dos muchachas indígenas como Promotoras de salud rural; en el Dispensario Particular trabaja una Enfermera, desempeñando este cargo una persona religiosa; labora de manera particular y a domicilio una Comadrona adiestrada; además de estas personas laboran de manera no oficial: dos Comadronas empíricas, un Farmacéutico, una persona entrenada en hipodermia pero por las necesidades trabaja como Curandero y un Componeador de huesos, persona esta última en aliviar los problemas de tipo traumático, quien adquirió sus conocimientos de un Curandero al mismo tiempo que le trataba una fractura.

Debemos mencionar que también existen otras personas implicadas en los problemas de salud, permaneciendo más o menos en el anonimato, y quienes recurren a procedimientos parapsicológicos, más que a los ordinarios, para la resolución de algunos de los problemas en salud que se le presentan; por razones obvias estas personas no fue posible cuestionarlas.

Al ver el cuadro, generalizando nos damos cuenta que la mayoría de estas personas poseen conocimientos limitados de los problemas de salud, esto a pesar que muchos de ellos poseen varios años de experiencia en su trabajo; las

labores según su categoría son llevadas a cabo por diferentes personas: ejemplificando: las comadronas son únicamente del sexo femenino, así también el personal de enfermería, el farmacéutico, curanderos y "brujos" son del sexo masculino; y en general todo el grupo posee una edad por la que puede clasificárseles como adultos mayores.

ANALISIS DE RECURSOS FISICOS

(Ver cuadro de Instrumento 1 - B "Edificios y Equipo Médico-quirúrgico y de Oficina)

METODO:

Estos se estudiaron en cuanto a su cantidad, tiempo de uso, precio en inventario, depreciación, regimen de propiedad, grado de uso, déficit estimado y su asignación a distintos programas y actividades.

RESULTADO:

Se puede concluir que estos recursos existen en calidad y cantidad como para atender a la población demandante, por ejemplo el edificio que da estructura al centro de salud cuenta con amplias salas para la atención de consulta, hipodermia, curación y sala de espera; el material empleado en la construcción de bancas, sillas, mesas y camilla es excelente y se encuentra en buen estado; existe adecuado instrumental para examen físico y diagnóstico, material quirúrgico para pequeña cirugía con algunas piezas del reciente año, o sea que hay suficiente material y de buena calidad a pesar de estar en uso la mayoría desde hace 17 -

años; según precio en inventario este material se ha depreciado mucho y sin embargo sigue prestando un grado de uso máximo a la población.

Estos recursos en su totalidad son propiedad del estado o sea del Ministerio de Salud Pública.

Tanto el edificio, como los demás recursos mencionados no sufrieron desperfectos después del sismo de Febrero del año en curso, 1976.

ANALISIS DE MEDICINA Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

(Ver cuadro del Instrumento 1 - C "Medicina y Material Médico-quirúrgico)

METODO:

Estos se estudiaron en cuanto a su tipo, utilidad, existencias, consumo y además comparación de pedidos y su costo.

RESULTADO:

Al observar el cuadro adjunto y con algunas experiencias personales podemos comentar: en este centro es mantenida de manera permanente cierta cantidad de medicina y material médico quirúrgico que es suficiente para atender las demandas de la población de manera general; pero particularizando para ejemplificar, se puede decir que medicamentos como la aspirina y la penicilina que son muy -

utilizados llegan en cantidades trimestralmente que no son suficientes para la demanda y al finalizarse las mismas en este centro se tiene que extender receta a los pacientes lo que puede provocar o provoca una baja en la demanda; y contrario a esto hay mucha medicina que no es utilizada grandemente y la cual existe en suficiente cantidad cuando llega el siguiente pedido lo que provoca su aglomeración o pérdida; resumiendo si existe medicina y material como para atender la demanda existente, pero podría elevarse la eficacia atendiendo a la morbilidad prevalente para la selección de este material y medicinas.

Actualmente, pos terremoto, se cuenta con mayor existencia de medicinas y material médico quirúrgico, el cual ha sido obtenido por donaciones o como iniciativa del médico EPS.

CONCLUSIONES GENERALES:

1. En general el nivel socioeconómico de la población es bajo.
2. El nivel de salud es bajo, como reflejo de la situación general.
3. Persisten en esta región ciertas creencias y actitudes en cuanto a salud se refiere que son perjudiciales al desarrollo de programas de salud.
4. La mayoría de la población es indígena.
5. Gran porcentaje de la población lo constituye el grupo

po materno-infantil.

6. El grupo materno infantil está en mayor riesgo de enfermarse y morir.
7. Existe deficiencia de algunos recursos de salud en calidad y cantidad.
8. Algunos recursos son mal distribuidos debido a la escasez de planificación.
9. Son importantes y abundantes los problemas de saneamiento ambiental.
10. La morbi-mortalidad infantil y materna es elevada.
11. Algunos recursos a la fecha no han rendido satisfactoriamente debido a múltiples factores.
12. El personal natural de salud no ha sido eficazmente aprovechado en programas de mayor proyección a la comunidad.
13. Existen recursos humanos y físicos suficientes para atender la demanda de la mayoría de la población si estos se organizan de acuerdo a planes y programas que partan de la realidad objetiva que se vive a nivel local.

PROGRAMA MATERNO INFANTIL

JUSTIFICACION:

En vista de lo anterior es que se hace necesario el inicio de la planificación de programas de salud en forma gradual, y dando prioridad a los grupos de mayor vulnerabilidad.

SITUACION NUTRICIONAL:

Un estado nutricional precario es el denominador de estos habitantes, lo cual es el resultado de variados factores los cuales actúan simultáneamente, ej: el nivel socio-económico, las costumbres, etc.

Los siguientes datos son resultado de la encuesta clínico, nutricional y antropométrica realizada en una muestra del 10 % de la población.

Estos resultados han sido comparados con valores Standard del INCAP la Academia Mexicana de Pediatría y curvas adaptadas a nuestro medio.

ANALISIS por Grupos Etarios:

Niños menores de 1 año: el 85 % tienen un peso adecuado en relación a su talla el resto únicamente presentó peso bajo en relación a la talla.

Niños de 1 a 2 años: el 50 % presenta peso bajo en relación a la talla.

Niños de 2 a 3 años: el 42% presenta algún grado de desnutrición comprendida entre los grados I y II.

Niños de 3 a 4 años: el 74 % presenta peso inadecuado para su talla, comprendidos entre los grados I y II de desnutrición.

Niños de 4 a 5 años: el 74 % presenta algún grado de desnutrición I y II.

ANALISIS General:

El 69 % del grupo estudiado presentó un peso menor que el normal para su talla.

Los otros parámetros investigados se efectuaron uniendo al grupo materno infantil, con los siguientes resultados:

1. 14 a 27 % de hallazgos positivos en cuanto a investigación de cabello fácilmente desprendible con cambios en textura y color.
2. Ojos: 10 % de positividad en conjuntivas purulentas y un 38 % de la muestra presentó manchas de Bitot.
3. Bocio: 0 % en la muestra.
4. Conjuntivas: 37 % de positividad en cuanto a investigación de palidez de las mismas.
5. Edema Bilateral de Piernas: 3 % en hallazgos posi-

vos.

El 99 % de las madres presentó peso dentro del límite normal bajo en relación a su talla.

Talla Promedio del 86 % de la Muestra: 1.4 a 1.5 metros.

PROGRAMAS DE SALUD MATERNO INFANTIL

DEFINICION Y SITUACION DE LA POBLACION MATERNO INFANTIL EN GENERAL

"Entendemos como Atención Materno Infantil y Familiar las actividades tendientes a promover, proteger y recuperar la salud de la madre durante el embarazo, el parto y el puerperio y de Niños recién nacidos, lactantes, pre-escolares y escolares".

Los niños menores de quince años y las madres en edad reproductiva constituyen un grueso porcentaje de la población.

"Los procesos característicos de la etapa de crecimiento y desarrollo y del embarazo asociado a otras condiciones desfavorables hacen a estos grupos más susceptibles de enfermar y morir; es un período de estrecha relación entre madre e hijo los que los hace susceptibles a riesgos comunes y que por lo tanto requiere enfoque común dando atenciones comunes."

La población infantil representa un alto porcentaje de

la población general (40 %) comprendidos en este a los menores de 15 años, dividiéndose: Edad Infantil: Menores de 1 año; grupo pre-escolar: 1 a 4 años; y grupo escolar: 5 a 14 años.

Nuestra pirámide de población es de base ancha y en constante crecimiento, ya que si la tasa de mortalidad permanece alta la tasa de natalidad es elevada como para provocar un crecimiento vegetativo significativo; así la tasa de mortalidad tiende a mantenerse elevada presentando un descenso insignificante en muchos años, lo cual revela que los cambios no han sido significativos para mejorar el nivel de salud de la población.

