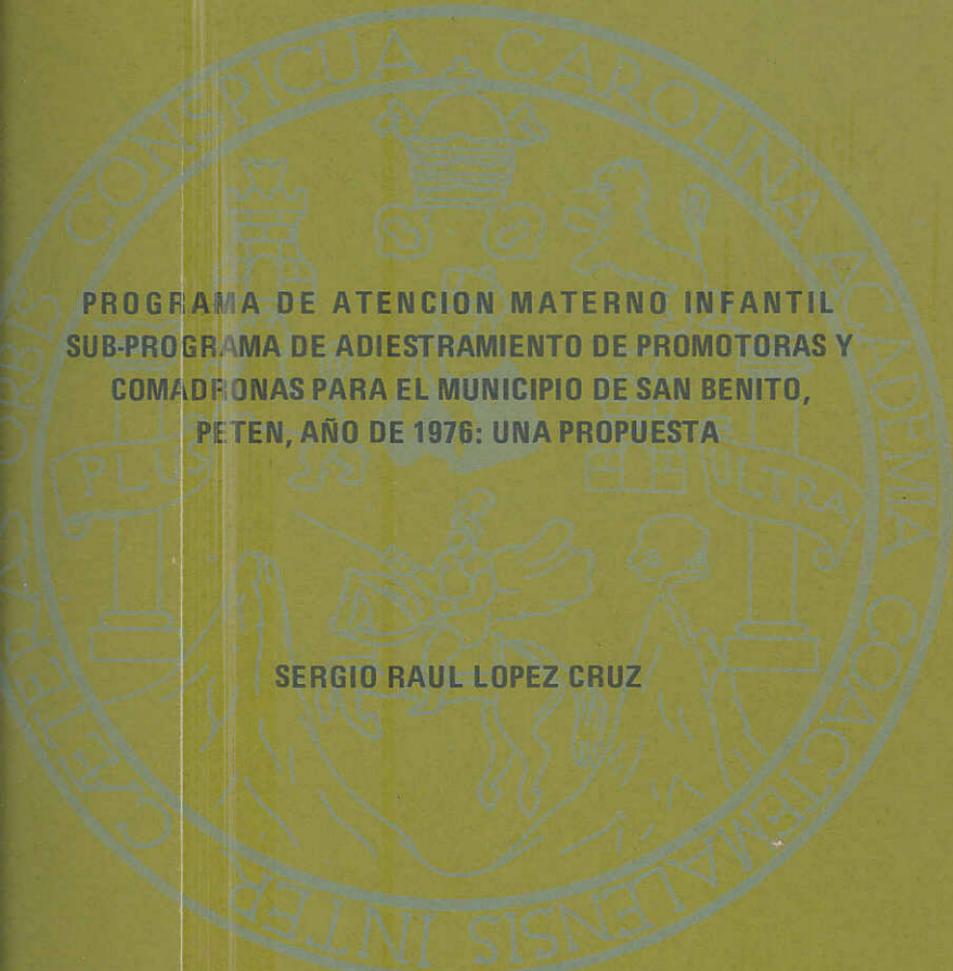


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL
SUB-PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO DE PROMOTORAS Y
COMADRONAS PARA EL MUNICIPIO DE SAN BENITO,
PETEN, AÑO DE 1976: UNA PROPUESTA**

SERGIO RAUL LOPEZ CRUZ

Guatemala, mayo de 1976

CONTENIDO

página

Cápítulo I

1.	INTRODUCCION	1
2.	HIPOTESIS	2
3.	OBJETIVOS	3
4.	MATERIAL Y METODOS	4
5.	ANALISIS DE LOS RECURSOS	5
6.	ALGO SOBRE EL MUNICIPIO DE SAN BENITO	8

Cápítulo II

1.	DIAGNOSTICO DE SALUD: DEFINICION DEL PROBLEMA MATERNO INFANTIL	11
1.1.	Población	11
1.2.	Riesgo de Enfermar y Morir del Grupo Materno Infantil para 1974	12
1.3.	Morbilidad	13
1.4.	Porcentajes DPC esperados	15
1.5.	Problemas Intra y Extrasectoriales que influyen en los Planes y Programas del Municipio	15
2.	OBJETIVOS GENERALES	16
3.	COBERTURA	17
4.	EL PROGRAMA	17
4.1	SUB-PROGRAMA MATERNO	
4.1.1.	Atención Prenatal	18
4.1.2.	Atención del Parto	29
4.1.3.	Atención del Puerperio	33
4.2.	SUB-PROGRAMA INFANTIL	35
4.2.1.	Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo	35

	página
4.2.1.1. Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo Propiamente Dicho	35
4.2.1.2. Inmunizaciones	39
4.2.2. Atención del Niño Enfermo	42
4.2.2.1. Atención del Niño Enfermo Excepto: DPC, Síndrome Diarréico y DHE.	42
4.2.2.2. Atención del niño con DPC.	44

Cápítulo III.

1. ORGANIZACION	49
1.1. El Sistema Actual de Prestación de Servicios.	49
1.2. Recursos	53

Cápítulo IV.

1. EVALUACION DEL PROGRAMA	61
1.1. Evaluación del Contenido	61
1.2. Evaluación del Proceso	61
1.3. Evaluación de la Estructura	61
1.4. Evaluación de la Comunidad	62
1.5. Evaluación Interna	62
1.6. Evaluación Externa	63

Cápítulo V.

1. SUB-PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO DE COMANDRONAS Y PROMOTORAS	77
1.1. Introducción	77
1.2. El Instrumento No. 2	78
1.3. Parte Primera:	
1.3.1. Respuestas a las preguntas del Instrumento No. 2. según el Punto de Vista Médico	79

	página
1.3.2. Número de Respuestas Correctas a Cada Pregunta	83
1.3.3. Lo Que Respondieron	85
1.4. Parte Segunda:	
1.4.1. Sub-Programa Adiestramiento	92
1.5. Parte Tercera:	
1.5.1. El Programa	96

Cápítulo VI.

1. CONCLUSIONES	103
-----------------------	-----

Cápítulo VII.

1. RECOMENDACIONES	107
--------------------------	-----

Cápítulo VIII.

1. BIBLIOGRAFIA	111
-----------------------	-----

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

Los problemas de salud de San Benito Petén son los problemas de Guatemala enferma. Los problemas de diarrea, D.H.E., parasitismo y desnutrición proteico calórica son tan comunes como en cualquier parte del país o de sus hospitales estatales.

Para el año de 1974 en el Hospital Regional, en San Benito, se proporcionaron un total de 8,626 consultas. De estas, 3,056 correspondieron a consultas prenatales y 1,177 a niños o niñas entre 0-4 años (incluyendo hospitalizaciones). El número de partos atendidos fue de 550(*). Esto nos lleva a meditar sobre la significación que dentro de la población general tiene el grupo materno infantil. En los estudios realizados por los EPS a partir del primer semestre de 1974 al primer semestre de 1975 notamos la alta mortalidad y morbilidad para este mismo grupo. Por otro lado se reconoce que el grupo materno infantil representa un importante segmento de población global. En América Latina significan 283 millones; un 21.30/o de mujeres en edad fértil y un 42o/o de niños menores de 15 años (8). Las acciones de salud preventiva y curativas deben dirigirse, pues, sin discusión al grupo materno infantil. A ello obedece la razón de elaborar este programa. En sus objetivos generales hemos proyectado:

- a) reducir el riesgo de enfermar y morir del grupo materno infantil,
- b) prestar servicio de salud preventivo-curativo al mismo grupo,
- c) aumentarle el desarrollo psicobiosocial, d) proporcionarles educación en salud, e) adiestrar personal para llevar a cabo en forma amplia el programa, f) desarrollar la investigación sobre las causas de mortalidad y morbilidad del grupo materno infantil.

(*) Datos obtenidos en el Departamento de Estadística del Hospital Regional, San Benito, Petén.

Estos objetivos, aparentemente inalcanzables, afortunadamente ambiciosos y obligatoriamente en defensa de los derechos de la población son un llamado de atención a las autoridades encargadas de velar por la salud del municipio, su población, a la cual deben la razón de justificarse como tales.

No se ha puesto en marcha ningún programa como este en beneficio de los pobladores de San Benito. Si se ha escrito me imagino que costará horas buscarlo en cualquier armario de esos que ciertas autoridades de nuestra cara patria acostumbran a tener para almacenarlos como "proyectos de salud".

Existen tres estudios sobre: a) Diagnóstico de Salud del Municipio de San Benito. b) Diagnóstico de Mortalidad del Municipio de San Benito. c) Diagnóstico de Morbimortalidad del Municipio de San Benito, los cuales han sido elaborados por los EPS que han estado en los semestres anteriores. Nada más.

Hemos hecho un análisis de los recursos humanos y materiales con que cuenta el Hospital Regional de San Benito, tratando de analizar cuántos de ellos son encausados para la atención del grupo materno infantil. No encontramos un programa a tal encause lo cual no nos sorprende, pues, como habíamos mencionado, no hay trabajo dirigido a mejorar la atención de este grupo.

Este es el primer paso para iniciar el camino. Hay que dar mucho más, obra que no se construye con vocablos... con palabras. Hay que expresarlo con la esencia de nuestra substancia gris (si la hay). Manos a la obra.

2. HIPOTESIS

1. El nivel de salud del municipio de San Benito, Petén puede mejorarse mediante la racionalización en el uso de los recursos disponibles para atender a los grupos en mayor riesgo de enfermar o morir.

2. En la actualidad el sistema de salud del municipio mencionado, es ineficaz ante los programas elaborados con dicho fin e ineficiente ante las demandas de sus habitantes.
3. Los personajes médico-naturales que hasta hoy han atendido el grueso de los problemas relacionados con la salud de la población rural, poseen conocimientos y habilidades aprovechables para la ejecución de programas de salud si se incorporan y actúan como complemento de los servicios de salud a ese nivel.

3. OBJETIVOS

1. Proporcionar un modelo útil de programa Materno Infantil para el municipio de San Benito Petén, que abarque una cobertura del 80o/o y en el cual participe activa y organizadamente la población, en la evaluación, crítica y concientización de los problemas de salud que les atañen.
2. Establecer y mantener actualizados los datos que se refieren a los daños causados por el desajuste del trinomio agente-huésped-ambiente con respecto al grupo Materno Infantil.
3. Proporcionar una atención médica adecuada, racionalizando e integrando en forma justa los recursos disponibles y creando los necesarios para proporcionar un nivel útil al grupo Materno Infantil.
4. Presentar un modelo de programa para el adiestramiento de promotoras y comadronas, acorde con los objetivos de atención al grupo Materno Infantil.

4. MATERIAL Y METODOS

A. Material:

- A. 1 Se utilizaron los instrumentos 1 y 2 proporcionados por la Fase III de la facultad de CCMM, los cuales se refieren a: 1) Instrumento 1-A: Análisis de los recursos humanos institucionales según tiempo contratado por año, costo hora y distribución en actividades o programas; 2) Instrumento 1-B: Análisis de los recursos físicos (edificios y equipo médico quirúrgico y de oficina); 3) Instrumento 1-C: Análisis de medicinas y material médico quirúrgico; 4) Instrumento No. 2: Evaluación cualitativa de los recursos médico-naturales de la comunidad.
- A. 2 Se recopiló material estadístico en el archivo y oficina de estadística del Hospital Regional de San Benito.
- A. 3 Se utilizaron datos de tipo cualitativo y cuantitativo de los tres trabajos de investigación llevados a cabo por los médicos EPS anteriores.
- A. 4 Mimeografiados y textos mencionados en la bibliografía.

- ##### B. Métodos:
1. Se procedió a investigar los datos de los instrumentos 1-A al C, para lo cual se revisaron los libros correspondientes en los departamentos de farmacia y administración del Hospital Regional.
 2. Se llevaron a cabo las entrevistas con los recursos médico naturales de la comunidad, utilizando el Instrumento No. 2.
 3. Se procedió al análisis de los resultados de todos

los instrumentos.

4. Se fijaron los objetivos generales, cobertura y objetivos específicos de cada una de las propuestas, según las conclusiones a las hipótesis planteadas. Se desarrolló el planteamiento a cada propuesta.

5. ANALISIS DE LOS RECURSOS

El municipio de San Benito constituye un tipo de excepción en el sentido que no cuenta con Puesto o Centro de Salud, sin embargo, en él está radicado el Hospital Regional, el cual recibe pacientes de todos los municipios de El Petén. Esto de por sí constituye una relativa desventaja pues prácticamente no cuenta con un centro específico para llevar a la práctica programas de salud.

El hospital trabaja con presupuestos anuales que no especifican gastos para ningún tipo especial de programa que sea dirigido al grupo materno infantil de San Benito. Por otro lado los presupuestos anuales del hospital se distribuyen durante el transcurso de cada año según las necesidades de cada servicio o departamento de tal manera que ignoramos cuánto se gastó para la atención de los pacientes del grupo materno infantil; mucho menos sabemos para los pacientes del municipio, pues como dijimos, el hospital atiende pacientes de todo el departamento. Este mismo problema es el que nos impidió saber el costo del gasto total anual para los departamentos de pediatría y obstetricia. En número sabemos que los presupuestos totales de consulta externa e ingresados fueron, para 1968: Q 71,000; 1969 Q 73,000; 1970: Q 161,712; 1973: Q 50,884⁽⁷⁾.

Instrumento 1-A: El hospital cuenta con 3 médicos, un practicante interno y por lo general 3 externos, tres enfermeras graduadas (actualmente cuatro) y 15 enfermeras auxiliares.