La mortalidad neonatal es también elevada reflejando la escasa atención que se brinda al embarazo y la gran cantidad de partos atendidos por personal empírico.

PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL

- A: SUBPROGRAMA MATERNO
- B: SUBPROGRAMA INFANTIL

OBJETIVOS GENERALES

- I. Proteger al grupo de la población que está en mayor riesgo de enfermar y morir.
- II. Controlar los riesgos propios del binomio madre-feto, para que el embarazo transcurra sin complicaciones, con un parto normal que brinde un niño sano y a término.
- III. Controlar los riesgos a que están expuestos los niños de este Municipio, promoviendo que su crecimiento y desarrollo evolucione dentro de los límites de la normalidad, de manera que su participación de medio ambiente lo haga con el máximo de sus potencialidades orgánicas y mentales.
- IV. Plantear por medio de este programa base para la realización de futuras actividades tendientes a disminuir la morbilidad en este grupo.
- V. Entrenar personal natural de salud para la mejor realización de este programa y de otros en lo futuro.

SUBPROGRAMA MATERNO

DEFINICION:

Se entiende por grupo materno a las mujeres en edad reproductiva (15 á 44 años de edad) con especial importancia durante las fases de embarazo, parto y puerperio.

MAGNITUD DEL DAÑO:*

Aparentemente el daño a este grupo es bajo, basándose en los registros actuales (registro de mortalidad en la municipalidad y registros de morbilidad en los centros de salud) lo cual no refleja la situación real por las siguientes razones:

- 1.- Mal registro de mortalidad por causa materna,
- 2.- Porque el embarazo, parto y puerperio en la gran mayoría es atendido por personal empírico que no lleva ninguna clase de registro.

También es afectada la población materna durante esta etapa:

- 1.- Por malnutrición preexistente como factor predisponente a otras entidades patológicas,
- 2.- Por hábitos y creencias erróneas durante esta etapa, más relacionado con el factor alimentación,
- 3.- Factores sociales incidentes (la mujer aún durante esta etapa representa fuerza de trabajo para la familia).

TRASCENDENCIA SOCIAL:

El daño en este grupo afecta de manera concreta a la población en general por las siguientes causas:

- 1.- La mujer es causa de fuerza de trabajo familiar sin importar su condición materna,
- 2.- Como parte de la población joven coadyuva a determinar la forma triangular de base ancha de la pirámide = poblacional,
- 3.- Por sus características maternas determina la reproducción y multiplicación del grupo.

COMPONENTES TECNICOS:

- A: Atención Prenatal
- B: Atención del Parto
- C: Atención del Puerperio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Lograr una cobertura del 40 % de la población materna con una distribución racional de las actividades,
- 2.- Disminuir la morbilidad protegiendo a la pobla--ción materna de los riesgos a que está sometida, por - medio de controles durante el embarazo, parto y puerperio,
- 3.- Detectar tempranamente problemas de solución hospitalaria,
- 4.- Controlar y tratar embarazos de alto riesgo,
- 5.- Prestar especial atención a la siguiente patología:
DPC/Abortos/Hemorragias del 1er y 3er trimestre/En-fermedades Venéreas/Anemia/Gestosis y otras por las

que se demande,

- 6.- Prestar atención especial en el parto a:
Mala Atención del mismo/ Distocias y Parto Prolonga--do,
- 7.- Prestar atención especial en el puerperio a:
Hemorragias/Infecciones/Hábitos y creencias erróneas y ó peligrosos,
- 8.- Enfatizar el factor Educativo en todas las Actividades.

ACTIVIDADES:

- 1.- Detección Precoz del Embarazo,
- 2.- Comprobación del Embarazo,
- 3.- Control Prenatal,
- 4.- Determinación del Sitio de Atención del Parto,
- 5.- Control Post Natal.

UNIVERSO DE POBLACION:

Se definirá como los embarazos y partos esperados para 1976 calculándolos como el 5 % de la población total - de 1975.

NORMAS:

- 1.- Detección precoz del embarazo por el Promotor,
- 2.- Comprobación del embarazo por el Médico,
- 3.- Cuatro Controles Prenatales; 2 por el Médico y 2 por la Enfermera; a las 22, 24, 31 y 38 semanas de emba--razo así:
1ero y 4to control por Médico,
2do y 3er control por Enfermera,
- 4.- Control Post Natal por Médico a la 2da semana post

parto.

INSTRUMENTOS:

- A: Médico EPS
- B: Auxiliar de Enfermería
- C: Promotores de Salud Rural.

RENDIMIENTO DE LOS INSTRUMENTOS:

- 1 hora Médico: 6 consultas
- 1 hora Enfermera: 6 consultas
- 1 día Promotor: 1 entrevista.

ACTIVIDAD NUMERO UNO (1)

"DETECCION PRECOZ DEL EMBARAZO"

POBLACION UNIVERSO:

Total Habitantes	7419
5 % del total	371
Embarazos Esperados	371

COBERTURA:

40 de Población Universo 148 embarazos

*No se resta aquí el porcentaje que termina en Ab, ya que el promotor tendrá que cubrir los embarazos tempranamente.

INSTRUMENTO:

Promotor de Salud Rural
Se Medirá como Día Promotor

RENDIMIENTO DEL INSTRUMENTO:

1 entrevista por Día
(Existen 2 Promotores)

CONCENTRACION DE ACTIVIDADES:

El Promotor hará un total de 4 entrevistas por mujer en edad fértil al año, llevando un control de las mismas:

TOTAL:	1064 entrevistas al año
40%	592 entrevistas al año.

NUMERO DEL INSTRUMENTO:

592 días promotor al año.
2 Promotores así:

Promotor 1: 296 entrevistas al año
Promotor 2: 296 entrevistas al año

NORMAS:

1. Serán entrevistadas el 40 % de las mujeres en edad fértil,
2. Esta entrevista se llevará a cabo cada 3 meses,
3. Se podrá decidir después una visita semestral o anual a mujeres cuyo último hijo sea mayor de 5 años,

4. La entrevista será registrada en una encuesta,
5. Esta actividad servirá como base para efectuar la comprobación del embarazo.

MODELO DE LA ENCUESTA:

Nombre: _____ Edad: _____ años. Dirección: _____
No. hijos tenidos: _____ No. hijos vivos: _____
No. hijos muertos y causas: _____
Edad del último hijo: _____ Problemas en embarazos o
partos anteriores: _____
Estado Nutricional: _____, Última Regla: _____
Bueno Regular Malo
Período Menstrual: _____ Otros signos y síntoma-
s relacionados con la amenorrea: _____
Hijo Deseado: _____
Sí No

ACTIVIDAD NUMERO DOS (2)

"COMPROBACION DEL EMBARAZO"

UNIVERSO DE POBLACION:

Todas las mujeres en edad reproductiva con sospecha de embarazo detectadas por el promotor.

TOTAL

148 embarazadas

COBERTURA:

100 de pacientes detectadas 148 embarazos.

NORMAS:

1. Serán seleccionadas las pacientes detectadas por el promotor,
2. Las pacientes que acudan espontáneamente al centro consultando por amenorrea serán integradas,
3. La encuesta llenada por el promotor servirá de base para clasificar y registrar a las pacientes que se les compruebe el embarazo y a las que la causa de la amenorrea sea otra,
4. A todas las pacientes se les realizará interrogatorio y examen físico general para determinar estado general de salud y síntomas relacionados con el embarazo (signos),
5. Se hará examen gineco-obstétrico a pacientes con amenorrea mayor de tres meses,
6. A todas las pacientes con diagnóstico dudoso de embarazo a pesar de los procedimientos anteriores se le remitirá al hospital para su estudio.

UTILIDAD DE LA ACTIVIDAD:

1. Comprobar o descartar el embarazo.
2. Si hay embarazo se da cita para siguiente control prenatal,
3. Se aprovechará para dar educación materna sobre nutri
ción, el embarazo y medicina preventiva.

CONCENTRACION DE ACTIVIDADES:

1 comprobación del embarazo.

RENDIMIENTO DEL INSTRUMENTO:

6 consultas por hora Médico.

NUMERO DE ACTIVIDADES:

148 exámenes al año.

NUMERO DEL INSTRUMENTO:

25 Horas Médico al año.

ACTIVIDAD NUMERO TRES (3)

"CONTROL PRENATAL"

POBLACION UNIVERSO:

Todas las pacientes a quienes se comprueba embarazo.
148 embarazadas teóricamente.

INSTRUMENTO:

Hora Médico
Hora Enfermería.

NORMAS:

1. Los controles se efectuarán así:

Edad de Gestación:

- 1er. Control a las 22 semanas.
- 2do. Control a las 27 semanas.
- 3er. Control a las 32 semanas.
- 4to. Control a las 38 semanas.

Instrumento utilizado:

1ero. y 4to. Control por Médico,
2do. y 3er. Control por Enfermera.

2. El control prenatal se llevará a cabo en el Centro de Salud,
3. En cada centro se hará interrogatorio sobre apareamiento de nueva sintomatología por médico y enfermera, examen físico general completo por médico y signos vitales por enfermera,
4. De ser necesario, el médico podrá ordenar exámenes de laboratorio gratuitos en el Hospital de Antigua, como:

A: Hematología
B: Orina,
C: Heces,
D: VDRL,

5. Se hará control especial a pacientes que presenten la siguiente patología:
 1. Fiebre,
 2. Ausencia de Movimientos Fetales,
 3. Várices en MI complicadas,

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

4. Anemia Severa,
5. Sospecha de Embarazo Múltiple,
6. Hipertensión Arterial,
7. DCA Moderada o Severa,
8. Albuminuria,
9. Hemorragia,
10. T.B. Pulmonar, especialmente en esta población.

6. Ante signos progresivos de alarma el Médico puede decidir aumentar la frecuencia de las consultas.

CONCENTRACION DE ACTIVIDADES:

- 2 controles por embarazo Médico
- 2 controles por embarazo Enfermera

RENDIMIENTO DEL INSTRUMENTO:

- 6 consultas por hora Médico
- 6 consultas por hora Enfermera

NUMERO DE ACTIVIDADES:

- 572 controles prenatales al año
- 296 controles por médico al año
- 296 controles por enfermera al año.

NUMERO DEL INSTRUMENTO:

- 50 Horas Médico al año
- 50 Horas Enfermera al año

ACTIVIDAD NUMERO CUATRO (4)

"DETERMINACION DEL SITIO DE ATENCION DEL PARTO"

OPCIONES:

1. Atención del Parto a Domicilio,
2. Atención del Parto en el Hospital.

OBJETIVO:

1. Determinar el sitio de Atención del Parto de Acuerdo a:

- A: Antecedentes Materno - Fetales
- B: Evolución del Embarazo.

POBLACION UNIVERSO:

Todas las mujeres con control pre-natal que lleguen al cuarto control por el Médico.

COBERTURA:

100 de mujeres que lleguen al cuarto control pre-natal (menos 10 % que finalizen en aborto)
TOTAL: 133 pacientes.

NORMAS:

1. Esta determinación se hará simultánea con el 4to. control pre-natal,

2. Determinar sitio y tipo de atención del parto,
3. Dar orientación a la madre relativa a la atención de su parto y el por qué de la selección,
4. A quienes se atiende el parto a domicilio se le orientará sobre el papel de la comadrona,
5. A quienes se atiende el parto en el Hospital se les educará sobre lo que sucederá en el Hospital, el por qué de esta determinación y las mejores actitudes a tomar durante el proceso,
6. Se recomendará el control posterior en el Centro.

PARAMETROS PARA ESTA DETERMINACION:

1. Los partos a atender en domicilio por comadrona serán aquellos de madres sin antecedentes patológicos y con evolución normal del embarazo,
2. Atención Hospitalaria tendrán las siguientes embarazadas:

- A: Primigestas menores de 15 años o mayores de 35 años,
- B: Historia de Mortinatos,
- C: Hemorragia del alumbramiento o puerperio en el último parto,
- D: Pre-eclampsia, Toxemia o Convulsiones,
- E: Disociación de + de 5 centímetros entre la altura uterina y la edad gestacional por última regla,
- F: Presentaciones anómalas (excluyendo la cefálica),
- G: Historia de Incompatibilidad,
- H: Cesárea, Miomectomía o cirugía cérvico vaginal previas,
- I: Diabetes Descompensada,
- J: Hipertensión arterial persistente,

- K: Epilepsia,
- L: Cardiopatía invalidante,
- M: Cáncer cervical.

INSTRUMENTO:

Hora Médico

*Esta hora Médico se incluye en el 4to. control prenatal.

NOTA: Todas las actividades serán registradas en la ficha materna.

ACTIVIDAD NUMERO CINCO (5)

"ATENCION DEL PARTO"

OBJETIVO:

Determinar, según parámetros ya expuestos, el sitio que brinde mejor atención del parto, con garantía para la madre y el niño.

COBERTURA:

El 100 % de mujeres que lleguen al cuarto control prenatal (habiendo restado los abortos esperados)

SITIO DE ATENCION:

A: PARTOS A DOMICILIO:

Serán atendidos por la Comadrona.

NORMAS:

1. Previo deberá realizarse programa de adiestramiento - de Comadronas,
2. La Comadrona en el acto de atención del parto realizará las siguientes acciones en salud:

A: Explicará a la madre el por qué de los procedimientos a efectuar y su significado,

B: Prepara de acuerdo a las instrucciones dadas en el programa de adiestramiento de Comadronas, el sitio de atención del parto,

C: Atiende el parto, cuidados higiénicos personales - previos,

D: Atiende al RN y realiza el cuidado de los ojos y el ombligo (con Argyrol),

E: Explica a la madre los cuidados del recién nacido y los suyos propios,

F: Notifica en las siguientes 24 horas los pormenores del parto al Centro de Salud, que deberán ser anotados por la enfermera en la ficha materna,

G: Revisa las condiciones físicas de la madre y del niño,

H: Opcional realizar más visitas,

I: Informa de los pormenores del niño a la Promotora para que registre los datos en la ficha infantil, para que este niño sea inscrito en el programa infantil.

fil.

INSTRUMENTO:

Hora Comadrona

CONCENTRACION DE ACTIVIDADES:

Atención de 1 parto por embarazo que llegue a término.

RENDIMIENTO DEL INSTRUMENTO:

Promedio de 2 horas por parto.

NUMERO DE ACTIVIDADES:

133 partos al año

NUMERO DEL INSTRUMENTO:

266 horas comadrona al año

(*Existen tres comadronas)

Distribuido los partos idealmente en partes iguales entre las tres comadronas)

*Teóricamente para este cálculo se tomó como si todos los partos fueran normales y atendidos en domicilio.

1era. Comadrona: 89 horas al año

2da. Comadrona: 89 horas al año

3era. Comadrona: 89 horas al año.

B: PARTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL:

*Se llevará a cabo según normas intrahospitalarias, poniendo atención especial en:

1. Se anota procedencia de la madre (se remite con copia de la ficha materna),
2. Atención del Parto según tipo (Cesárea, fórceps, etc.),
3. Inscribir tipo de parto y procedimientos y tratamientos efectuados,
4. Tiempo de estancia de la madre y complicaciones intrahospitalarias,
5. El niño debe ser registrado en sala de RN y luego serán usados estos datos inscribiéndolos en la ficha de control infantil,
6. Revisión de la madre y el niño previo a su egreso.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION:

Estos datos deben ser requeridos y registrados por el Médico del Centro de Salud, en la ficha materna y servirán al efectuar la visita pos-parto:

Resultado final del parto, sexo, peso y talla del RN, morbilidad durante el parto y post-parto inmediato, condición de egreso.

ACTIVIDAD NUMERO SEIS (6)

"ATENCION O CONTROL POST-PARTO"

A los 28 días post-parto 4 semanas en el Centro de Sa

lud, en circunstancias especiales el Médico evaluará visita domiciliaria.

POBLACION OBJETIVO:

Todas las mujeres en post-parto, ya sea este atendido en el domicilio o en el hospital.

OBJETIVO:

Investigar condiciones de la madre y el recién nacido hasta el momento,

Orientar a la madre los signos y síntomas de alarma que puedan aparecer,

Orientar a la madre y la familia sobre los servicios que a la generalidad presta el Centro,

Inscribir al niño en el programa de control infantil,

Recalcar los aspectos del parto atendido en hospital.

COBERTURA:

El 100 % de las madres inscritas en el programa materno que han tenido su parto.

Total 133 partos

NORMAS:

1. Se hará control post-natal a todas las pacientes que han tenido su parto; en el Centro de Salud o en su hogar según criterio, por el médico, con las siguientes acciones:

- A: Interrogatorio a la madre,
- B: Examen físico de la madre y primero del niño,
- C: Educación sobre alimentación del niño y de más cuidados, y la importancia del control del niño en el programa infantil,
- D: Resaltar la importancia de acudir precozmente al centro en casos de morbilidad,
- E: Registrar todos los datos en la ficha clínica de ambos.