TABLA No. 1

CARGO, NUMERO, DISTRIBUCION HOSPITALARIA, SALARIO ANUAL Y HORAS ANUALES DEL TRABAJO DEL PERSONAL MEDICO Y ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE SAN BENITO DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 1975

CARGO	No.	sal. anual	Hrs. anuales	med. y cirug. hombres	mater-nidad	med. y cirug. mujeres	emer-gencia	pedia-tría
Director	1	Q.6,000	1,500	1				
Residentes	2	Q.3,840	1,000			1		1
Interno	1	Q.1,980	2,000					1
Externo	3		2,000	1		1		1
E. Graduada	3	Q.2,400	3,000	1		1		1
E. Auxiliar	15	Q. 960	3,000	3	1	3	1	3

No se toman en cuenta las horas de turno. Las estancias en los servicios son rotativas para todo el personal.

Instrumento 1-B: La gran mayoría de instrumentos médico quirúrgicos y de oficina han sobrepasado el grado de uso. El equipo no es específico para cada sala. Lo utiliza quien lo necesita. Esto nos impide hacer una valoración del equipo médico quirúrgico utilizado para el grupo materno infantil. En la práctica encontramos que existe carencia de equipo (p. ej. esfigmomanómetros).

El hospital cuenta con 117 camas (incluyendo cunas); de ellas 9 estan destinadas a la maternidad y 20 a pediatría.

Instrumento 1-C: Los fármacos con que cuenta la farmacia son los básicos y comunmente empleados (antibióticos, analgésicos, anestésicos antihistamínicos, cardiotónicos, tranquilizantes, etc). En muchas

ocasiones los pacientes se ven obligados a comprar su propia medicina. Como no existe un presupuesto específico para emplearlo en la compra de fármacos a cada servicio del hospital, los gastos se hacen conforme la necesidad lo pida. Nuevamente esto nos impidió saber, por ejemplo, cuánto se utiliza trimestralmente en la compra de hierro oral para los pacientes de maternidad y pediatría, pues el mismo se adquiere para todos los servicios del hospital (se excluye emergencia).

Instrumento No. 2: De las seis entrevistas, cuatro fueron a las comadronas de la comunidad, una a un recetador y la última a un sobador. De las comadronas una está por retirarse de su quehacer como tal y otra no ejerce pues es enfermera auxiliar del hospital. Prácticamente se cuenta con dos comadronas.

Con respecto a programas de salud materno infantil, un médico de la Región de Salud No. 7 quiso hacernos creer que éstos se elaboraban para el municipio de San Benito pero nunca conocimos que tal cosa fuera cierta; la atención de la madre embarazada en la emergencia del hospital (que además funciona como consulta externa) se hace en forma ciega, sin objetivos ni metas planteadas sosegadamente. Consiste en "medirle la panza" a las gestantes. Punto. No existe un programa de detección de los embarazos de alto riesgo o de administración de hierro y ácido fólico. El grupo infantil tiene menos suerte, pues sólo existe atención del niño enfermo.

En el vecino poblado de Flores (la cabecera del departamento) el llamado programa de atención materno infantil no es más que un camuflageado plan (no programa) para administrar anovulatorios (incluyendo el criminal Topacel).

Por otro lado tenemos que la jefatura de esa misma región ha utilizado la inocencia de algunos de sus trabajadores llevando a la práctica "cursillos para adiestramiento de comadronas". Cursillos ciegos en donde a las comadronas se les adiestra con clases magistrales y al terminar los mismos, ¡hasta nunca!. Por lo menos a

la fecha ignoramos con certeza el objeto de estas ocurrencias relámpago.

Las cifras que se citan en los trabajos de investigación de los médicos EPS anteriores en cuanto a morbimortalidad se refiere, hablan por sí solas de la ganga que constituye el actual sistema de salud, el cual no ignoramos que es generalizado para toda la república y resultado en última instancia de las relaciones de producción del actual sistema socioeconómico.

6. ALGO SOBRE EL MUNICIPIO DE SAN BENITO

A una distancia de medio kilómetro, de ciudad Flores, lago de por medio, y a orillas del mismo se extiende uno de los municipios más prósperos del Petén. Su extensión territorial es de 112 Kms. cuadrados; su altitud sobre el nivel del mar es de 100 metros. Sus tierras son en su mayoría planas con algunas pequeñas elevaciones sobre la misma, dando la impresión de montículos. Para el año de 1974 su población era de 7,560 habitantes.

Sobre su hidrografía: el municipio descansa a orillas del lago Petén Itzá. No hay ningún río en su territorio, solamente dos pequeños riachuelos (Shuacpé y Candelaria) que mueren en el lago. En sus bosques existen árboles de chicozapote, cedro y caoba. Su aspecto es el de un bosque tropical. Sus vías de comunicación con los demás municipios y aldeas del Petén son acuáticas y terrestres. No existen industrias de gran escala, excepto algunas locales menores para el consumo interno (fábrica de canastos de mimbre y talabartería).

Se cultiva tubérculos, maíz y frijol, guineos en menor escala para el consumo del municipio.

Su división territorial la constituyen una aldea denominada San Antonio a 14 Kms., del pueblo y una hacienda particular. Cuenta con un Hospital Regional el cual es el único en su género para todo el

departamento de El Petén. Cuenta también con una escuela de primaria y párvulos. Los principales edificios son de tipo comercial, (ejemplo, el nuevo mercado), y los de la municipalidad y el hospital. Sus pobladores son gente pacífica, agricultores o chicleros y comerciantes, indiferentes a la explotación a que son sometidos por parte de terratenientes de esas u otras comarcas.

CAPITULO II

DIAGNOSTICO DE SALUD: Definición del problema materno infantil

1.1. **Población:** Para el año de 1974 la población de San Benito contaba con 7,560 habitantes ⁽³⁾ siendo su crecimiento vegetativo de 30 ⁽²⁾ y su población para 1976 de 8,021 habitantes. (más o menos 20). En ninguno de los trabajos elaborados por los PS encontramos el número de nacimientos totales para su año (p.ej. 1974) ni el número de muertes totales para ese mismo año. Ambos datos nos servirían para obtener la tasa de mortalidad y natalidad. Sin embargo el crecimiento vegetativo se reporta que este es de 30. Los datos de población de 1974 fueron obtenidos en la oficina de la Región de Salud No. 7 y los censos elaborados por el departamento de Emigración del S.N.E.M.⁽³⁾ Es de hacer notar que en el Petén es difícil de estipular en un momento dado la población total, pues existe un fenómeno constante y de considerable apreciación que impide hacerlo correctamente: la inmigración constante de habitantes de otras regiones del país. El fenómeno se ve agravado por el hecho de que no hay control cuantitativo por parte de las autoridades ante esta inmigración. Los personeros del S.N.E.M. son quizá quienes relativamente, tienen una idea más aproximada de este dato. Por ello al total de la población calculada para el año de 1976 debe aumentarse o despreciarse un 20 por ciento. Abajo puede apreciarse la población por grupos de edad calculados para el año de 1976 en base a los porcentajes de estos mismos grupos en 1974.

TABLA No. 2

POBLACION CALCULADA. SAN BENITO, PETEN. AÑOS 1974-76 ⁽³⁾

1974	Poblacion	o/o	Población 1976
niños de un año	272	3.5	280
niños de uno a cuatro años	1096	14.4	1154
mujeres de 15-44 años	?	20.0 ^(*)	1604

(*) Dato general para toda la población de Guatemala,

1.2. **Riesgo de Enfermar y Morir del Grupo Materno Infantil para 1974.**

1.2.1 **Tasa de Mortalidad Materna:** Desafortunadamente no existe un diagnóstico etiológico de muertes en las gestantes. El número de muertes en embarazo y puerperio son datos que no se encuentran reportados confiablemente como causas de tales fuera de los diagnósticos dados por los médicos, ya sea particularmente o por parte del hospital. Por ello tomamos el dato de la mortalidad materna para todo el país, la cual es de 2.2 X 1000. (Las causas de mortalidad materna son el resultado de la toxemia gestacional, accidentes hemorrágicos, sepsis y aborto en la mayoría de países latinoamericanos) (8).

1.2.2 **Tasa de Mortalidad infantil (4)** 105 X 1000 nacidos vivos

1.2.3 **Tasa de Mortalidad Neonatal** 33 X 1000 nacidos vivos

1.2.4 **Tasa de Mortalidad Post-Neonatal** 72 X 1000 nacidos vivos

1.2.5 **Tasa de Mortalidad de 1-4 años** 26 X 1000 habitantes(*)

1.2.6 **Tasa de Mortalidad Específica Por Causa:**

1. Muerte Intraútero 37.1 X 100,000 habitantes

2. Gastroenterocolitis más D.H.E. 25.4 X 100,000 "

3. Prematurez 21.7 X 100,000 "

(*) En América Latina y el Caribe las tasas de mortalidad infantil y de niños de 1-4 años son elevadas, del orden de 34.0 a 101.6 y de 1.4 a 24.7 X 1000 en ambos grupos etarios.(8)

4. Bronconeumonía 11.9 X 100,000 "

5. Fiebre de Etiología indeterminada 11.9 X 100,000 "

6. D.P.C. 9.7 X 100,000 "

7. Septicemia 1.8 X 100,000 "

8. Encefalitis 0.9 X 100,000 "

1.3 **MORBILIDAD:** Las 9 principales causas de consulta en menores de un año, en el Hospital Regional, para 1974, fueron:(4)

1. Gastroenterocolitis, colitis

2. I.R.S.

3. Resto de infecciosas y parasitarias

4. Mal definidas y desconocidas

5. Bronquitis

6. No comprendidas en la clasificación

7. D.P.C.(*)

(*) D.P.C: Desnutrición Protéico Calórica.
I.R.S: Infección Respiratoria Superior.
D.H.E: Desequilibrio Hidro-Electrolítico.

8. Tos Ferina
9. Neumonía y Bronconeumonía

De 1 a 4 años

1. Resto de infecciosas y parasitarias
2. Gastroenterocolitis-colitis
3. I.R.S.
4. D.P.C.
5. Bronquitis
6. Mal clasificados
7. Mal definidos y desconocidos
8. Neumonía y Bronconeumonía
9. Disentería amebiana
10. Paludismo

De 15 a 44 años

1. Control de embarazo y puerperio
2. Mal definidos y desconocidos
3. Resto de infecciosas y parasitarias
4. Parto sin complicaciones
5. Gastroenterocolitis-colitis

6. I.R.S.
7. Complicaciones de embarazo, por parto y puerperio
8. D.P.C.
9. Paludismo
10. Leshmaniasis

1.4 **Porcentaje de DPC esperados:** Según la Evaluación Nacional de Guatemala, INCAP 1965, situación nutricional del niño en Guatemala⁽¹²⁾ el 81.40/o de la población sufre Desnutrición Protéico Calórica. El 49o/o corresponde al Grado I; 26.5o/o al Grado II y 5.9o/o al Grado III. Tomando en cuenta estos datos y la población infantil de San Benito Petén, para 1976 tenemos:

DPC G I. 703
 DPC G II. 380
 DPC G III. 85

1.5 **Problemas Intra y Extrasectoriales que influyen en Planes y Programas de Salud del Municipio:**

1.5.1 **Intrasectoriales:**

1.5.1.1 Ausencia de un programa (práctico) de saneamiento ambiental, y de materno infantil explícito.

1.5.1.2 Ausencia de programas que cubran una cobertura aceptable y la patología más frecuente.

1.5.1.3 Falta de recursos humanos, financieros y de material.

1.5.1.4 Falta de integración y organización de los servicios de atención de salud.

1.5.2 Extrasectoriales:

1.5.2.1 Sistema socio-económico basado en la explotación de clases.

1.5.2.2 Mala distribución de la tierra en la que la minoría de la población posee la gran mayoría de aquella.

1.5.2.3 Consecuencia del sistema social (Capitalista)

- Analfabetismo
- Bajos ingresos y salarios
- Alto costo de la vida, etc.

2. Objetivos Generales:

- A. Reducir el riesgo de enfermar y morir del grupo Materno Infantil (M. I.)
- B. Prestar servicio de salud preventivo curativo a este mismo grupo.
- C. *mejorar* Aumentar el desarrollo psicobiosocial del grupo M. I.
Elevar el nivel educativo de
- D. Proporcionar educación en salud a la madre y al niño.
- E. Dar adiestramiento al personal idóneo (paramédico y/o de la comunidad) que se relaciona con el mantenimiento

de la salud de la comunidad e incorporarlos al programa.

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

3. Cobertura General para este Programa: 80o/o de la población M.I.

4. El Programa: Está integrado por dos Sub-Programas: a) el Materno b) el Infantil. Los componentes de cada uno de ellos son los siguientes:

4.1. Sub-Programa Materno

4.1.1 Atención Prenatal

4.1.2 Atención del Parto.

4.1.3 Atención del Puerperio.

4.2. Sub-Programa Infantil

4.2.1. Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo.

4.2.1.1 Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo propiamente dicho.

4.2.1.2. Inmunización.

4.2.2. Atención del Niño Enfermo.

4.2.2.1 Atención del niño Enfermo excepto DPC, Síndrome Diarréico y D.H.E.

4.2.2.2 Atención del niño DPC con o sin Síndrome Diarréico Agudo y D.H.E.

4.1. Sub-Programa Materno

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

4.1.1.1 Captación Precoz de la Mujer Embarazada antes del 5o. mes.

4.1.1.2 Consulta Prenatal.

4.1.1.3 Educación en Salud.

4.1.1.1 Captación Precoz de la Mujer Embarazada.

Objetivos: – Captar precozmente a la mujer embarazada del municipio de San Benito antes del quinto mes de embarazo.

– Inscribir al 100o/o de la cobertura a las 23 semanas de gestación.

Datos de Población:

Población total: 8,021 habitantes.