CONCENTRACION DE ACTIVIDADES:

1 consulta post-natal por madre

NUMERO DE ACTIVIDADES:

133 controles al año

INSTRUMENTO:

Hora Médico

RENDIMIENTO DEL INSTRUMENTO:

6 consultas por hora

NUMERO DEL INSTRUMENTO:

22 horas Médico al año

DIAGRAMAS DEL PROGRAMA MATERNO

DIAGRAMA DE CADA ACTIVIDAD

* SIGNOS EMPLEADOS:

P = Población. A = Actividad. CA = Concentración - de Actividades. NA = Número de Actividades. I = Instru - mento. RI = Rendimiento del Instrumento. NI = Número - del Instrumento.

ACTIVIDAD No. 1

P - 148 Embarazos (40 % población total de embarazadas)
 A - Detección Precoz del Embarazo
 CA: 4 visitas por embarazada al año
 NA: 592 visitas al año
 I - Día Promotor de Salud Rural
 RI - 1 visita por Promotor al día
 NI - 592 días Promotor al año

*Existen 2 Promotoras:

1er. Promotor: 296 días al año
 2do. Promotor: 296 días al año.

ACTIVIDAD No. 2

P - 148 embarazadas (40 %)
 A - Comprobación del Embarazo y 1er. Control Prenatal por Médico

CA - 2 controles prenatales
NA - 296 controles al año
I - Hora Médico
RI - 6 consultas por hora
NI - 50 horas médico al año.

ACTIVIDAD No. 2

P - 148 embarazadas
A - Controles pre-natales por enfermera (2do, y 3er. Control)
NA - 296 controles al año
CA - 2 controles prenatales por embarazo
I - Auxiliar de Enfermería
RI - 6 consultas por hora
NI - 50 horas enfermera al año.

ACTIVIDAD No. 5

P - 133 partos probables
A - Atención del Parto
CA - Atención de los partos
NA - 133 partos al año
I - Comadrona hora
RI - 2 horas comadrona por parto
NI - 266 horas comadrona al año

Así:

1era. Comadrona: 89 horas al año
2da. Comadrona: 89 horas al año

3era. Comadrona: 89 horas al año.

ACTIVIDAD No. 6

P - 133 partos efectuados
A - Control Post-natal
CA - 1 control post-natal por madre
NA - 133 controles al año
I - Médico: Hora médico
RI - 6 consultas por hora
NI - 22 horas Médico al año.

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

DIAGRAMA GENERAL

P - 148 embarazos
133 partos
A - 1. Detección precoz del embarazo
2. Comprobación del embarazo
3. Controles pre-natales
4. Atención del Parto
5. Control post-natal.
CA - 1. 1 visita cada 3 meses por PSR
2. 4 controles pre-natales
3. Atención del parto
4. 1 control post-natal.
NA - 592 visitas al año
592 controles pre-natales
133 partos
133 controles post-natales.
I - Hora Médico
Hora Auxiliar de Enfermería

Día Promotor de Salud Rural
Hora Comadrona.

- RI - 1 visita por día PSR
6 consultas por hora MD
6 consultas por hora Enfermera
2 horas por parto Comadrona.
- NI - 592 días promotor al año
73 horas médico al año
50 horas enfermera al año
266 horas comadrona al año.

FORMAS ESTADISTICAS:

Ficha de Control Materno.

PROGRAMA DE ATENCION INFANTIL

Sub-Programa Infantil

DEFINICION:

Entendemos por grupo infantil a la población de los niños comprendidos entre 0 y 14 años de edad, dando importancia prioritaria a la etapa de mayor riesgo de enfermar y morir por sus mismas características de gran dependencia y de crecimiento y desarrollo, la edad de 0 a 5 años.

MAGNITUD DEL DAÑO:

- 1.- El grupo infantil por sus características de crecimiento

- y desarrollo y por su mayor dependencia se ve afectado más seriamente por la morbilidad,
- 2.- La Tasa de Mortalidad en menores de 1 año es elevada, de 137 para esta población, con una tasa de mortalidad neo-natal de 79.8,
- 3.- La Tasa de Mortalidad tiende a mantenerse elevada, - siendo en parte equilibrada por la alta natalidad,
- 4.- En 1974 de todas las muertes ocurridas el 45 % pertenece a niños de 0 a 4 años de edad; siendo el porcentaje en relación al total del 57 % en niños de 0 a 14 años de edad,
- 5.- Del total de nacimientos en 1974 el 81 % fueron atendidos por comadronas empíricas y otro 10 % no tuvo ninguna clase de atención,
- 6.- La mayoría de muertes se debieron en gran porcentaje a infección intestinal (30 %), parasitismo (15 %) e infección sin especificar (15 %),
- 7.- Una nutrición deficiente es factor común en todos los niños, presentando un 80 % de los niños de 0 a 4 años de edad algún grado de desnutrición (I, II ó III),
- 8.- La población infantil de 0 a 14 años representa el 48 % de la población total,
- 9.- La población de menores de 5 años representa el 21 % de la población total.

TRASCENDENCIA SOCIAL:

Es evidente que la magnitud del daño en este grupo - causa gran impacto en el crecimiento de la población, si bien esta se equilibra con la elevada natalidad, al ser perjudicado este grupo se impacta negativamente las bases de esta comunidad dando una población enferma que menos ca- ba los ya escasos recursos familiares, produciendo lógica-

mente un crecimiento lento de la población.

COMPONENTES TECNICOS:

- 1.- Control de crecimiento, desarrollo y nutrición.
- 2.- Atención de la morbilidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Lograr una cobertura general del 40 % del total de niños de 0 a 14 años dando más importancia al grupo de 0 a 5 años,
- 2.- Disminuir la morbimortalidad infantil de manera significativa,
- 3.- Dar atención adecuada y precoz a las desviaciones del crecimiento y desarrollo normales, definiendo el nivel de atención requerido en cada caso,
- 4.- Detectar tempranamente niños con alguna patología para prestar la atención según el caso,
- 5.- Llevar control gráfico de los niños para ser utilizado posteriormente, definiendo la morbilidad más frecuente.

ACTIVIDADES:

- 1.- Control de Niños Menores de 1 años,
- 2.- Control de Niños de 1 a 2 años,
- 3.- Control del Niño de 2 a 5 años,
- 4.- Atención de consulta a los Niños de 0 a 14 años,
- 5.- Atención de la morbilidad que se presente espontáneamente.

UNIVERSO DE POBLACION:

Todos los niños de 0 a 14 años, divididos por grupos etarios, dando prioridad al grupo de 0 a 5 años de edad.

NORMAS:

- 1.- Según aumente la edad se disminuirá el número de controles al año,
- 2.- Todos los controles serán efectuados por el Médico del Centro de Salud,
- 3.- Los niños serán detectados por las Promotoras de Salud Rural en sus domicilios,
- 4.- Se llevará registro de cada paciente, ya sea por consultas programadas o espontáneas,
- 5.- Se incluirá en el programa a todo niños que consulte por cualquier patología.

INSTRUMENTOS:

- 1.- Médico EPS
- 2.- Auxiliar de Enfermería
- 3.- Promotoras de Salud Rural

RENDIMIENTO DEL INSTRUMENTO:

- 1.- 6 consultas por hora Médico
- 2.- 6 consultas por hora Auxiliar de Enfermería
- 3.- 1 entrevista por día Promotor

ACTIVIDAD NUMERO UNO (1)

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

POBLACION UNIVERSO:

Total Niños de 0 a 14 años: 3596, 48 % de la pobla -
ción total
Total Niños de 0 a 5 años: 1523, 21 % de la pobla -
ción total

NIÑOS DE 0 a 5 AÑOS, así:

Total:	1523	100 %
0 a 1 año:	329	22 %
1 a 2 años:	309	20 %
2 a 3 años:	256	17 %
3 a 4 años:	318	20 %
4 a 5 años:	321	21 %

NIÑOS DE 6 a 14 AÑOS:

Total:	2063	57 % de la población infan - til
--------	------	-------------------------------------

COBERTURA:

Niños de 0 a 1 año	329	100%
Cobertura	131	40%

INSTRUMENTO:

Entrevista Promotor de Salud Rural

Hora Médico.

RENDIMIENTO DEL INSTRUMENTO:

1. Cada Promotor hará una visita al día (2 Promotores = 2
visitas al día)
2. 6 consultas por hora Médico.

CONCENTRACION DE ACTIVIDADES:

Una entrevista por niño menor de 1 año
4 consultas por niño al año por médico.

NUMERO DE ACTIVIDADES:

131 entrevistas al año
655 consultas al año.

NUMERO DEL INSTRUMENTO:

65 entrevistas por Promotor 1ero. al año
65 entrevistas por Promotor 2do. al año
109 horas Médico al año.

- A: En la visita a la madre la PSR explica el objeto -
de su presencia, la importancia de dicha entrevista
y llena la siguiente encuesta:

Nombre del niño: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Sexo: _____
Tipo de parto: _____ Datos de: peso: _____ y talla: _____
al nac.
Inmunizaciones recibidas: _____

B: Estos niños (0 - 1 años) tendrán en total 5 consultas al año, durante los meses: 0, 3, 6, 9 y 12 - respectivamente,

C: Luego de la entrevista se fija la fecha de la consulta al Centro de Salud con el médico, quien realiza las siguientes acciones, completando la ficha infantil:

Tipo de Alimentación: _____ Destete y causa: _____
Intervalo en meses con el hijo anterior: _____
Peso: _____ Talla: _____ Interrogación sobre patología reciente y tratamiento: _____

D: Educa a la madre sobre la importancia de alimentación

E: Revisa las inmunizaciones

F: Si el niño presenta algún grado de desnutrición tomará el siguiente criterio general:

1. DPC grado I: estudio de la dieta y educación materna,
2. DPC grado II: que consulta por primera vez o en estado estático: estudio de la dieta, educación materna y evaluar consultas más frecuentes,
3. DPC grado III o con patología coexistente: remitir al centro hospitalario para su estudio y tratamiento.

*El mismo registro es utilizado en cada paciente para control de crecimiento, desarrollo, nutrición y morbilidad.

ACTIVIDAD NUMERO DOS (2)

"CONTROL DEL CRECIMIENTO, DESARROLLO Y NUTRICION DEL NIÑO DE 1 A 2 AÑOS"

UNIVERSO DE POBLACION:

Todos los niños entre 1 y 2 años de edad detectados - por el promotor en la visita.

COBERTURA:

40 % del total de niños de 1 a 2 años de edad.

Total de Niños de 1 a 2 años:	309	100 %
Cobertura:	157	40 %

NORMAS:

- 1.- En la visita realizada por el promotor son registrados niños de 0 a 2 años de edad en la ficha infantil,
- 2.- Estos niños serán examinados por el Médico EPS 4 veces al año durante los meses 13, 16, 19 y 22 respectivamente,
- 3.- Se registran de nuevo datos del paciente como peso, talla, que nos sirven para controlar su evolución y resumen del examen físico,
- 4.- Revisa el récord de inmunizaciones,
- 5.- Educa a la madre a consultar al Centro al aparecer algunos signos o síntomas de alarma,
- 6.- Si el niño tiene algún grado de desnutrición se toman las siguientes acciones en la primera visita:
DPC grado I ó II: estudio de la dieta, educación a la

madre sobre la utilización de los alimentos, DPC grado III: se ordena controles más frecuentes, educación sobre sintomatología de riesgo y se ordena alimentación suplementaria,

7.- Si el niño mejora su estado nutricional seguirá las consultas siguientes. Si el estado nutricional espera en consultas subsecuentes:

A: El Médico reexamina buscando causa morbosa que explique el cambio,

B: Se remite a Centro Hospitalario para su tratamiento.

INSTRUMENTO:

Hora Médico

RENDIMIENTO DEL INSTRUMENTO:

6 consultas por hora

CONCENTRACION DE ACTIVIDADES:

4 consultas por niño al año

NUMERO DEL INSTRUMENTO:

105 horas médico al año

NUMERO DE ACTIVIDADES:

628 consultas al año

ACTIVIDAD NUMERO TRES (3)

"CONTROL DE CRECIMIENTO, DESARROLLO Y NUTRICION DE NIÑOS DE 2 a 5 AÑOS"

POBLACION UNIVERSO:

Todos los niños entre 2 y 5 años de edad.

COBERTURA:

40 % del total de niños de 2 a 5 años de edad.

Total niños	895	100 %
Cobertura	356	40 %

DISTRIBUCION POR AÑO DE EDAD:

Grupo de Edad	No. de niños	% de la población
2 a 3 años	256	100
	103	40
3 a 4 años	318	100
	127	40
4 a 5 años	321	100
	126	40

NORMAS:

1.- Se detectarán los niños en esta edad por visita efectuada por la Promotora, quien llenará la siguiente encuesta:

Edad del Niño: _____ Nombre: _____
Nombre de la madre: _____ Dirección: _____

- 2.- Durante esta visita se hará conciente a la madre la importancia de los controles del niño en el Centro de Salud,
- 3.- Se hará posteriormente el control de los niños en el Centro de Salud por el Médico de la siguiente manera:

Niños de 2 á 3 años: 3 consultas al año; durante los meses: 25, 30 y 35.

Niños de 3 á 4 años: 3 consultas al año; durante los meses: 38, 41 y 44.

Niños de 4 á 5 años: 2 consultas al año; durante los meses: 48 y 60.

- 4.- En cada consulta el médico llevará el registro del paciente, con las anotaciones pertinentes en la ficha infantil,
- 5.- En cada consulta el Médico determina:

Niños con DPC grado I: Educación nutricional a la madre,

Niños con DPC grado II:

1. Diagnosticados por primera vez o
2. Estáticos o empeorando: Se dará educación a la madre y se evalúan consultas más frecuentes.

Niños con DPC grado III: serán referidos al Hospital.

- 6.- Todo niño que ingrese al hospital a su egreso del mismo deberá tener una tarjeta con los siguientes datos que se transcribirán a su ficha de crecimiento y desarrollo:

Datos Generales: _____ Tiempo de estancia: _____

Diagnósticos de egreso: _____ Tratamiento recibido: _____
Complicaciones intrahospitalarias: _____
Exámenes efectuados y resultados: _____
Condición de egreso: _____ Recomendaciones: _____

- 7.- Este registro servirá para efectuar en años futuros programas escolares.

CONCENTRACION DE ACTIVIDADES:

Niños de 2 á 3 años	3 consultas al año
Niños de 3 á 4 años	3 consultas al año
Niños de 4 á 5 años	2 consultas al año
Niños de 2 á 5 años	8 consultas al año TOTAL

NUMERO DE ACTIVIDADES:

Niños de 2 á 3 años	309 consultas al año
Niños de 3 á 4 años	375 consultas al año
Niños de 4 á 5 años	256 consultas al año
Niños de 2 á 5 años	936 consultas al año

INSTRUMENTO:

Día Promotor de Salud Rural
Hora Médico.

RENDIMIENTO DEL INSTRUMENTO:

1 visita por Promotor al Día
6 consultas por hora médico.

NUMERO DEL INSTRUMENTO:

PSR 1ero. 194 visitas al año
PSR 2do. 194 visitas al año
156 horas Médico al año

ACTIVIDAD NUMERO CUATRO (4)

"ATENCION DE LA MORBILIDAD EN NIÑOS DE 0
A 14 AÑOS DE EDAD".

UNIVERSO DE POBLACION:

Todos los niños entre 0 y 14 años de edad que viven
en este Municipio y que consultan espontáneamente a este
Centro.

Total: 3596 niños 48 % de la población total.

COBERTURA:

40 % 1438 niños (Teóricamente)

NORMAS:

1. Antes de iniciado este programa, ya se habrá hecho du-
rante las diferentes visitas por la PSR, una campaña
educacional a las madres sobre la importancia de con-
sultar precozmente al centro por morbilidad,
2. A todas las madres del programa materno se les educa-
rá de igual manera por el médico y la enfermera al
acudir a sus controles,

3. Deberá regularse la venta libre de medicinas en la far-
macia Municipal, despachándose cierto tipo de medi-
cina con receta del médico del Centro de Salud,
4. Deberá trabajarse de común acuerdo con el Centro de
Salud particular a fin de tener un control de los pa-
cientes,
5. Deberá educarse al personal natural de salud para que
refieran a pacientes con problemas serios,
6. Durante el control del niño que consulte espontánea-
mente al centro de salud el médico realizará las si-
guientes acciones:

- A: Interroga a la madre y ó al niño,
- B: Registra los datos de historia, examen y diagnósti-
co en la fecha clínica del niño,
- C: Según el caso se establecen nuevas citas,
- D: Siempre dar indicaciones a la madre sobre el pro-
blema y tratar de educarla,
- E: El Médico de acuerdo a todos los datos determina
la conducta a seguir:

1. Tratamiento y seguimiento en este centro,
2. Remitirlo a Centro Hospitalario.

7. Se hará un control anual por niño,
8. Luego de la consulta se inscribe al niño en la hoja de
consulta por morbilidad,
9. Remite al niño a enfermería para su tratamiento o post
consulta.

INSTRUMENTO:

Hora Médico

Hora Auxiliar de Enfermería

RENDIMIENTO DEL INSTRUMENTO:

6 consultas por hora médico
6 consultas por hora enfermería

CONCENTRACION DE ACTIVIDADES:

1 consulta al año por niño

NUMERO DE ACTIVIDADES:

1438 consultas al año

NUMERO DEL INSTRUMENTO:

240 horas médico al año
240 horas enfermería al año.