Embarazos Esperados (5o/o de la población) = 401

Abortos Esperados (10o/o de los embarazos esperados) = 40

Partos Esperados

(Embarazos esperados menos abortos esperados) = 361

Captación de la Cobertura: Esta se llevará a cabo a través de las promotoras en salud que tendrían que adiestrarse (véase programa de adiestramiento adjunto), a través de las comadronas, a través del médico EPS, a través de la enfermera

auxiliar, propaganda por la radio, las que lleguen espontáneamente y por conducto de otras embarazadas.

De las comadronas entrevistadas únicamente dos podrían integrarse al programa pues de las otras dos, una se ha retirado y la otra trabaja como auxiliar de enfermería en el Hospital de San Benito, siendo su trabajo de comadrona muy esporádico. El adiestramiento de las promotoras y comadronas es tratado con minuciosidad en el Programa de Adiestramiento que se adjunta a este programa.

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

– Fecha de última regla

– si la madre percibe estar embarazada

– si hay retraso menstrual de 2 meses o más.

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

– cada dos meses si tiene un niño menor de un año.

– cada 4 meses si tiene un niño de 1 a 4 años

– cada año si no tiene niños menores de 5 años.

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

dos meses). En el documento de investigación del médico EPS del primer semestre de 1975 encontramos que el número promedio de integrantes por familia es de 5 y el número total de viviendas de 1106 (para una población que él encontró de 5,106 habitantes).

Siendo nuestra población para el año de 1976 de 8,021 habitantes calculamos que el número de viviendas es de 1604 (resultado de dividir la población por el número promedio de integrantes por familia).

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

La promotora educará a la madre sobre aspectos de salud materna y la importancia de integrarse al programa. Si la madre desea integrarse, la promotora le entregará un carnet para asistir a su primera cita con el EPS quien en esta oportunidad ordenará exámenes de laboratorio (heces, orina, hemoglobina, VDRL) y cita para el primer examen al cumplir las 23 semanas de embarazo. Este procedimiento también se aplicará a las pacientes entrevistadas por comadronas o que lleguen espontáneamente antes de las 23 semanas de embarazo. Si la promotora o comadrona detectan un embarazo de 23 semanas o más le dará un carnet y cita para la primera consulta con el médico EPS.

Ambas reportarán semanalmente a la enfermera graduada del programa los datos investigados y ésta los apuntará en un libro llevado por ella en el cual se apreciará el número de inscritas al programa por semana así como las fechas de cita que han proporcionado las promotoras y comadronas, además de los otros datos relacionados con nombre de la paciente, edad y fecha de última regla (o edad calculada de

embarazo).

Partiendo del fundamento que una promotora se dedicará dos horas diarias al programa M.I. y tomando en cuenta que los días hábiles al año son 250, dividiendo el número de horas promotora totales que necesitamos al año entre 250, obtendremos las horas diarias que se necesitan para cubrir el programa. (para mayor detalle obsérvese Cuadro No. 1) En nuestro caso es 7,699 entre 250 que da un resultado de 30 horas diarias. Esto quiere decir que necesitamos 15 promotoras.

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

Instrumento: Promotora y comadrona

Rendimiento: Promotora: número de horas anuales dedicadas a visitas domiciliarias. Comadrona: número de pacientes referidas al EPS semanalmente, inscritas en el programa o para inscribirse.

4.1.1.2 Consulta Prenatal:

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

Objetivos Específicos:

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

Embarazos Esperados: 401

Cobertura 80o/o: 361 (Véase Cuadro No. 1).

Durante el año de 1974 se proporcionaron 3,056 consultas prenatales. (*) De estas 38.08o/o correspondieron al municipio de San Benito. El resto del porcentaje están repartidos en los diferentes municipios y aldeas del departamento (12 en total). Este dato no permite conocer la cobertura con que se trabajó en ese año (naturalmente esto es generalizado para todos los años pasados e inclusive 1975) en lo relativo a la consulta prenatal, pues esta se calcularía en base a las primeras consultas de las pacientes (específicamente la primera consulta). Por otro lado el número de consultas dependieron del criterio del examinador. No se ha podido pues, estimar la cobertura con que se ha trabajado. Para el programa que se propone la atención prenatal será llevada a cabo: a) por el médico EPS, b) por la enfermera auxiliar, c) por la enfermera graduada,

(*) Oficina de Estadística, Hospital Regional de San Benito.

d) por la comadrona; las normas de concentración son las siguientes: 5 controles prenatales.

Sin excepción el primer control será llevado a cabo por el EPS. En este determinará los exámenes de laboratorio siguientes: VDRL, heces, orina, hemoglobina, grupo sanguíneo y Rh. Las madres que anteriormente se hayan presentado a exámenes, llevarán nuevamente los resultados de los mismos. Los resultados de los exámenes de las madres de menos de 23 semanas de embarazo que anteriormente se hayan tomado se verán al día siguiente por el EPS, instituyendo la terepéutica conveniente. Además en la primera consulta se determinará: edad del embarazo (calculado y estimado), antecedentes obstétricos y generales. Se procederá a examinar a la paciente en un examen físico general y obstétrico en el cual se determinará: presentación, posición, variedad de posición del producto en las madres en que por su edad de embarazo puedan llevarse a cabo estas maniobras. En casos de duda se procederá a examen diagnóstico de embarazo por laboratorio. En esta entrevista también se determinará quién seguirá controlando el embarazo, según las siguientes características:

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

El primero	a las 23 semanas
El segundo	" " 27 "
El tercero	" " 31 "
El cuarto	" " 35 "
El quinto	" " 40 "
2. El primero y último controles los procederá a llevar a cabo el EPS.
3. Las multíparas que deseen que su evolución sea controlada por la comadrona, estas llevarán el

segundo, tercero y cuarto control prenatal siempre y cuando la evolución del embarazo sea normal.

Se incluyen las primigestas. Se excluyen las embarazadas con las características apuntadas para el EPS. Al menor signo o síntoma de alarma la paciente deberá ser referida al EPS para su evolución. La comadrona no instituirá tratamientos farmacológicos. Llevará el control de sus pacientes y reportará semanalmente a la graduada: a) número de controles prenatales llevados a cabo durante la semana, b) número de pacientes vistas por vez primera c) número de pacientes referidas al EPS d) fecha probable de parto y si la embarazada desea que su parto sea atendido por la comadrona (excepto primigestas).

La enfermera graduada llevará a cabo el segundo, tercero y cuarto controles prenatales de las madres con las siguientes características: a) pacientes menores de 20 y mayores de 34 años; primigestas y multíparas b) historia de hipertensión, preeclampsia o toxemia en embarazos anteriores c) historia de aborto (dos o más) incluyendo el embarazo anterior. d) historia de niños prematuros e) intervalo de embarazo menor de un año y mayor de 4 años. (5)

Llevará la fecha de control prenatal. Si hay algún signo de alarma lo reportará al EPS quien evaluará el caso. La graduada no instituirá ningún tratamiento. Dará educación en higiene y salud a la madre.

La enfermera auxiliar llevará a cabo el segundo, tercero y cuarto controles prenatales de las madres con las siguientes características: a) multíparas que no estén comprendidas en las características apuntadas para la graduada o EPS b) multíparas con antecedentes no patológicos.(5) Si la evolución del embarazo es normal, terminará los controles referidos. Al menor signo o síntoma de alarma la referirá al EPS para que este la evalúe. La auxiliar no instituirá ningún tratamiento.

Dará educación en salud e higiene a la embarazada. En cada consulta llevará la ficha de control prenatal.

El EPS llevará a cabo los controles prenatales de las pacientes con los siguientes antecedentes o características: a) vómito severo, b) hemorragia genital y dolor en hipogastrio, c) cefalea intensa, d) dolor epigástrico severo, e) síntomas urinarios, g) ausencia de movimientos fetales, h) amniorrea, i) flujo vaginal de cualquier característica, j) várices complicadas de miembros inferiores, k) contracciones uterinas frecuentes y/o intensas, l) hemorroides complicadas, ll) embarazo múltiple, m) hemoglobina menor de 9 gs. o/o, n) peso inicial de 40 kgs., y mayor a 80 Kgs., ñ) talla menor de 150 cms., o) incremento de peso de más de una libra por semana entre el 4o. y 8o. mes, p) P/A sistólica mayor de 140 y diastólica arriba de 90 mm Hg., q) edema en cualquier parte del cuerpo y/o proteinuria, r) disociación de dos cms., o más en el incremento de la altura uterina; disociación de 3 o más semanas entre la altura uterina y la edad calculada, s) presentación diferente a la cefálica, t) fetocardia negativa, menor de 120 o mayor de 160 por minuto, u) patología de los senos, v) cualquier otra patología, w) historia familiar de diabetes, x) enfermedad hipertensiva, epilepsia, trastornos mentales, y) historia de mortinatos, excepto el último embarazo, z) historia de recién nacidos con ictericia y muerte neonatales. a-1) tuberculosis activa, b-1) cesárea previa, cirugía cervicovaginal, excepto episiotomías, c-1) historia de complicaciones en el último parto y puerperio.(5)

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

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

Para cumplir el objetivo de mejorar las reservas de hierro de la embarazada se distribuirá fumarato ferroso según se explica más adelante.

Se ha pensado la forma de combatir la anemia de la embarazada, partiendo que esta es ferropriva. En el hospital no se hacen exámenes de laboratorio de rutina a este grupo, por lo cual no se puede establecer un antecedente del valor promedio de hemoglobina para las mismas. Por lo tanto ignoramos qué porcentaje de las embarazadas sufren anemia. Nuestra base es puramente clínica y en datos generales nacionales, con los cuales sabemos que una gran mayoría de este grupo sufre anemia, por ello generalizaremos el tratamiento con hierro oral a todo el grupo de embarazadas inscritas en el programa, a partir de la 23 semana de embarazo (320 mgs., de fumarato ferroso 3 veces al día) hasta que finalice el mismo. Comprendemos que con esto no se resuelve el problema de anemia si no más bien mantiene su estado o no permite que empeore. Ignoramos hasta qué grado lo mantenga o mejore. Los controles de hemoglobina que se instituyan en los casos requeridos nos darán la pauta para saber las respuestas a estas interrogantes. Queda pues, esta parte como investigación del programa.

Las actividades anteriores tendrán por indicadores: a) porcentaje de embarazadas inscritas en el programa, b) número de consultas por madre, c) número de consultas por hora, d) porcentaje de madres a quienes se proporciona hierro.

Es de tomar en cuenta que las gestantes que tengan una acentuación de los síntomas o signos, de los anotados como indicadores para el EPS podrían ser hospitalizadas y/o referidas a hospitales especializados. A continuación se enmarcan las funciones de los integrantes del equipo, encargados del prenatal.

1. **Funciones y Obligaciones de la Comadrona:** a) entrevistar al grupo familiar que desee ser atendido por ella.

Reportar estos resultados semanalmente a la enfermera graduada, b) Referir al EPS a todas las gestantes con signos de alarma en la evolución de su embarazo (véase programa de adiestramiento), c) proporcionar por lo menos 3 controles prenatales a las embarazadas que deseen ser atendidas por ellas.

Instrumento: Comadrona

Rendimiento: Número de consultas proporcionadas por mes.

2. **Funciones y Obligaciones de la Enfermera Graduada:** a) Referir al EPS cualquier signo o síntoma de alarma en la evolución del embarazo, b) proporcionar control prenatal a las pacientes embarazadas que le dictamine el EPS, c) Anotar fecha de próxima cita de las pacientes examinadas por ella, d) llevar un libro de control para anotar los datos que le refiera la comadrona y promotora (nombre de la paciente, edad, edad calculada de embarazo, fecha de última regla, fecha de la primera cita).

Instrumento: Enfermera Graduada.

Rendimiento: Número de consultas dadas en un año (ver tabla de control prenatal).

3. **Funciones y Obligaciones de la Enfermera Auxiliar de Consulta:** a) Referir al EPS cualquier signo o síntoma de alarma en la evolución de los embarazos controlados por ella., b) Tomar signos vitales de las gestantes que se presenten a consulta, c) distribuir el fumarato ferroso a las pacientes que indique el EPS. Llevar control de salidas de medicamentos en libro aparte, d) Anotar la fecha de próxima cita de las pacientes examinadas por ella, e) Examinar a las multiparas que dictamine el EPS (Llevar el control prenatal).

Instrumento: Enfermera Auxiliar

Rendimiento: Número de consultas dadas en un año. (véase el cuadro respectivo).

4. Funciones y Obligaciones del EPS: a) Proporcionar consulta prenatal a las gestantes con las características señaladas en control prenatal por el EPS, b) Referir al Médico de Guardia del hospital y seguir la evolución de las gestantes cuyo embarazo sea complicado y de alto riesgo para que con éste dictaminen conducta a seguir, c) Determinar quiénes seguirán proporcionado los controles prenatales después de la primera entrevista que él haga, d) orientar a la enfermera graduada, comadrona y auxiliar sobre los problemas que éstas le refieran, relacionados con la evolución del embarazo que a su vez controlen ellos, e) Proporcionar en todos los casos, el último control prenatal de las gestantes inscritas en el programa.

Instrumento: EPS

Rendimiento: Número de consultas dadas en un año. (ver especificación en el cuadro No. 1).

4.1.1.3. Educación en Salud: Al grupo de gestantes examinadas durante la semana se les citará al final de la misma para recibir educación en salud sobre el embarazo, parto y puerperio. Estas reuniones tienen por objeto aclarar dudas de la gestante sobre su embarazo, reafirmar su confianza en el programa, proporcionarle normas de higiene en cuidados generales, de limpieza corporal e higiene sexual, así como cuidados de su alimentación. Le enfermera graduada dedicará una hora semanal para esta actividad. La dinámica se establecerá a través de grupos de discusión y charlas explicativas en las que utilizará material didáctico adecuado para cada tema.

Instrumento: Enfermera graduada.

Rendimiento: Número de horas al año dedicadas a la educación de la gestante. (ver cuadro No. 2).

4.1.2 Atención del Parto:

Objetivos Específicos:

1. Controlar los riesgos propios del parto.

- Metas:**
- Cubrir el 80o/o de los partos esperados.
 - Atender hospitalariamente el 20o/o de los partos esperados (de la cobertura).
 - Atender domiciliarmente al 80o/o de los partos esperados (de la cobertura)
 - Detectar precozmente cualquier patología.

Población:

Partos esperados: 361

Cobertura 80o/o: 289

Partos hospitalarios por atender (20o/o de los partos esperados según la cobertura): 58

Partos domiciliarios por atender (80o/o de los partos esperados según la cobertura) : 131.

La atención del parto será proporcionada por: a) la comadrona, b) la enfermera auxiliar, c) la enfermera graduada,

d) el médico EPS, d) el médico de guardia del hospital.

No hay datos estadísticos sobre el porcentaje de partos atendidos en el Hospital Regional de San Benito, correspondientes a las parturientas radicadas en el municipio, por lo que se toma el 20o/o de la cobertura pues es el que se ha observado a nivel nacional (promedio). Queda como función del programa enterarse de este dato al final de un año de trabajo y modificar las cifras según se vean los resultados de el promedio de partos atendidos en el hospital, para las gestantes de San Benito. El 80o/o de la cobertura se atenderá a domicilio, labor que será llevada a cabo por las comadronas. Como estas no dependen de un horario rígido, su rendimiento se medirá a través del número de partos atendidos por mes.

4.2.2.1 Atención del Parto a Domicilio:

En la atención del parto a domicilio se esperan atender 131 partos en un año (1976), los cuales serán cubiertos por las comadronas. Sobre este aspecto hay que saber que las embarazadas están habituadas a que el parto les sea atendido en el hospital, pero como ignoramos este porcentaje, tampoco podemos deducir exactamente el número de partos que realmente se atienden a domicilio. Así pues, podría ser que el porcentaje atendido en el hospital fuera más alto y en consecuencia los atendidos a domicilio más bajo de lo que hemos apuntado para el año de 1976. Esto, como se ha hecho constar anteriormente, se averiguará en el primer año de investigación de este programa.

Las comadronas reportarán mensualmente a la enfermera graduada el número de partos atendidos (rendimiento). Cualquier complicación que tuviesen durante el trabajo de parto o post-parto inmediato, serán referidas inmediatamente al EPS. Las comadronas atenderán los partos de las multíparas según el criterio establecido en las normas de control prenatal.

Instrumento: Comadrona.

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

4.1.2.2. Atención del Parto Hospitalario:

Los partos hospitalarios serán atendidos por a) la enfermera auxiliar de encamamiento, b) la enfermera graduada, c) el médico EPS, d) médico de guardia. (ver cuadro No. 2).

A.) Partos atendidos por la Enfermera Auxiliar de Encamamiento: Atenderá todos los partos cuyo prenatal fue controlado por la auxiliar de consulta externa y cuya evolución no tuvo complicaciones. Comprende sólo multíparas. Cualquier complicación del parto será referida al EPS.

Instrumento: Enfermera auxiliar de encamamiento.

Rendimiento: Número de partos y número de horas dedicadas a la atención del parto por año.

B.) Partos atendidos por EPS: Atenderá todos los partos cuyo prenatal fue controlado por él y no necesiten tratamiento especializado (p. ej. quirúrgico). Las complicaciones se evaluarán con el médico de guardia.

Además evaluará las complicaciones referidas por la comadrona, la enfermera auxiliar y la enfermera graduada; resolverá los casos en que no se necesite atención especializada (p. ej. quirúrgico). Atenderá a todas las primigestas cuyo parto sea normal o no tenga antecedentes patológicos para ser resueltos por tratamientos especializados.

Instrumento: Médico EPS.

Rendimiento: Número de partos y número de horas dedicadas anualmente a la atención del parto.

C.) Parto atendido por el Médico de Guardia: Todos los casos referidos por EPS y que necesiten tratamiento especializado (p. ej. quirúrgico).

Instrumento: Médico de guardia.

Rendimiento: No queda dentro del programa.

El Hospital Regional de San Benito cuenta con 9 camas para el departamento de maternidad. Multiplicando los días del año por el número de camas obtendremos el número de los días camas, o sea 3,285 días cama. Como el grado óptimo de utilización de los días camas es el 80o/o, tenemos que disponemos de 2,628 días cama disponibles por año. Por otro lado sabemos que el 20o/o de la cobertura serán partos atendidos en el hospital (cobertura = 289) o sea 58 partos.

La concentración del encamamiento para los hospitalizados en la maternidad es de 3 días cama. Multiplicando esta concentración por el número de partos esperados a ser atendidos en el hospital, obtenemos el número de días cama que utilizaremos, o sea 174 días cama. Sabemos que disponemos de 2,628 días cama para el total de camas si se fueran a utilizar todo el año en un 80o/o. Si restamos a este número el número de días cama que sabemos que emplearemos para los partos que se esperan ser atendidos, obtendremos el balance, que nos indica el número de días cama que nos sobran, o sea 2,454 días cama. (ver cuadro No. 1).

Para la visita diaria: Se llevará a cabo con: a) el médico EPS, b) enfermera graduada, c) enfermera auxiliar de encamamiento, d) médico de guardia.

La auxiliar de encamamiento acompañará en la visita; informará sobre la variabilidad de los signos y síntomas de cada paciente, será encargada de seguir las órdenes dejadas por el médico. Todas las complicaciones serán evaluadas por el EPS y el médico de guardia.

La enfermera graduada acompañará en la visita y supervisará que las órdenes dejadas por el médico se cumplan.

El médico EPS vigilará la evolución de las parturientas. Al pasar visita instituirá tratamientos a cada caso conjuntamente con el médico de guardia. (ver cuadro No. 1).

Instrumento: Médico EPS, enfermera auxiliar de encamamiento, enfermera graduada, médico de guardia.

Rendimiento: Número de horas dedicadas al año en la atención de los pacientes hospitalizados por parto del municipio de San Benito. Se excluye del rendimiento al médico de guardia.

4.1.3 Atención del Puerperio:

Objetivos: – controlar los riesgos propios del puerperio.

– disminuir la mortalidad materna a un 50o/o en 10 años

Metas: – cubrir el 100o/o de los partos atendidos.

– proporcionar un control post-natal

Población:

Partos esperados: 361

Cobertura 80o/o: 289

Cobertura de atención post-natal 100o/o: 289

La atención del puerperio dependerá si: a) el parto fue atendido a domicilio, b) si fue atendido en el hospital.

En el primer caso la comadrona evaluará a la madre en las primeras 48 horas. Detectará: características de los loquios, si la madre ha presentado fiebre, cualquier otro síntoma o signo. De encontrar alguna anormalidad la referirá al EPS. Informará mensualmente del número de post-natales llevados a cabo y el número de referencias que hizo el EPS por puerperio complicado.

Instrumento: Comadrona

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

En el segundo caso, a) si el parto fue atendido por la enfermera auxiliar: El control será establecido a la semana del parto. El examen será llevado a cabo por la auxiliar de consulta y consiste en un interrogatorio que comprenda: características de los loquios, si ha aparecido fiebre, y cualquier otro signo o síntoma. Cualquier complicación será evaluada por el EPS. (ver cuadro No. 3)

Instrumento: Enfermera auxiliar de consulta.

Rendimiento: Número de horas al año dedicadas al control pos-natal.

b) **Partos atendidos por la enfermera graduada:** El control será establecido a la semana del parto. El examen consistirá en el mismo interrogatorio planteado para la enfermera auxiliar. Cualquier complicación la referirá al EPS. (ver cuadro No. 3)

Instrumento: Enfermera graduada

Rendimiento: Número de horas dedicadas al control pos-natal.

c) **Partos atendidos por el médico EPS:** Control establecido a la semana del parto si no hubo complicaciones. El médico de guardia establecerá la cita para los partos atendidos por complicaciones en el cual haya intervenido él. El médico EPS interrogará con el planteado para la enfermera auxiliar. El examen vaginal se evaluará según cada caso. Asimismo evaluará a las pacientes referidas por la comadrona, enfermera auxiliar y enfermera graduada. Consultará al médico de guardia y evaluará conjuntamente con él, los casos de puerperio tardío complicados. Instituirá tratamientos de tipo ambulatorio y de hospitalización a las pacientes que así lo ameriten. (ver cuadro No. 3)

Instrumento: Médico EPS

Rendimiento: Número de horas al año dedicadas al control pos-natal.

4.2 Sub-Programa Infantil

4.2.1 Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo

4.2.1.1 Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo propiamente dicho:

Se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- visita domiciliaria
- vigilancia del crecimiento y desarrollo
- educación en salud

Visita Domiciliaria:

Objetivos Específicos: - Disminuir la morbi-mortalidad del grupo Infantil.

Metas: - Cubrir el 80o/o del grupo infantil
- Inscribir al 100o/o de la cobertura

Población:

de 0 a 4 años: 1434

Cobertura 80o/o: 1147

La visita domiciliaria será llevada a cabo por la promotora. Esta visita que se plantea en este renglón es la misma que se planteó para el grupo materno. Esto es que en una misma visita se plantearán los dos cuestionarios. Para el grupo infantil la interrogación se dirigirá para averiguar: a) cuántos niños menores de un año hay en la familia, b) cuántos niños de 1 a 4 años hay en la familia, c) sexo de los niños, d) nombre de los niños.

El número de visitas al año será de 6. Habíamos calculado que el número de viviendas es de 1,604. Obtendremos 9,624 visitas al año para todas las viviendas (resultado de multiplicar el número de viviendas por el número de visitas). Como se proporcionará una visita por hora, tenemos 7,699 horas promotora (pues es sobre la cobertura que estamos calculando. Ver cuadro No. 3). Los datos obtenidos de la entrevista serán entregados semanalmente a la enfermera graduada quien los anotará en libro especial.

La promotora expondrá a la madre y padre, la conveniencia de inscribir a sus hijos en el programa. Si los padres acceden les proporcionará contraseña para fecha de primera

cita. Este dato también será anotado entre los llevados a la enfermera graduada. Cualquier signo o síntoma patológico, deberá referir al niño al EPS para sus respectivos exámenes.

Instrumento: Promotora

Rendimiento: Número de horas visita al año y número de niños inscritos en el programa.

Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo:

Objetivos Específicos: - Disminuir el riesgo e índice de morir y enfermar para el grupo infantil.

- Vigilar el crecimiento y desarrollo del infante con el propósito de detectar cualquier anomalía en los mismos y poderle ofrecer la ayuda requerida a cada caso y a tiempo.

- Mejorar el nivel de salud del grupo infantil.

- Proporcionar atención al niño en pleno crecimiento y desarrollo.

Metas: - Proporcionar atención al 80o/o del grupo infantil.

- Proporcionar 5 controles para vigilar el crecimiento y desarrollo del grupo menor de un año y dos consultas por año al grupo de uno a 4 años.

Población:

Menores de un año:	280
Cobertura 80o/o:	224
Niños de 1 a 4 años:	1,154
Cobertura 80o/o:	923

Se desarrollarán dos actividades: a) Vigilancia del crecimiento y Desarrollo propiamente dichos, b) Inmunizaciones.

Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo: Se llevará a cabo a través del control en consulta externa por el médico EPS y la enfermera graduada, con los niños captados por la promotora, los que lleguen espontáneamente u otros medios. Las normas de concentración serán las siguientes: a) para el grupo menor de un año: 5 controles para crecimiento y desarrollo y 2 morbilidad, b) para el grupo de 1 a 4 años: 2 controles por año para el control de crecimiento y desarrollo y un control por morbilidad. En el primer grupo los controles de crecimiento y desarrollo se llevarán al 1o., 4o., 6o., 9o., y 12o. mes. La primera, tercera y última consulta las llevará a cabo el EPS; la 2a. y 3a. la enfermera graduada. Para este grupo todos los controles de morbilidad los llevará a cabo el EPS.

Para el segundo grupo los controles se harán cada 6 meses (2 por año). El primer control lo llevará a cabo el EPS y el segundo la enfermera graduada. Como se ha establecido un control por morbilidad por año para este grupo, todos ellos los llevará a cabo el EPS.

Para el grupo menor de un año, en el primer control el médico llevará a cabo un examen físico completo y exámenes

de laboratorio (heces, orina, hemoglobina) solamente si fueran necesarios, pues por la edad del niño se hace difícil la recolección adecuada, por ejemplo, de orina.

El control del crecimiento y desarrollo se llevará a través de las hojas establecidas por el INCAP (hojas con curvas de peso, talla, edad, sexo). La enfermera auxiliar tomará los signos vitales. La segunda y la cuarta consultas serán realizadas por la enfermera graduada y solamente anotará los aspectos relacionados con la hoja del INCAP.

Cualquier complicación en la evolución del crecimiento y desarrollo lo referirá al EPS. En el 3o. y 5o. controles el EPS repetirá los mismos procedimientos que en el primer control excepto los exámenes de laboratorio. (ver cuadro No. 3)

Para el grupo de 1 a 4 años se llevará a cabo el control de crecimiento y desarrollo cada 6 meses, iniciándolo a los 6 meses del primer año de vida. Este primer control será evaluado por el EPS; el último control lo realizará la enfermera graduada. Los exámenes de laboratorio se repetirán cada año y comprenderán: heces, orina y hemoglobina.

Para este mismo grupo se llevará la hoja de peso, talla, edad y sexo del INCAP descrita anteriormente. En los controles de la enfermera graduada sólo anotará los datos que competen a la hoja de crecimiento y desarrollo del INCAP. La auxiliar de consulta tomará los signos vitales en cada caso y apuntará las fechas de nueva cita indicadas por los examinadores. (ver Cuadro No. 4)

4.2.1.2 Inmunizaciones

Objetivos específicos:

Disminuir el riesgo de enfermar y morir debido a las enfermedades infecto-contagiosas que se pueden prevenir por vacunación, las utilizadas más frecuentemente.