DIAGRAMAS DEL SUB-PROGRAMA INFANTIL:

ACTIVIDAD No. 1

P - 131 niños (40 %)
A - Control de Crecimiento, Desarrollo y Nutrición (0 a 1 año)
CA - 1 entrevista al año
5 consultas al año

NA - 131 entrevista al año
655 consultas al año

I - Día Promotor
Hora Médico

RI - 1 visita al día por promotor
6 consultas por hora médico

NI - 130 días Promotor al año
109 horas médico al año

ACTIVIDAD No. 2

P - 157 niños (40 %)
A - Control de crecimiento, desarrollo y nutrición del niño de 1 a 2 años
CA - 4 consultas por niño al año
NA - 628 consultas al año
I - Hora Médico
RI - 6 consultas por hora
NI - 105 horas Médico al año.

ACTIVIDAD No. 3

P - 358 niños (40 %)
A - Control de Crecimiento, Desarrollo y Nutrición en niños de 2 a 5 años
CA - 1 entrevista al año
Niños de 2 a 3 años 3 consultas
Niños de 3 a 4 años 3 consultas
Niños de 4 a 5 años 2 consultas
NA - 936 consultas al año
358 entrevistas al año

- I - Hora Médico
Día Promotor
- RI - 1 entrevista al día PSR
6 consultas por hora médico
- NI - 358 días promotor
156 horas médico al año

ACTIVIDAD No. 4

- P - 1438 niños (40 %)
- A - Atención de la Morbilidad niños de 0 a 14 años
- CA - 1 consulta al año
1 post-consulta al año
- NA - 1438 consultas al año
1438 post-consultas al año
- I - Hora médico
Hora Enfermería
- RI - 6 consultas por hora médico
6 post-consultas por hora enfermería
- NI - 240 horas médico al año
240 horas enfermería al año

DIAGRAMA GENERAL DEL SUB-PROGRAMA INFANTIL

- P - 1438 niños
- A - Control Crecimiento, Desarrollo y Nutrición niños
de 0 - 1 años
Control Crecimiento, Desarrollo y Nutrición niños
de 1 - 2 años

Control Crecimiento, Desarrollo y Nutrición niños
de 2 a 5 años

Atención de la morbilidad a niños de 0 a 14 años.

- CA - Niños 0 - 1 año: 1 entrevista al año
5 consultas al año
- Niños de 1 a 2 años: 4 consultas al año
1 entrevista al año
- Niños de 2 a 5 años: 1 entrevista al año
8 consultas al año
- Niños de 0 - 14 años: 1 consulta al año
1 post-consulta al año.

- NA - 518 entrevistas al año
2657 consultas al año
1438 post-consultas al año
- I - Hora Médico
Hora Enfermería
Día Promotor
- RI - 1 entrevista por día por Promotor
6 consultas por hora médico
6 post-consultas por hora enfermería
- NI - 518 Días Promotor al año
618 Horas Médico al año
240 Horas Enfermería al año

RESUMEN DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL Y COSTO APROXIMADO AL AÑO EN PERSONAL

NUMERO DEL INSTRUMENTO: PROGRAMA MATERNO
INFANTIL:

	COSTO
685 Horas Médico al año	Q. 678.15
290 Horas Enfermera al año	223.30
666 Días Promotor al año	- - -
592 Horas Comadrona al año	- - -
TOTAL:	Q. 901.45

PROGRAMA DE CONTROL EPIDEMIOLOGICO

FUNDAMENTO:

Dada la situación actual del Municipio, post terremoto de Febrero de 1976, se hace necesario efectuar de manera-sistematizada por los personeros de salud del área un programa de control de epidemias; ya que los problemas ocasionados por el sismo sumado al bajo nivel de salud existente hace que esta población está en riesgo de presentar brotes epidémicos de diferentes entidades patológicas.

OBJETIVOS:

1. Proteger a la población en riesgo contra el brote de posibles epidemias que los pongan en peligro mayor de enfermar y morir.
2. Detectar tempranamente focos de infección.
3. Tomar las medidas necesarias al iniciarse un brote a fin de evitar mayor daño.
4. Entrenar personal natural de salud en programas de atención global a la comunidad.
5. Servir como consulta a próximos programas de salud en la población.

DEFINICION:

Se entiende por control epidemiológico todas aquellas actividades que de una manera organizada se llevan a cabo a fin de detectar tempranamente brotes de enfermedades tales como: F/T, INFLUENZA, etc., que ponen a la población en riesgo mayor de enfermar y morir, y controlarlas con las medidas que se consideren pertinentes según el caso.

COMPONENTES TECNICOS:

- A. Detección de pacientes por los Promotores de Salud Rural.
- B. Control en el Centro de Salud por el Médico.
- C. Control en el Centro de Salud por la Enfermera.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Lograr una cobertura del 100 % de los pacientes detectados por el Promotor.
2. Disminuir la morbilidad y mortalidad en los pacientes detectados mediante controles periódicos de los pacientes enfermos.
3. Proteger al grupo familiar de los pacientes detectados.
4. Prestar atención especial a: Fiebre Tifoidea, Shigella

sis, Salmonelosis, y enfermedades Respiratorias tipo Influenza.

5. Remitir tempranamente casos de solución hospitalaria.

ACTIVIDADES:

1. Detección de Síntomas por el Promotor.
2. Control de Signos, y Diagnóstico por el Médico.
3. Seguimiento y post-consulta del paciente por Enfermera.

INSTRUMENTOS:

1. Médico EPS.
2. Auxiliar de Enfermería.
3. Promotores en Salud Rural.

RENDIMIENTO DE LOS INSTRUMENTOS:

1. Una hora Médico: 6 consultas.
2. Una hora Enfermera: 6 consultas.
3. Un día Promotor: 2 familias entrevistadas.

ACTIVIDAD No. 1

"Detección de Casos y Referencia al Centro de Salud"

INSTRUMENTO:

Promotor de Salud Rural: Se medirá como día Promotor.

RENDIMIENTO DEL INSTRUMENTO:

2 entrevistas al día. (Actualmente se cuenta con 3 Promotoras activas).

CONCENTRACION DE ACTIVIDADES:

El promotor hará una entrevista cada 4 días en familias en las cuales algún miembro presente la sintomatología buscada.

NORMAS:

1. El Promotor llevará una hoja de control en la que anotará personas con los siguientes síntomas:

- Diarrea con sangre y moco.
- Diarrea de más de 5 deposiciones diarias.
- Fiebre de más de 38 grados centígrados.
- Tos constante.
- Fatiga.
- Dolor abdominal.

2. El Promotor debe referir los pacientes al Centro de Sa-

lud según las siguientes normas:

- Diarrea con moco y sangre.
- Diarrea de + de 5 deposiciones diarias, sin importar las características de la misma.
- Fiebre de + de 38 grados C. ya sea que persista - por más de tres días o que se encuentre asociada a otros síntomas.
- Tos constante, fiebre de aparecimiento brusco, malestar general, dolor muscular, postración y/o fatiga de moderados esfuerzos.
- Dolor abdominal, asociado con fiebre, aún sin asociación con diarrea.

MODELO DE ENCUESTA O ENTREVISTA:

Registro de Pacientes por Síntomas y Edades

Cantón: _____ Fecha: _____

Nombre	Edad	Síntoma	No. de síntomas
			-1a, 1-4a, 5-14a, 15-44a, 45 6 + a.
Ej: Juan Cú	16 años	5	1. Diarrea con sangre y moco.
			2. Diarrea + 5 día
			3. Fiebre + 38 °C
			4. Tos constante
			5. Dolor abdominal

3. El Promotor remitirá estos pacientes al Centro de Salud para su control y diagnóstico por el Médico.

ACTIVIDAD No. 2

"CONTROL Y DIAGNOSTICO POR EL MD EPS"

UNIVERSO DE POBLACION:

100 % de pacientes detectados por el promotor.

NORMAS:

1. Serán seleccionados los pacientes detectados por el promotor.
2. La encuesta tomada por el promotor servirá de base para clasificar a los pacientes y efectuar el seguimiento de las familias.
3. A todo paciente se le realizará interrogatorio y examen físico completo.
4. De acuerdo a los hallazgos el médico decidirá la frecuencia de las visitas a las familias.
5. De acuerdo al diagnóstico y el caso se referirá a todos los pacientes que ameriten internarse al Hospital de Antigua.
6. De considerarlo necesario el MD puede ordenar examen de laboratorio y se efectuará en el laboratorio del Hospital.

7. Se llevará hoja de control de los pacientes de la siguiente manera:

HOJA DE REGISTRO:

Pacientes por Diagnósticos y Edades.