Metas: — Cubrir el 80o/o del grupo infantil.

Población:

Niños de 1 - 4 años: 1,434

Cobertura 80o/o: 1,147

Las inmunizaciones se llevarán a cabo a través de: a) inmunización continua, b) inmunización periódica.

En el primer caso se refiere al programa de inmunización en la consulta externa del programa infantil. Se inmunizarán los niños inscritos en el programa y que no hayan sido inmunizados anteriormente por campañas nacionales de vacunación, excepto en el caso que no se hayan continuado con los refuerzos. Las vacunaciones serán contra el siguiente grupo de enfermedades: a) Poliomiélitis, b) Tétanos, c) Sarampión, d) Tos Ferina, e) Difteria, f) Tuberculosis. Abajo puede verse El cuadro que se establecerá para edades de vacunación:

TABLA No. 3

EDAD DE VACUNACION Y VACUNAS PROPUESTAS PARA UTILIZAR EN EL PROGRAMA INFANTIL

vacuna	1a. dosis	2a. dosis	3a. dosis
1. DPT	2o. mes	4o. mes	6o. mes
2. Antipolio	2o. mes	4o. mes	6o. mes
3. Antivariólica	15 meses		
4. Antisarampión	al año		
5. BCG	al nacer		

Las inmunaciones en la clínica las realizará el EPS, disponiendo semanalmente de un horario específico para ello (p. ej., sábado por la mañana). Cada infante tendrá un carnet en el que se anotará: nombre de la vacuna, dosis y fecha en que se puso. La auxiliar de enfermería preparará semanalmente el equipo adecuado para las inmunizaciones.

En el segundo caso (inmunización periódica) depende de las decisiones a nivel central o sea las campañas nacionales de vacunación. El personal integrante de este programa participará activamente con tales campañas.

Instrumento: Médico EPS y enfermera auxiliar de consulta.

Rendimiento: Número de vacunas puestas al año y número de horas dedicadas a la inmunización en la clínica de consulta externa del programa infantil y horas dedicadas en las campañas nacionales de vacunación.

Educación en Salud: Al igual que el grupo materno, de el grupo infantil que haya sido examinado y controlado durante la semana, al final de la misma se citará a los padres para brindarles educación en salud sobre el crecimiento y desarrollo. Tienen por objeto reafirmar la confianza en el programa y proporcionar ayuda y orientación sobre cómo alimentar y cuidar higiénicamente a sus hijos. Esta actividad la realizará la enfermera graduada, a través de una hora semanal. La dinámica se establecerá a través de charlas y grupos de discusión. (ver cuadro No. 2).

Instrumento: Enfermera graduada

Rendimiento: Número de horas anuales dedicadas a la educación del crecimiento y desarrollo del grupo infantil.

4.2.2. Atención del niño enfermo:

4.2.2.1 Atención del Niño Enfermo excepto el niño DPC, síndrome diarreico y DHE. Se llevarán a cabo las siguientes actividades:

4.2.2.1.A. Visita Domiciliaria

4.2.2.1.B. Consulta por Morbilidad

4.2.2.1.A. Visita Domiciliaria:

Objetivos Específicos: Captar tempranamente cualquier patología en el grupo infantil

- Disminuir el índice de enfermar y morir de este mismo grupo.

- Metas:**
- Cubrir el 80o/o de la población en edad fértil.
 - Inscribir al 100o/o de la cobertura.

Población:

de 0 a 4 años: 1,434

Cobertura 80o/o: 1,147

La visita domiciliaria será llevada a cabo por la promotora y utilizará el tiempo estipulado anteriormente de una hora. Es la misma visita que para el grupo materno. En esta visita preguntará: a) si hay algún enfermo entre los niños de 0 a 4 años, b) signos y síntomas, c) estado general: agudamente, moderadamente, levemente enfermo. Los niños moderada-

mente y agudamente enfermos los referirá al EPS inmediatamente. A los levemente enfermos les proporcionará contraseña para presentarse a cita, no más de 48 hrs. después de la visita domiciliaria. Los datos obtenidos los reportará diariamente a la enfermera graduada, la cual los apuntará en libro aparte para la atención del niño enfermo. (ver cuadro No. 3)

Instrumento: Promotora

Rendimiento: Horas anuales dedicadas a la captación del niño enfermo. Número de casos referidos anualmente.

4.2.2.1.B. Consulta por Morbilidad:

Objetivos Específicos: - Disminuir el índice de enfermar y morir del grupo infantil.

- Proporcionar atención al niño enfermo.

Metas: - Atender al 80o/o del grupo infantil.

- Proporcionar:

- * al grupo menor de un año:
2 controles por morbilidad.
- * al grupo de 0 a 4 años:
1 control por morbilidad.

- Proporcionar atención hospitalaria al niño agudamente enfermo.

Población:

Niños menores de un año:	280
Cobertura 80o/o:	224
Niños de 1 a 4 años:	1,154
Cobertura 80o/o:	993

Todos los niños referidos por la promotora, que lleguen espontáneamente o por otro conducto y enfermos, serán atendidos por el EPS, el cual, como norma proporcionará dos consultas por morbilidad para el grupo menor de un año y una consulta por morbilidad para el grupo de uno a cuatro años. Estas normas pueden presentar excepciones, pues están sujetas al curso y evolución de la enfermedad del paciente. En el primer control el EPS llevará a cabo los exámenes necesarios e ingresará al niño agrudamente enfermo para proporcionarle atención hospitalaria.

La enfermera auxiliar tomará los signos vitales y cumplirá los tratamientos inmediatos ordenados por el EPS, el cual tendrá que seguir la evolución de los pacientes hospitalizados. Al egresar el paciente seguirá siendo controlado por el EPS en la consulta por morbilidad. (ver cuadro No. 4)

Instrumento: Médico EPS, auxiliar de enfermería.

Rendimiento: Número de horas dedicadas anualmente a la atención del niño enfermo por cada instrumento. Número de niños atendidos anualmente por el EPS.

4.2.2.2. Atención del Niño con Desnutrición Protéico Calórica:

Objetivos Específicos: – Mejorar el nivel de salud del niño con DPC, diarrea, DHE.

– Disminuir los riesgos de morir y enfermar por DPC, diarrea y DHE.

– Proporcionar atención al niño desnutrido y sus complicaciones, haciendo hincapié en la diarrea y el DHE.

Metas:

– Cubrir el 80o/o del grupo infantil

– Inscribir al 100o/o de la cobertura.

– Proporcionar suplemento de Incaparina y vitamina "A" al niño con DPC grado II y III.

– Proporcionar atención hospitalaria al niño con DPC complicado, síndrome diarreico con DHE moderado o severo.

Población:

Niños de 0 a 4 años: 1,434

Niños con DPC esperados para 1976

Grado I: 703 Cobertura 80o/o: 562

Grado II: 380 " " : 304

Grado III: 85 " " : 68

Actividades:

4.2.2.2.A. Visita Domiciliaria: Será llevada a cabo por la promotora según los prolegómenos indicados para la visita de la misma. En la misma detectará: a) Si hay niños con DPC b) Si los hay, el estado de los mismos: agudamente, moderadamente, o levemente enfermo. Observará atentamente a los niños y apuntará si hay algún signo de DPC, (edema, masas musculares fundidas, manchas cafés o exfoliaciones, pelo ralo) diarrea y DHE. Expondrá a los padres la conveniencia de inscribirlos en el programa. Proporcionará contraseña para la primera visita con el EPS. Todos estos datos los reportará semanalmente a la enfermera graduada quien los apuntará en libro para la atención del niño con DPC. Cualquier niño con DPC complicado será referido al hospital inmediatamente para evaluación con el EPS.

Instrumento: Promotora

Rendimiento: Número de horas dedicadas anualmente al programa en visita al niño DPC. Número de niños referidos semanalmente. Número de niños inscritos en el programa.

4.2.2.2.B. Atención del Niño DPC: Está actividad será llevada a cabo por el EPS y la enfermera auxiliar de la consulta externa, con los pacientes referidos por la promotora, que llegue espontáneamente u otros medios.

En la primera consulta se establecerá el grado de la misma por medio de los patrones de peso para talla, según la edad y sexo establecidos por el INCAP. Se llevará una ficha para cada paciente en donde se apuntará la historia médica del mismo y su examen físico y de laboratorio. Se le practicarán exámenes de heces, orina y hemoglobina, los cuales serán periódicos según el criterio del EPS.

Los controles se establecerán según las siguientes normas: a) para el DPC grado I y II: cada 4 meses, b) para el grado III sin complicaciones: cada dos meses. La periodicidad de estos controles le he establecido arbitrariamente, por lo que están sujetos a la evolución de la enfermedad.

A todos los niños con DPC se les proporcionará suplemento alimenticio (Incaparina) de tal manera que ingieran un promedio de tres vasos diariamente. Igualmente se les proporcionará vitamina "A" en dosis de 25 a 50,000 unidades diarias según el estado, para los DPC grado II y III. La forma de distribuir estos suplementos queda a discusión si se hará gratuitamente o a bajo costo. Sobre esto podemos adelantar que en los hospitales y centros de salud es de moda utilizar medicamentos que no tienen ninguna utilidad (por ejemplo: porciones antidiarréicas simples o compuestas); siendo así podría utilizarse este dinero en comprar los suplementos apuntados. (Ver Cuadro No. 5)

Instrumento: Médico EPS, enfermera auxiliar de consulta externa.

Rendimiento: Número de horas EPS y auxiliar dedicados a la atención del niño DPC, número de niños con DPC inscritos; número de sobres o perlas de vitamina "A" repartidas.

4.2.2.2.C. Atención del Niño con Síndrome Diarréico y DHE: El síndrome diarréico puede presentarse con DPC o sin ella, así como con DHE en sus diferentes grados.

Estos niños se captarán a través de la promotora, según normas establecidas anteriormente, que llegen espontáneamente o por otros conductos. En la primera consulta se determinará: estado general, examen físico y de laboratorio (se hace hincapié en el de azul de metileno por ser práctico, fácil de hacer y su gran ayuda diagnóstica).

Si el síndrome diarreico es crónico y no complicado: exámenes del laboratorio pertinentes. Según los exámenes físicos y de laboratorio se dará tratamiento específico. Según la evolución del síndrome pueden darse controles por morbilidad (según edad) u hospitalizarse en caso de agudizarse. Se hospitalizarán todos aquellos pacientes en los que teóricamente se sepa que la misma alteraría en forma positiva la evolución de la enfermedad.

En el síndrome diarreico agudo con DHE leve se dará tratamiento ambulatorio específico. Este paciente podría curar o desmojorar a DHE moderado. En este caso se hidratará con soluciones intravenosas y se proporcionará tratamiento específico para la diarrea. A su vez este paciente puede mejorar o empeorar. En el primer caso se tratará ambulatoriamente y específicamente su causa de diarrea, según así se determine por historia, examen físico y de laboratorio. En el segundo caso se hospitalizará para tratamiento intensivo.

Para la hidratación de los pacientes con DHE moderado y severo tendría que crearse un departamento de hidratación. En los casos agudos de DHE sólo se administrarán los tratamientos intensivos en este departamento, y si fuera menester, trasladándolos luego a sus respectivas cunas. La creación de este departamento tiene varias ventajas: a) permite una mejor vigilancia en la hidratación de los pacientes, b) evitaría la hospitalización innecesaria de pacientes con DHE moderado, que al evolucionar en buena forma se les podría tratar ambulatoriamente, c) disminución del costo de hospitalizaciones.

El síndrome diarreico se tratará según su etiología en cada uno de los casos. Todos los casos con DHE severo y/o complicaciones de otro tipo se hospitalizarán (ver diagrama de flujo No. 7).

La auxiliar de enfermería se encargará de cumplir

CAPITULO III

1. ORGANIZACION

1.1. **El Sistema Actual de Prestación de Servicios:** Para el municipio de San Benito el sistema actual de prestación de servicios médicos, se lleva a cabo a través del Hospital Regional. No es como en otros municipios en que se pretende que los diferentes niveles sean:

domicilio— puesto de salud— centro de salud— hospital regional.

La acción de este es puramente curativa; no se ha practicado hasta la fecha un plan de prevención general y específico del municipio (excepto las campañas nacionales de vacunación). En el aspecto de saneamiento el municipio adolece de un sistema adecuado de disponer de las basuras y desechos. Es frecuente ver basureros a orillas del lago Petén Itzá, en las orillas que corresponden al municipio. Con respecto al agua, esta se obtiene directamente del lago sin procesamiento alguno (acarreada) o de pozos construidos en las casas de los vecinos. Se adolece pues, de agua potable.

Ya se ha señalado que el 67.50/o de la población corresponde al grupo M.I. Pensando en ello es que se ha elaborado este programa como algo especial para este grupo de la población. Podría crearse, con la dirección del Hospital Regional, un departamento independiente, el cual estuviese encargado de llevarlo a cabo estrictamente.

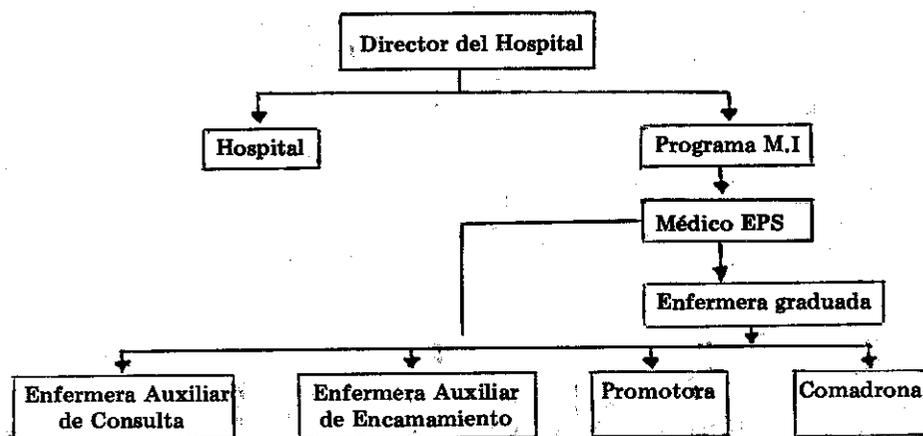
Por otro lado hemos de mencionar que el hospital carece en su mayoría del material y equipo indispensable para la atención adecuada de la madre y el niño.

Otro programa que debe llevarse a cabo en el municipio es el de letrización. Todo con el propósito de dirigir una política preventiva en el campo de la salud de los pobladores.

Con respecto al sistema de referencias, en nuestro caso ya hemos mencionado que para los habitantes del municipio es: domicilio---hospital.

Hemos notado que el personal paramédico no está adiestrado ni consciente del tratamiento preventivo, por lo que se tendrá que orientar educar y concientizar a este grupo en este sentido.

Abajo puede verse la forma en que tendría que manejarse el programa desde el punto de vista organizativo y direccional:



La función del Director será supervisar que el programa se lleve a cabo con plenitud. Sería parte activa y práctica en el momento de resolver problemas de índole médico-quirúrgico. Al supervisar el programa se incluye la evaluación del mismo.

La función del EPS es poner en práctica el programa, así como la de supervisar su desenvolvura. Participará en su evaluación. Es el eje en la práctica. Administrará el funcionamiento del mismo. Bajo su dirección se encuentra la enfermera graduada, las auxiliares, las

las órdenes inmediatas de tratamiento, dirigidas por el EPS.

Instrumento: EPS y enfermera auxiliar de consulta.

Rendimiento: Número de horas dedicadas anualmente a la atención del niño con síndrome diarreico y DHE. Número de niños inscritos en el programa.

4.2.2.2.D. Educación de los Padres de Niños con DPC, Síndrome Diarreico y DHE.

Esta actividad será proporcionada por la enfermera graduada, semanalmente, al grupo atendido durante la semana. Se impartirán charlas y se formarán grupos de discusión acerca de la forma de alimentar a sus hijos, así como sobre la calidad de alimentos que deben ingerirse. Se discutirá sobre la relación del problema de DPC con sus orígenes socio-económicos. (ver Cuadro No. 2).

Instrumento: Enfermera graduada.

Rendimiento: Número de horas dedicadas anualmente a la educación de los padres con niños DPC, diarrea y DHE.

promotoras y las comadronas. Impartirá tratamientos y atención del parto según las normas establecidas en este programa.

La enfermera graduada intervendrá en llevar a la práctica el programa, participando en la supervisión del trabajo de las auxiliares, promotoras y comadronas. Ejecutará exámenes de controles y atención del parto en las pacientes indicados por el EPS.

La enfermera auxiliar llevará a la práctica el programa, participando en cumplir las órdenes impartidas por el EPS y la enfermera graduada (en asuntos de enfermería), así como en los exámenes y atención del parto en los pacientes que indique el EPS.

1.2. Recursos: Para llevar a cabo este programa se necesitan los siguientes recursos:

1.2.1. Humanos: a) un médico EPS, b) una enfermera graduada, c) una enfermera auxiliar de consulta externa, y el siguiente personal que labora con el hospital y sólo habría que incorporarlo al programa: d) auxiliares de encamamiento (una para encamamiento de maternidad y otra para atender a los niños hospitalizados de 0-4 años). La enfermera graduada también es recurso que actualmente labora con el hospital, y solamente tendría que incorporarse al programa, lo mismo que el EPS. Recursos nuevos: e) 15 promotoras en salud f) 2 comadronas. (La enfermera de consulta externa también es un recurso nuevo).

Por otro lado se necesitan adiestrar un promedio de 3 promotoras por año, pues para 1977 la población será de 8,743 habitantes, el número de viviendas de 1,949, el número de visitas por año de 9,355; el número de horas anuales de 37 y por lo tanto 18 promotoras.

1.2.2. Financieros:

Número	Personal	Salario Anual
1	EPS	Q. 2,160
1	Enf. Graduada	Q. 2,400
1	Aux. Enf. Con. Externa	Q. 960
2	Aux. Enf. Encam.	Q. 1,920
15	Promotoras Q. 960 c/u	Q. 14,400
TOTAL.....		Q. 21,940

Como los únicos recursos nuevos, a crearse son la enfermera auxiliar de consulta y las 15 promotoras, el total financiero entre estas es de Q 15,360. El resto del personal, que hace un total de Q 6,580 es personal que labora en el Hospital Regional.

Programa Materno: Se ha calculado que por consulta de una embarazada se gasta un promedio de Q 0.25, lo cual incluye medicina y material. En equipo se gasta un promedio de Q 0.05 por consulta. Sabemos que con la cobertura descrita esperamos 321 embarazos, lo que hace 1,605 consultas prenatales y 321 post-natales, o sea 1,926 consultas (resultado de multiplicar los embarazos esperados por las normas de concentración para este grupo). De donde tenemos que por consulta se gastará un promedio de Q 481.50 y de Q 96.30 para lo relativo al equipo. El promedio de costo diario para el paciente hospitalizado en la maternidad no lo sabemos, pues se ignora en el hospital cuánto se gasta en medicamentos, comida, ropa, etc., para este departamento. Sin embargo el costo diario del paciente hospitalizado, sin especificar su servicio es de Q 10.22. Sabiendo que el promedio de estancias es de 3 días para los 58 partos que se esperan

atender, el costo total es de Q 1,779.28.

Costo total del Programa Materno: Q. 2,357.08

Si en la consulta pre y post-natal se cobrasen los Q. 0.25 del costo por consulta, tendríamos que el costo total sería de Q 1,875.58.

Programa Infantil: En la atención del crecimiento y desarrollo se proporcionarán un total de 2,966 consultas. Para el niño enfermo: 1,147 y para la atención del niño DPC 3,006 consultas. Ignoramos con exactitud el costo por consulta para el del grupo infantil, lo mismo que en gastos de material. Así tenemos que el costo total para los tres grupos es de Q. 1,779.75 y para el costo por gasto de material de Q 356.00. Para la atención del niño DPC tenemos que, para calcular el costo del gasto por la Incaparina nos guiaremos por la cobertura. Sabemos que esperamos 934 desnutridos, si se les proporcionara un vaso tres veces al día, tendríamos que al año serán 1.022,730 vasos de Incaparina. Si se repartieran sobres de cuatro vasos necesitaríamos 255,683 sobres al año. Como el precio por sobre es de Q. 0.04 el costo de los sobres es de Q. 10,227.00.

Para la vitamina "A" el costo por tableta es de Q 0.15. Como éstas sólo se proporcionarán a los niños con DPC grado II y III, de ambos grupos tenemos 372 DPC esperados. La Vitamina "A" se proporcionará, para un mes, una vez al día; de ello deducimos que se proporcionarán un total de 11,160 tabletas en un mes, con un costo de Q 1,674.

Costo por Hospitalización: Como ignoramos qué porcentaje de los niños de 0 a 4 años son hospitalizados anualmente (pues sólo sabemos el número de egresos hospitalarios pediátricos sin contar edad ni origen) haremos los cálculos con tres diferentes porcentajes tomados, según creemos, podría ser en la realidad. Debe investigarse éste dato al finalizar el primer año de llevarse a cabo el programa y adaptarse los cálculos de costo a los datos obtenidos.

Sabemos que el costo diario por paciente hospitalizado es de

Q 10.22 y la población de 0 a 4 años es de 1,434; entonces tenemos:

o/o	No. a hospitalizarse	Estancias en día	Total de día	Costo por día	Total costo al año
10	143	20	2,860	Q 10.22	Q 29,229.20
15	215	20	4,300	Q 10.22	Q 43,946.00
20	286	20	5,720	Q 10.22	Q 58,458.40

*Se tomará el menor costo.

Tenemos que para el costo total del programa infantil necesitamos una cantidad de Q. 44,168.75. (se incluye el costo total de vacunas)

En lo relativo a vacunas: Los nuevos susceptibles de vacunarse se sacan a partir de la mortalidad infantil o neonatal según el caso y restando a los nacidos vivos de 1976 los que se espera que mueran por cada una de las tasas. Como en las campañas nacionales de vacunación se ha tomado en cuenta una cobertura de 80o/o, únicamente se vacunarán a los nuevos susceptibles. El costo de una vacuna puesta en San Benito no se sabe a cabalidad pero a grosso-modo, tomando en cuenta el transporte de la capital hacia el municipio, el material de mantenimiento y el transporte en San Benito, pondremos que por vacuna antisarampionosa se gastará Q 1.50. Para las otras vacunas, de Q 0.25 cada una.

Antisarampionosa:

Mortalidad Infantil: 105X1000 nacidos vivos⁽⁴⁾

Nuevos Susceptibles: Si en 1,000 nacidos vivos, mueren 105, en 280 mueren 29. De donde 280 menos 29 = 251 o sea 251 dosis de Q. 1.50 c/u., tendremos un total Q 376.50. (Esta vacuna se pondrá al cumplir el año de edad)

DPT: Tres dosis segundo y cuarto mes y sexto mes)

Mortalidad Neonatal: 33X1000 nacidos vivos.

Mortalidad Pos-neonatal: 72X1000 nacidos vivos.⁽⁴⁾

Nuevos susceptibles: a) Primera dosis. Si en 1,000 mueren 33 en 280 mueren 9. De donde 280 menos 9 = 271.

Costo por vacuna Q. 0.25.

No. de dosis: 271.

Costo de la 1a. dosis: Q. 67.75

b) Segunda y Tercera dosis. Si en 1,000 mueren 72, en 280 mueren 20. De donde 280 menos 20 = 260.

Costo por vacuna Q 0.25

No. de dosis: 520

Costo de la 2a. y 3a. dosis: Q 130.00

Costo Total del DPT: Q. 197.75.

Antipolio: (tres dosis: segundo, cuarto y sexto mes)

Nuevos susceptibles: Primera dosis: 271.

Costo por vacuna: Q 0.25

Costo de primera dosis: Q 67.75

Nuevos susceptibles: Segunda y Tercera dosis = 520

Costo de 2a. y 3a. dosis. Q 130.00

Costo total Antipolio: Q 197.75.

Antivarifólica: (Una dosis a los 15 meses)

Tasa de mortalidad Infantil: 105X1,000 nacidos vivos. Nuevos

Susceptibles: 251

Costo por vacuna: Q 0.25

Costo total de la vacuna: Q 62.75

BCG: (Una dosis al nacer)

Tasa de Mortalidad Neonatal: 33X1,000 nacidos vivos⁽⁴⁾.

Nuevos susceptibles: 271

Costo por vacuna: Q 0.25

Costo total de la vacuna: Q 67.75

Costo total por todas las vacunas: Q 902.50

Queda por discutir la conveniencia de constituir un local para llevar a cabo este programa con una sala de hidratación adjunto. Se rumora que se construirá un hospital regional, de ser así, en éste podría tomarse en cuenta las sugerencias arriba apuntadas.

1.2.3 **Legales:** La realización de este programa depende básicamente de factores de tipo legal, como los siguientes:

Que:

1. La oficina regional No. 7 de salud diera su aprobación y estuviere de acuerdo con los prolegómenos descritos.
2. Se establezca un sistema de referencias basado en, paciente-promotora-EPS.

3. Se trabaje conjuntamente con la municipalidad de San Benito para que mantuviese información adecuada sobre la morbimortalidad del municipio⁽⁶⁾.
4. El Ministerio de Salud Pública estuviere de acuerdo con la filosofía enmarcada en este programa.

CAPITULO IV

1. EVALUACION DEL PROGRAMA

La evaluación del programa será longitudinal (constante) y vertical (periódica). (9)

Longitudinal, pues se estará evaluando a través de la evolución en la marcha del mismo, con resultados parciales (semanales y mensuales). Vertical, pues anualmente se analizarán los resultados de todos los componentes. Estas evaluaciones se llevarán a cabo en base a indicadores (véase tablas respectivas al final de este programa) para cada contenido o proceso.

1.1. Así para la evaluación del contenido se analizarán si los aspectos técnicos y científicos se están llevando de acuerdo a las necesidades de la comunidad. (p. ej. es la DPC un problema del área, al cual debe dedicarse atención especial?, se justifica la utilización de fumarato ferroso en administración continua a la embarazada?.)

1.2. Para la evaluación del proceso se analizará si se están cumpliendo las funciones: a) curativa, b) preventiva, del programa M.I. (p. ej. Se está vacunando a la población planeada contra la tuberculosis?.)

1.3. La evaluación de la estructura: si se cuenta con el equipo humano y material planeados para la elaboración del programa. Se evaluará si estos recursos están siendo correctamente utilizados a través de las horas que se ha planeado sean dedicadas a cada unidad o p. ej., el número de consultas que sean realizadas durante el año para determinada actividad. Para el material se evaluará p. ej., si se han repartido el número de tabletas estipulado a los pacientes con DPC grado II y III.

1.4. Evaluación por la Comunidad: Definitivamente la evaluación

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

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

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

- coberturas alcanzadas y su comparación con respecto a las planteadas.
- metas alcanzadas y su comparación con respecto a las planeadas.
- objetivos alcanzados y su comparación con respecto a los planeados.

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

- número de controles prenatales, post-natales y número de partos atendidos por cada comadrona.
- número de consultas prenatales, post-natales y partos atendidos por el EPS, la graduada y la auxiliar.

- número de niños DPC atendidos durante un mes. Número de bolsas de Incaparina repartidas.
- número de consultas proporcionadas en un mes para el control del crecimiento y desarrollo.