Cantón: _____ Fecha: _____

Nombre	Edad.	Diagnóstico
		-1a, 1-4a, 5-14a, 15-45a, 45 ó +a. 1,2,3,4,5,6, 7,8,9,10,11.
Ej: Pedro Mixtún	3a.	3

Diagnósticos: 1. Disenteria; 2. Enteritis; 3. Neumonía;
4. Fiebre Tifoidea; 5. Sarampión; 6. Hepatitis;
7. Meningitis; 8. Tos Ferina;
9. Polio; 10. Intoxicación alimentaria;
11. Rabia.

ACTIVIDAD No. 3

POST CONSULTA POR ENFERMERIA

UNIVERSO POBLACION:

100 % de pacientes seleccionados por el médico

INSTRUMENTO:

Hora Enfermería

RENDIMIENTO DEL INSTRUMENTO:

6 post-consultas por hora.

NORMAS:

1. Se llevará registro de los pacientes referidos por el médico.
2. Según tipo y gravedad de la enfermedad se dará cita.
3. La información debe referirse al promotor para planificar las próximas visitas familiares y su frecuencia.

COMENTARIO:

Según el número de pacientes detectados, y el riesgo que puedan presentar para el resto de la población se tomará otras medidas de acuerdo con las autoridades locales y departamentales: Alcalde, Inspector de Saneamiento, Centro de Salud de Antigua, Hospital, etc.

CONCLUSIONES

1. El Ejercicio Profesional Supervisado Rural con la estructura actual es de introducción reciente en la carrera de Médico y Cirujano.
2. El E.P.S. Rural es parte importante de el curriculum de la facultad de Ciencias Médicas tendiente a la formación de médicos con conocimientos y adaptados al medio ambiente nacional en general.
3. El nivel de salud del Municipio de Santa María de Je-sús es malo.
4. La Situación Económica es precaria, teniendo la mayoría de los habitantes un bajo ingreso.
5. La morbi-mortalidad en general es elevada, siendo más o menos equilibrada por la alta natalidad existente.
6. La oferta de Salud no ha sido un factor de cambio no-table, lo cual puede deberse que hasta la fecha no ha habido programas técnicamente elaborados.
7. La población que demanda a este centro lo hace únicamente por morbilidad.
8. Con la llegada a estos centros de médicos EPS se logra orientar mejor el trabajo en ventaja para la población.

9. La morbi-mortalidad está relacionada en la mayoría de casos con la desnutrición y enfermedades infecciosas, en esta zona, especialmente del árbol respiratorio.
10. La TB Pulmonar se observa más frecuentemente en adultos y adultos jóvenes y la Bronconeumonía en niños de 0 a 5 años de edad.
11. El porcentaje de la población que acude a este Centro de Salud en relación a la población total es bastante bajo.
12. La escasa demanda de atención médica puede deberse en este caso a la venta libre de medicinas y la costumbre de la automedicación, la existencia de un Centro de Salud Particular, al cobro de la consulta y a que existen varios personajes de salud naturales que también actúan como consultores.
13. Gran porcentaje de la población no está de acuerdo en algunos cambios en aspectos de salud, prefiriendo conservar su tradición.
14. Los programas de Saneamiento Ambiental aislados han sido poco eficaces en esta región.
15. Persisten en esta comunidad ciertas creencias y actitudes en cuanto a salud se refiere que perjudican el desarrollo de algunos programas de salud.
16. La mayoría de la población pertenece al grupo indígena.

17. Existe deficiencia de algunos recursos de salud en cantidad, como medicamentos y calidad, personal natural adiestrado.
18. Algunos recursos son mal distribuidos debido a la escasez de planificación.
19. Algunos recursos no han rendido satisfactoriamente según su potencial por múltiples causas, pero la mayoría de veces por la inexistencia de programas concretos.
20. El personal natural de salud no ha sido aprovechado en programas de mayor proyección a la comunidad.
21. Existen recursos físicos y humanos suficientes para atender una demanda de mayor porcentaje de la población si estos se organizan partiendo de la realidad objetiva para elaboración de planes y programas.
22. Gran porcentaje de la población lo constituye el grupo materno infantil.
23. La morbilidad y daños que sufre el grupo materno infantil son prevalentes y altamente notables.
24. El grupo infantil es el más perjudicado.
25. Estos daños son principalmente de carácter nutricional e infeccioso.
26. Se plantean en este trabajo dos programas de salud, dando prioridad al grupo materno infantil, que es el más perjudicado.

RECOMENDACIONES

1. Dar mayor orientación al estudiante, previo a su salida al área rural, sobre el significado del Ejercicio Profesional Supervisado y su importancia para mejorar el nivel general de salud.
2. Elevar el nivel de salud del municipio, mediante la organización de la integración de los diferentes recursos en salud existentes en el área.
3. Continuar la planificación de programas de salud con énfasis en grupos de mayor riesgo, en colaboración con autoridades y personeros en salud del Departamento.
4. Combatir la automedicación y el impacto que esto trae sobre la economía, por medio de campañas de orientación a la comunidad sobre los perjuicios de la misma.
5. Elevar la oferta en cantidad y calidad, tratando de romper el esquema ladino - indígena, que obstaculiza la comunicación.
6. Dar orientación general sobre los alimentos y su importancia, tratando de cambiar algunas creencias que estos sean mejor distribuidos y aprovechados, y no que se sume a los demás factores causales de la desnutrición.

7. Iniciar programas efectivos contra T.B. pulmonar, ya que esta continúa presentándose como causa de morbi-mortalidad en la población de adultos mayores, con mayor impacto.
8. Integrar al personal natural de salud en programas conjuntos, para evitar el alto índice de iatrogenia.
9. Investigar la naturaleza del rechazo que aún se da para la medicina oficial, por así decirlo.
10. Iniciar un programa de saneamiento ambiental en conjunto y no partes aisladas del programa.
11. Poner en práctica los programas de salud materno infantil para evitar mayores daños en este grupo.
12. Tomar en cuenta los registros de morbilidad de cada región, para seleccionar el tipo de medicamentos que deberá enviarse a cada lugar en cada envío.
13. Tratar que los promotores y otro personal sean empleados en programas de mayor proyección a la comunidad.
14. Efectuar el programa de control epidemiológico de manera eficaz, siendo grande el riesgo post terremoto que corre esta población lo cual se vendría a sumar a los riesgos altos ya existentes o determinantes.

BIBLIOGRAFIA

1. Diagnóstico de la Situación Materno Infantil; Trabajo de EPS Rural, 1er. Semestre de 1975; Dr. Mario Duarte.
2. Estudio Monográfico del Municipio de Santa María de Jesús; Instituto Privado de Comunicación Educativa; - IPCE; Antigua G.
3. Natalidad y Mortalidad 1974; Unidad de Planificación de la Salud; Ministerio de Salud Pública.
4. Lucha Integrada contra la T.B. 1974; Ministerio de Salud Pública.
5. Programas de Saneamiento Ambiental; Inspector; Dn - Israel Cárdenas.
6. Libro de Oro: Alcaldía Municipal.
7. Diccionario Geográfico Nacional; Tomo II.
8. Compendio de la Historia de la Ciudad de Guatemala; Tomo I; Domingo Juarros.
9. Recopilación de Leyes; Tomo I; Manues Pinedda y Montt.

10. Monografía de Sacatepéquez; Adrián Coronado.
11. Documentos para EPS; Fase III; Facultad de Ciencias Médicas.
12. Programa de Atención Médica; Sub Programa Materno Infantil; Cali; Julio-Agosto de 1972.

ANALISIS DE RECURSOS HUMANOS INSTITUCIONALES SEGUN TIEMPO CONTRATADO AL AÑO/COSTO HORA Y DISTRIBUCION EN ACTIVIDADES O PROGRAMAS.

INSTRUMENTO 1 - A

Nombre del Cargo y Funcionario.	Horas año contratadas	Salario Anual.	Costo Hora.	DISTRIBUCION DE TIEMPO EN ACTIVIDADES					
				Consulta.	Visita.	Vacunación.	Invest.	Hipod. y curación	Organización Comunal Administ.
Mario Duarte. E.P.S. 1* 1975									
Raúl Letona. E.P.S. 2* 1975	2000	Q.1980.00	Q.0.99	1200	-	195	288	-	317
Angélica Martínez: Auxiliar E.	2000	Q.1344.00	Q.0.77	664	188	339	42	864	88
Clara Mixtún: Promotora S.R.	1000			288	54	169	35	288	50
Elizabeth Méndez: Promotora S.R.	1000			288	54	169	35	288	50

Municipio de Santa María de Jesús

Otto Raúl Letona Simons E.P.S. Rural Agosto 1975
Enero 1976

Facultad de Ciencias Médicas.