1.6. Efectos o Eficacia (Evaluación Externa): Como habíamos mencionado, la comunidad tiene derecho a decidir, criticar y señalar errores.⁽⁹⁾ Tiene derecho a evaluar el programa a través del alcance o grado de profundidad que el mismo está provocando en ella. Debe participar en la evaluación sobre los alcances de los cambios cualitativos y cuantitativos logrados. De esta forma podrá ver hasta donde, en los frutos del programa, tiene que declararse satisfecha o preocupada.

Se analizará la opinión que tiene el comité de salud y el interesado sobre las acciones que se realizan en su favor, tomando muy en cuenta sus sugerencias para mejorar o modificar dichas acciones.

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

TABLA No. 4

NUMERO DE HORAS TOTALES DISPONIBLES DE CADA INSTRUMENTO:

Nominación	Total de horas contratadas por año	o/o a emplear en el programa M.I.	Horas dedicará al programa
EPS	2000	60	1200
Enfermera Graduada	2000	80	1600
Auxiliar de Enfermería	3000	80	2400
Promotora	2000	25	500
Comadrona	no está sujeta a horario.		

CUADRO No. 1. Ver explicación en el texto

Actividad	Universo	Visitas por vivienda (6)			Concentración	Denominación	Rendimiento	Balance	Ajuste	Metas de Actividad
		Cobertura S.N. 80% Observ.	No Hay*	Observado						
Visita Domi- liaria.	1604 Viviendas	9	7	No	6 visitas por año 1 c/2 meses	Hora Promotora	una visita por hora 7 6 9 Hrs.	-	-	Proporcionar 7699 visitas al año
		6	6	Hay*						
		2	9							
		4	9							
C o n s u l t a	401 Em- barazos E.P.S.	Cobertura 80% Segun 80% Observado			2 consultas por E.P.S. 642 consultas 3 consultas graduadas 963 3 consultas Aux. 963	Hora E.P.S. Hora Graduada Hora Aux. de consulta	6 por hora 107 horas 161 Horas 4 por hora 24 por horas	1200 Horas E.P.S. 1600 Horas Graduada 2400 Horas Aux. Enf.	1193 horas E.P.S. 1439 horas Auxiliar	Dar 642 consultas E.P.S. al año Dar 963 consultas E.P.S. graduada al año. Dar 963 consultas E.P.S. graduada auxiliar al año.
		401	321	No Hay						
		401	321							
		401	321							
Atención del parto hospita- lario.	361 Cobertura 80% 289	Número de consultas dadas por mes.			Encamamientos 3 días cama 174 días cama	Días Cama		2454 Días Cama	2454 Días Cama	Proporcionar 174 días cama al 100% de la cobertura de a- tención del parto hospitalario.
		S.N. 20%	No Hay							
Visita Hospitala- ria Pos-par- tum	58	2	58	No Hay	Visita cama 580 minutos - 10 Hrs. 580 minutos - 10 Hrs. 580 minutos - 10 Hrs.	Hora E.P.S. Hora Graduada Hora Aux. Enf. de er- mamiento		1193 - 10	1183 horas E.P.S. 1429 horas Graduada 2390 Horas Aux. de enca- miento	Proporcionar 10 horas cama al a- ño en visita hos- pitalaria del 100% de la cobertura. E.P.S. graduada, aux. encamiamien- to.
		S.N. 100%	No Hay	E.P.S. Graduada Auxiliar Encama- miento						

* La palabra No Hay, se refiere a que no existe cobertura observada.

CUADRO No. 2. Ver explicación en el texto

Actividad	Universo	Cobertura			Concentración	Denominación	Rendimiento	Balance	Ajuste	Metas de Actividad				
		Segun normas	80o/o	observado										
Atención del parto hospitalario E.P.S.	Partos esperados según cobertura 289	2	58	no hay	-	Hora E.P.S.	un parto por hora	1,183-58	1,135	- Atender a las primigestas n.l.s., y complicadas así como a las múltiparas con los abtecedentes apuntados en las normas				
Graduada		8	58				Hora Graduada				58 horas	1,429-58	1,371	- Atender a las múltiparas con antecedentes establecidos en las normas
Auxiliar de Encamamiento		9	58				Hora Auxiliar de Encamamiento				58 horas	2,159-58	2,332	- Atender a las múltiparas sin antecedentes patológicos y evolución n.l. del embarazo
Educación de la mujer embarazada	361	3 6 1	80o/o 2 8 9	no hay	1 hora por semana. 48 semanas al año	Hora Graduada	Una hora por Semana 48 horas	1,371-48	1,323	Proporcionar 48 horas al año en educación de la embarazada.				
Educación de los padres con hijos DPC y vigilancia del crecimiento y desarrollo	Niños de 0-4 años. 1,434	1 4 3 4	80o/o 1 1 4 7	no hay	1 hora por semana 48 semanas al año.	Hora Graduada	Una hora por Semana 48 horas	1,323-48	1,275	Proporcionar 48 horas al año en educación de la madre y padre con niños D.P.C. y en la vigilancia del crecimiento y desarrollo.				

66

CUADRO No. 3. Ver explicación en el texto

Actividad	Universo	Cobertura			Concentración	Denominación	Rendimiento	Balance	Ajuste	Metas de Actividad
		Segun normas	80o/o	observado						
Consulta Post-natal E.P.S.	289 Partos atendidos esperados	S.N. 100o/o	Observado		1 consulta E.P.S. = 58 consultas	Hora E.P.S.	6 por hora - 10 horas	1,135-10	1,125	Proporcionar 58 consultas E.P.S. Post-natal si fuera necesario.
Graduada	58	58	58	no hay	1 consulta Graduada = 58 consultas	Hora Graduada	- 10 horas	1,275-10	1,265	Proporcionar 58 consultas post-natal Graduada y auxiliar encamamiento si fuera necesario.
Auxiliar de Enfermería Consulta					1 consulta aux. de consulta = 58 Cons.	Hora Auxiliar	4 por hora - 15 horas	2,159-15	2,144	
Sub-Programa Infantil										
Visita Domiciliaria	1604 viviendas	Visitas por cobertura vivienda: 6 S.N. 80o/o			1 visita cada 2 meses 6 por año	Hora Promotora	1 visita por hora 7699 hora promotora	-	-	Proporcionar 7,699 visitas al año para detectar el grupo infantil.
Consulta para la vigilancia del crecimiento y desarrollo	280 niños menores de un año EPS	Cobertura S.N. 80o/o observado			5 consultas al año: 3a IEPS y 2 la graduada 3 consultas EPS. la 1a, 2a y 5a. 672	Hora E.P.S.	6 por hora 112 horas	1,125 112	1,013	Proporcionar 672 consultas al grupo menor de 1 año para la vigilancia del crecimiento y desarrollo.
Grupo Menores de un año	Graduada	2 8 0	2 2 4	no hay	2 consultas graduada: la 2a y 4a. 448	Hora Graduada	75 horas	1,265-75	1,190	Proporcionar 448 consultas al grupo menor de 1 año para la vigilancia del crecimiento y desarrollo.
	Auxiliar de consulta					Hora * auxiliar	224	2,144-224	1,920	Proporcionar 224 Hrs. para ayudar en la atención del crecimiento y desarrollo
						(*) por cada hora EPS: 2 auxiliar				

67

CUADRO No. 4. Ver explicación en el texto

Actividad	Universo	Cobertura		Concentración	Denominación	Rendimiento	Balance	Ajuste	Metas de Actividad
		S.N. 800/c	Ob.						
Consulta, para la vigilancia del crecimiento y desarrollo del grupo de 1-4 años	1,154	1 1 5 4	9	Una consulta, E.P.S. la primera	Hora E.P.S.	6 por hora	1,013- 154	859	Proporcionar 923 consultas al grupo de uno a 4 años por vigilancia del crecimiento y desarrollo en un año.
			2	923 consultas					
			3	Una consulta la segunda					
				923 consultas	Hora graduada	154	1,036	Proporcionar 308 consultas para ayudar en la atención de la consulta de los niños de 1-4 años en la vigilancia de su crecimiento y desarrollo	
				-	Hora auxiliar de consulta	308	1,920- 308	1,612	
Consulta por morbilidad. Grupo menor de un año	280 niños menores de 1 año	2 8 0	2	Una consulta por morbilidad	Hora E.P.S.	6 por hora	859- 37	822	Proporcionar 224 consultas por morbilidad al grupo menor de un año.
			4	224 consultas					
				-	Hora auxiliar de consulta		1,612- 74	1,538	Proporcionar 74 horas para ayudar en la consulta por morbilidad al grupo menor de 1 año.
consulta por morbilidad. Grupo de 1-4 años.	1,154	1 1 5 4	9	Una consulta por morbilidad	Hora E.P.S.	6 por hora	822- 154	668	Proporcionar 923 consultas por morbilidad al grupo de 1-4 años.
			2	923 consultas					
				-	Hora auxiliar enfermería	308 Hrs. Aux. Enfermería	1,538 308	1,230	Proporcionar 308 horas para ayudar en la consulta por morbilidad del grupo de 1-4 años.

68

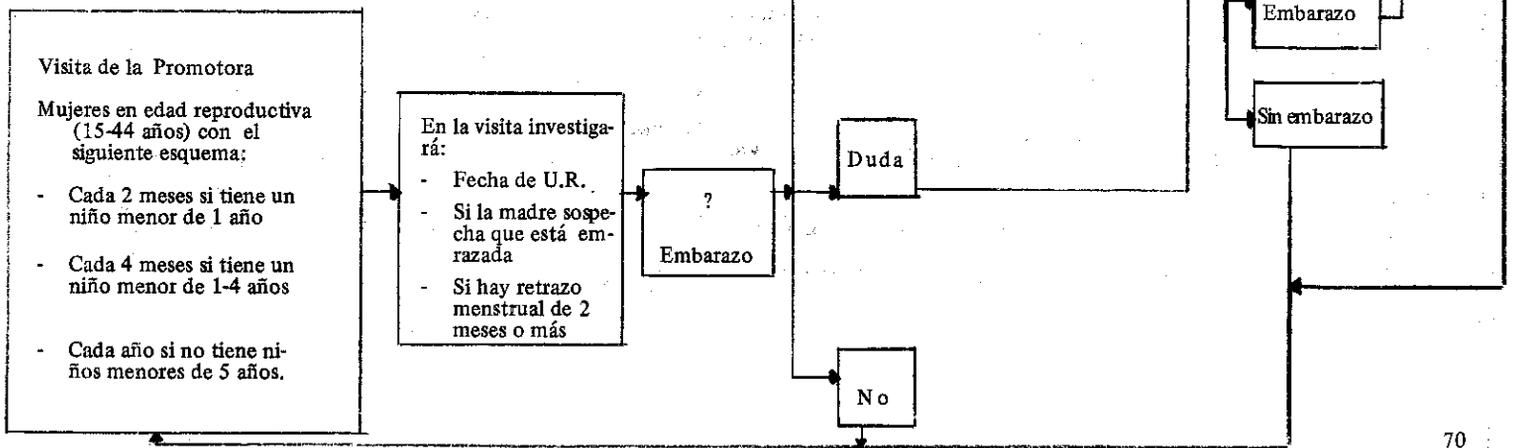
CUADRO No. 5. Ver explicación en el texto

Actividad	Universo	Cobertura		Concentración	Denominación	Rendimiento	Balance	Ajuste	Metas de Actividad
		S.N. 800/c	observado						
Atención del niño DPC	1,168 DPC Grado 1 703	7 0 3	5	3 consultas al año 1 c/4 meses	Hora E.P.S.	6 por hora	668- 281	387	Proporcionar 1,686 consultas anuales al grupo DPC G. 1
			6	1,686 consultas					
			2	Hora auxiliar consulta					
					Hora auxiliar de consulta	562 Hrs.	1,230- 562	668	Proporcionar 562 horas aux. Enf. en la atención del niño DPC G. 1
	Grado 2 380	3 8 0	3	3 visitas al año una c/4 meses	Hora E.P.S.	6 por hora	387- 152	235	Proporcionar 912 consultas anuales al grupo DPC G.II
			4	912 consultas					
					Hora auxiliar de consulta	304 Hrs.	668- 304	364	Proporcionar 304 Horas; Aux. Enf., en la atención del niño DPC G. II
	Grado 3 85	85	68	6 consultas al año una c/4 meses	Hora E.P.S.	6 por hora	235- 68	167	Proporcionar 408 consultas anuales al grupo DPC G.III
				408 consultas					
					Hora auxiliar de consulta	136 Hrs.	364- 136	228	Proporcionar 136 horas Aux. Enf. en la atención del niño DPC G. III

69

Diagrama de Flujo No. 1

Sub-programa materno



Señoras con diagnóstico confirmado de embarazo 23s. o más.

Primera y última entrevista médico E.P.S. para historia y clasificación.