ANALISIS DE RECURSOS FISICOS:

"EDIFICIOS Y EQUIPO MEDICO QUIRURGICO Y DE OFICINA"

RECURSO	No. U.	Precio unitario.	Tiempo servicio	Precio actual X deprec.	Regimen de Propiedad.	Grado de uso.	Déficit estimado.
EDIFICIO CENTRO.	1	Q.3673.34	3 años		M. Salud	Máximo	-
Esfignomanómetro	1	Q.8.00	0	Q.8.00	M. Salud	Mediano	-
Camilla ciprés	1	Q.5.00	17 años	Q.3.25	M. Salud	Máximo	2
Mesa grande ciprés	1	Q.5.00	17 años	Q.3.25	M. Salud	Máximo	3
Bancos de ciprés	2	Q.2.00	17 años	Q.1.70	M. Salud	Máximo	-
Botiquín ciprés	1	Q.5.00	17 años	Q.3.25	M. Salud	Máximo	1
Mesa pequeña ciprés	1	Q.4.00	17 años	Q.3.40	M. Salud	Máximo	-
Sillas de ciprés	4	Q.2.50	17 años	Q.2.13	M. Salud	Máximo	3
Riñón de peltre	1	Q.1.00	17 años	Q.0.10	M. Salud	Máximo	2
Riñón peltre peq.	1	Q.0.75	17 años	Q.0.07	M. Salud	Máximo	1
Cubeta de peltre	1	Q.3.80	17 años	Q.0.38	M. Salud	Máximo	2
Bandeja de peltre	1	Q.2.35	17 años	Q.0.23	M. Salud	Máximo	2
Escupideras aluminio	2	Q.1.50	17 años	Q.0.15	M. Salud	Máximo	-
Colchoneta pexemen.	1	Q.19.10	17 años	Q.1.91	M. Salud	Máximo	2
Estetoscopio obstétrico de madera	1	Q.1.90	14 años	Q.0.19	M. Salud	Mínimo	-
Maletín enfermera	1	Q.8.00	11 años	Q.0.80	M. Salud	Máximo	1
Est. obstet. metal	1	Q.4.15	8 años	Q.2.32	M. Salud	Mínimo	-
Gradita de madera	1	Q.2.00	0 años	Q.2.00	M. Salud	Máximo	1
Atril de metal	1	Q.12.00	0 años	Q.12.00	M. Salud	Mínimo	-
Pinza anillos	1	Q.1.80	0 años	Q.1.80	M. Salud	Máximo	1
Pinza Kelly recta	1	Q.2.50	0 años	Q.2.50	M. Salud	Mediano	-
Porta agujas	1	Q.3.25	0 años	Q.3.25	M. Salud	Mediano	-
Pinza disec. dientes	1	Q.1.35	0 años	Q.1.35	M. Salud	Mediano	-
Pinza disección	1	Q.1.30	0 años	Q.1.30	M. Salud	Mediano	-
Tijera recta	1	Q.1.75	0 años	Q.1.75	M. Salud	Máximo	2
Pinza mosco recta	1	Q.1.95	0 años	Q.1.95	M. Salud	Mediano	-
Pinza mosco curv	1	Q.1.95	0 años	Q.1.95	M. Salud	Mediano	-
Mango de bisturí	No Inventariado						
Estetoscopio simple	No Inventariado						

INSTRUMENTO 1 - C

ANALISIS DE MEDICINAS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

"MEDICAMENTOS"

Nombre Medicinas	CANTIDAD RECIBIDA EN CADA TRIMESTRE (U)				Costo unitario promedio	Existencia actual (U)
	1er.	2do.	3ero.	4to.		
A.S.A. adultos	1000	2000	1000	2000	Q.0.02	30
A.S.A. Niños	1000	2000	1000	2000	Q.0.02	200
Kaopectate	1	0	1	0	Q.6.25	$\frac{1}{2}$
Acabel	1	0	200	0	Q.0.4	10
Elixir ferruginoso	4	0	4	4	Q.2.00	2
Tetraciclina	200	0	0	100	Q.0.26	0
Diyodocloro	500	0	0	1000	Q.0.13	100
Yodocloro	500	0	500	500	Q.0.08	100
P. expectorante (g)	2	1	2	2	Q.4.00	$1\frac{1}{2}$
Tab. fenobarbital	500	0	250	50	Q.0.05	30
Maalox	10	16	10	20	Q.0.54	12
Extracto Hígado	20	0	20	30	Q.0.34	8
Meprobamato	1000	0	500	0	Q.0.01	20
Adeflor prenatal	500	0	500	100	Q.0.02	30
Hostacilina	100	0	100	50	Q.0.28	10
Cloranfenicol	0	50	0	100	Q.0.05	20
Sulfadiazina	100	50	1000	500	Q.0.09	100
Complejo B	30	0	30	20	Q.0.22	10
Tiamina	30	20	30	20	Q.0.20	10
Ampicilina	0	200	0	0	Q.0.13	0
Antigripales	0	500	0	500	Q.0.01	50
Fumarato ferroso	2	0	1	20	Q.3.00	2
Dextrolite	0	6	6	0	Q.0.15	8
Diazepan	0	100	0	100	Q.0.007	10
Neomelubrina amp.	0	40	20	20	Q.0.06	10
Fenobarbital elixir (gal.)	1	0	0	0	Q.20.00	0
Elixir paregórico	1	2	1	3	Q.0.75	2
Piperazina (galón)	2	1	2	2	Q.4.20	2
Vitamina B-12 (fco. 10cc)	20	10	0	20	Q.0.28	10
Histonex (cápsulas)	0	0	200	50	S.V.	
Tintura Belladona						
Fcos de 500 cc	2	2	2	2	Q.1.00	4
Terramicina ungüento	0	0	10	10	Q.0.32	4
Tintura de Drossera						
Fcos de 500 cc	2	1	2	1	Q.1.25	4
Efedrina nasal						
Fcos, gotero	25	10	25	10	Q.0.15	20
123 Sulfaguanidina						
Tabletas	100	50	100	50	Q.0.006	100

ANALISIS DE MEDICINAS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

"MATERIAL MEDICO QUIRURGICO"

Nombre de los Materiales	CANTIDAD RECIBIDA EN CADA TRIMESTRE (U)				Precio unitario 4to. inv.	Existencia actual.
	1er.	2do.	3ero	4to.		
Agua tridestilada (50cc)	20	20	20	10	Q.0.25	5
Alcohol (litros)	4	2	4	4	Q.0.89	1
Anestecín (fcos 50cc)	3	2	3	4	Q.0.50	4
Agua oxigenada (fcos 1 lb)	2	4	2	4	Q.0.19	4
Agujas No. 21 (docena)	2	4	2	4	Q.1.95	4
Agujas No. 23 (docena)	1	0	2	2	Q.0.80	2
Algodón (libras)	3	2	2	3	Q.0.95	2
Curitas (caja 100 u)	1	2	1	2	Q.0.70	1
Esparadrapo microporo	4	2	4	2	Q.0.67	1
Esparadrapo transpore	2	3	2	2	Q.0.67	-
Guantes hule (par)	5	2	5	2	Q.0.40	10
Hilo sutura (carrizo)	1	0	1	0	Q.0.68	1
Hilo sutura cat gut (sob.)	1	0	1	0	Q.0.76	1
Termómetros orales	4	2	4	2	Q.0.44	2
Termómetros rectales	4	2	4	2	Q.0.44	2
Jeringas (10 cc)	2	1	2	2	Q.1.10	4
Jeringas (5 cc)	2	3	2	4	Q.0.88	4
Agujas No. 22 (docena)	2	1	2	1	Q.0.80	2
Hisopos (caja de 100)	1	2	1	1	Q.3.95	2
Bajalenguas (caja 500)	2	2	1	1	Q.1.77	3
Jeringas (3 cc)	3	2	3	2	Q.1.00	4
Equipos de suero	0	0	2	6	Q.0.48	6
Fcos Hibitane (500 cc)	1	0	2	1	Q.3.18	1
Hibiscrub (fcos 500 cc)	1	0	1	1	Q.3.08	1
Mercurocromo (fcos 500 cc)	2	1	1	2	Q.0.94	4
Pinoleo (galón)	1	1	1	1	Q.2.25	-
Palos de trapeador	2	1	2	1	Q.0.90	2
Sábanas de mant. cruda	2	0	2	0	Q.2.05	4
Caja de insecticidas (una docena unidades)	0	1	0	0	S.V.	
Escobas	2	1	2	1	Q.0.29	1
Botes Ajax	2	1	0	0	Q.0.30	-

Otto Raúl Letona Simons
Sustentante

Dr. Humberto Aguilar Stackman
Asesor

Dr. Francisco Villagrán M.
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto
Decano