Diagrama de flujo del control de embarazo

No. 2

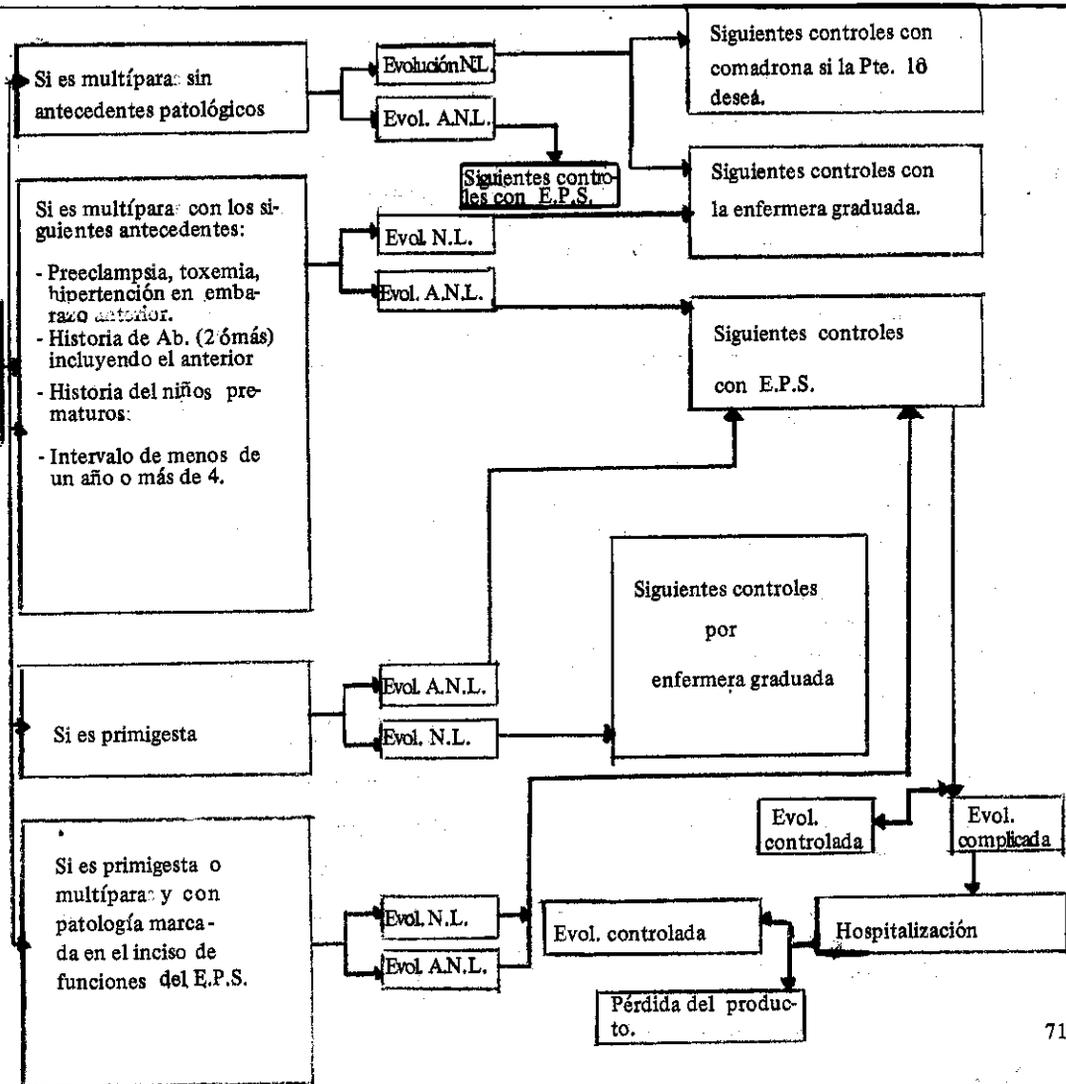


Diagrama de flujo No. 3

Atención del parto.

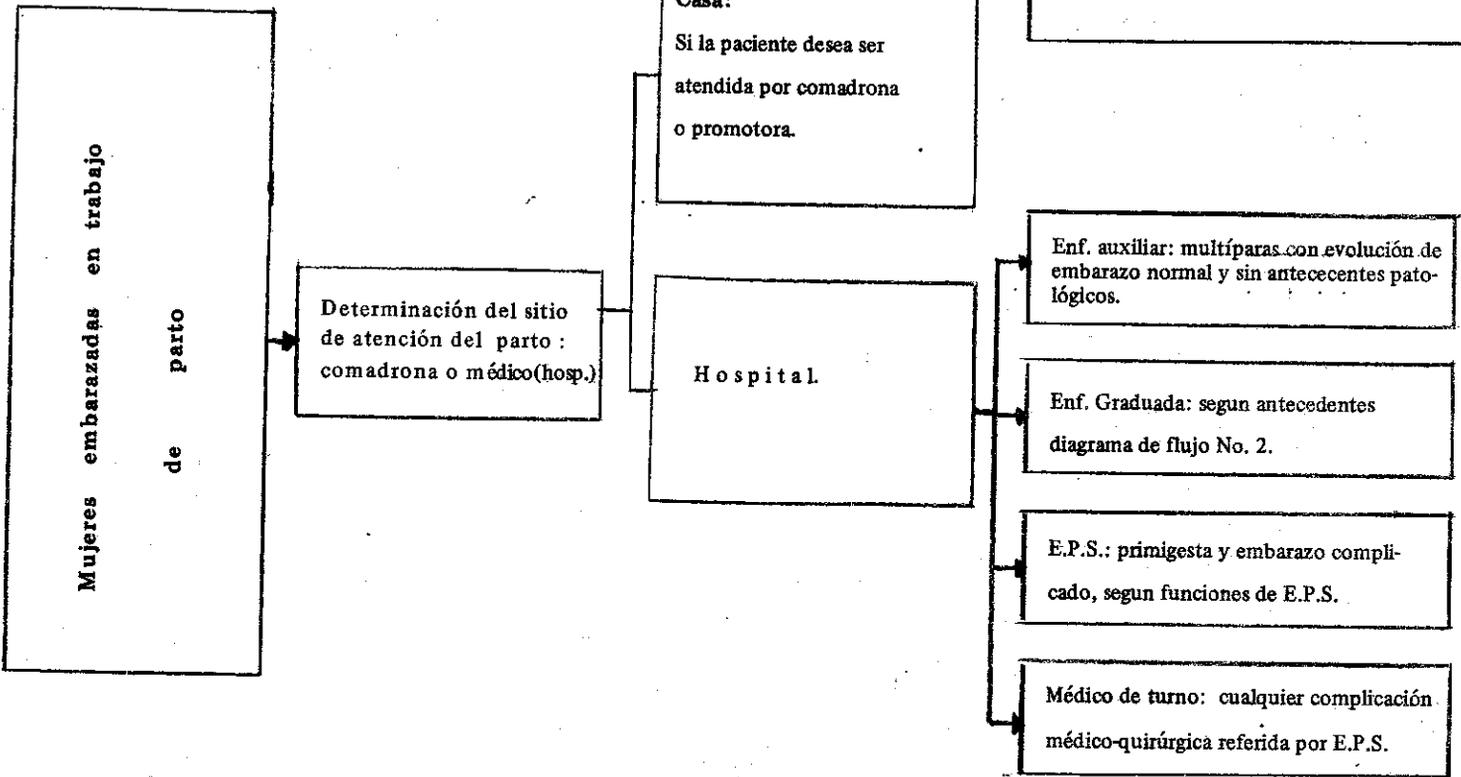


Diagrama de flujo de control Post-natal

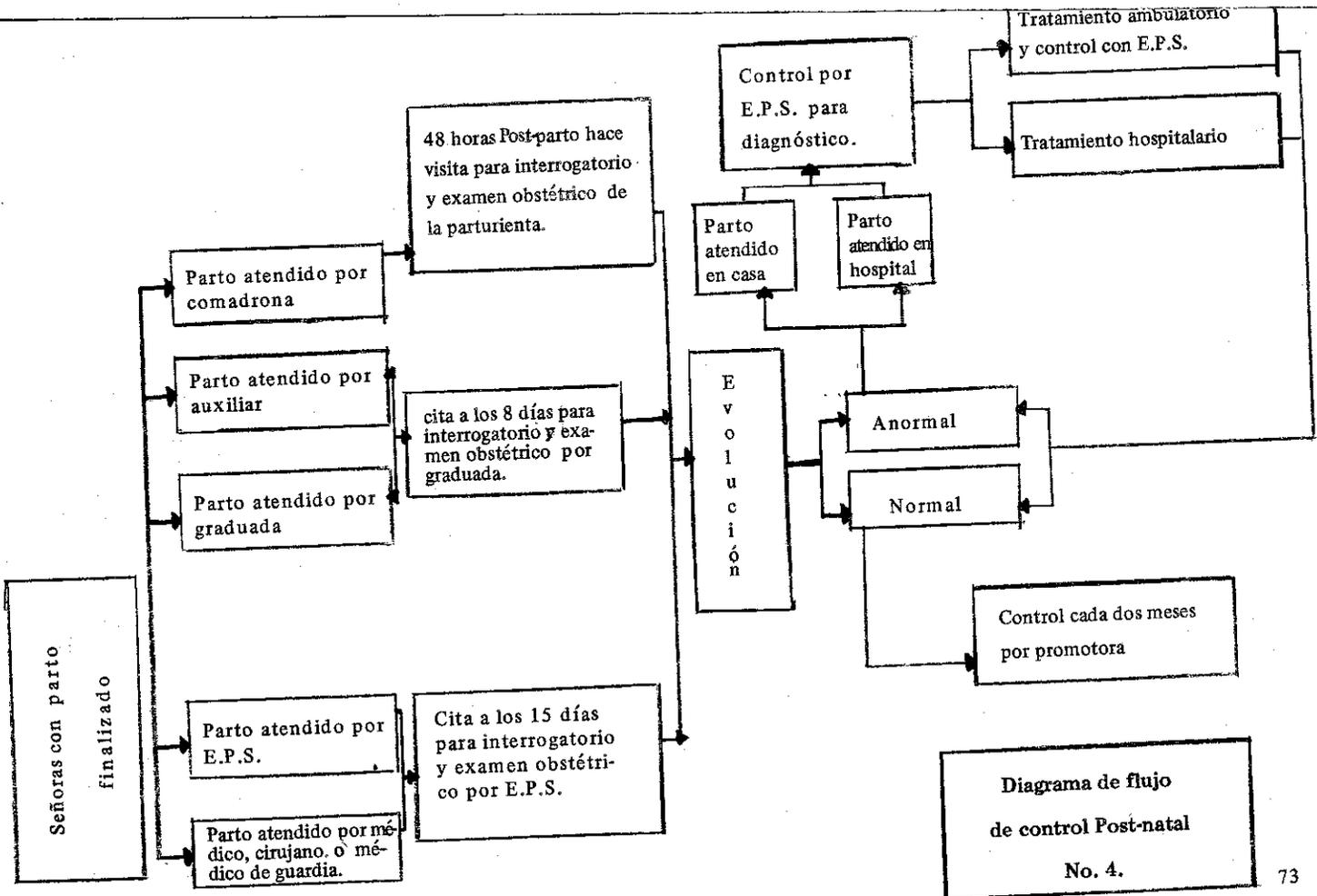


Diagrama de flujo de control Post-natal

Visita de la Promotora:

Interroga sobre:

- Niños menores de 1 año
- " " de 1-4 años
- Sexo y nombre de los niños

Detecta problema de DPC y otros.

Educa a los padres sobre la conveniencia de inscribir a sus niños en el programa.

* Vale para este diagrama los niños que lleguen espontáneamente u otros medios.

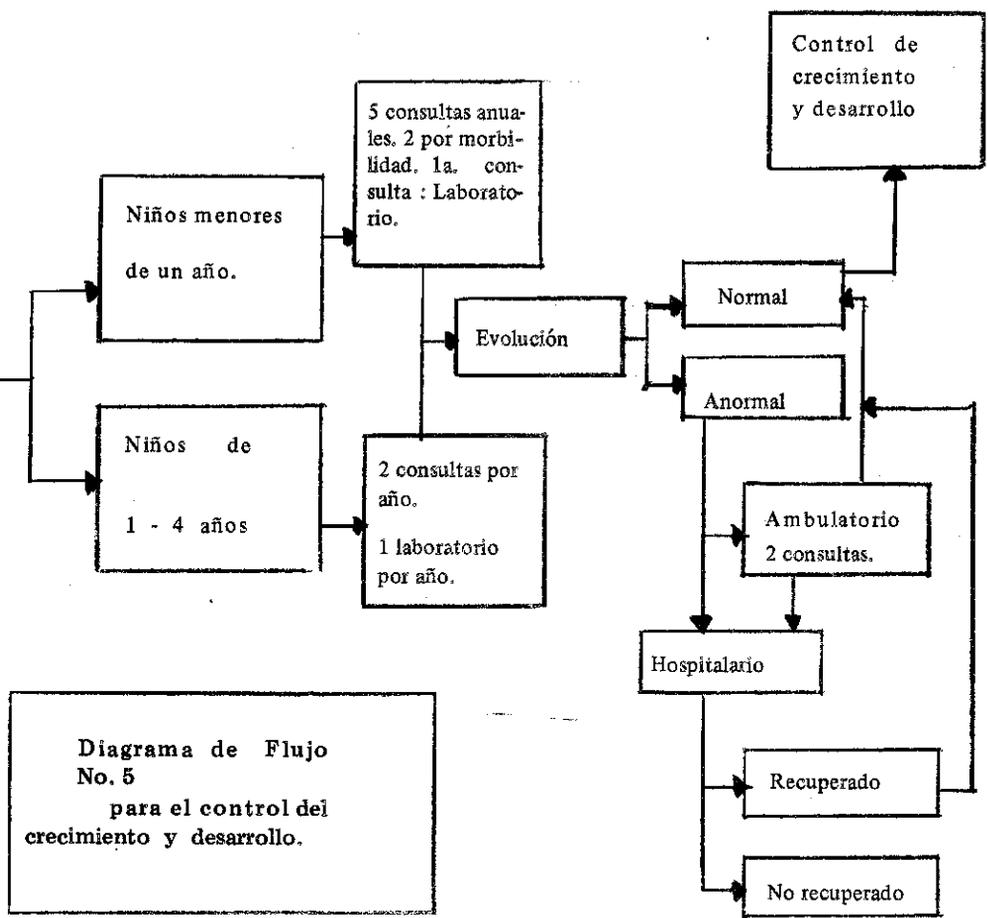


Diagrama de Flujo No. 5 para el control del crecimiento y desarrollo.

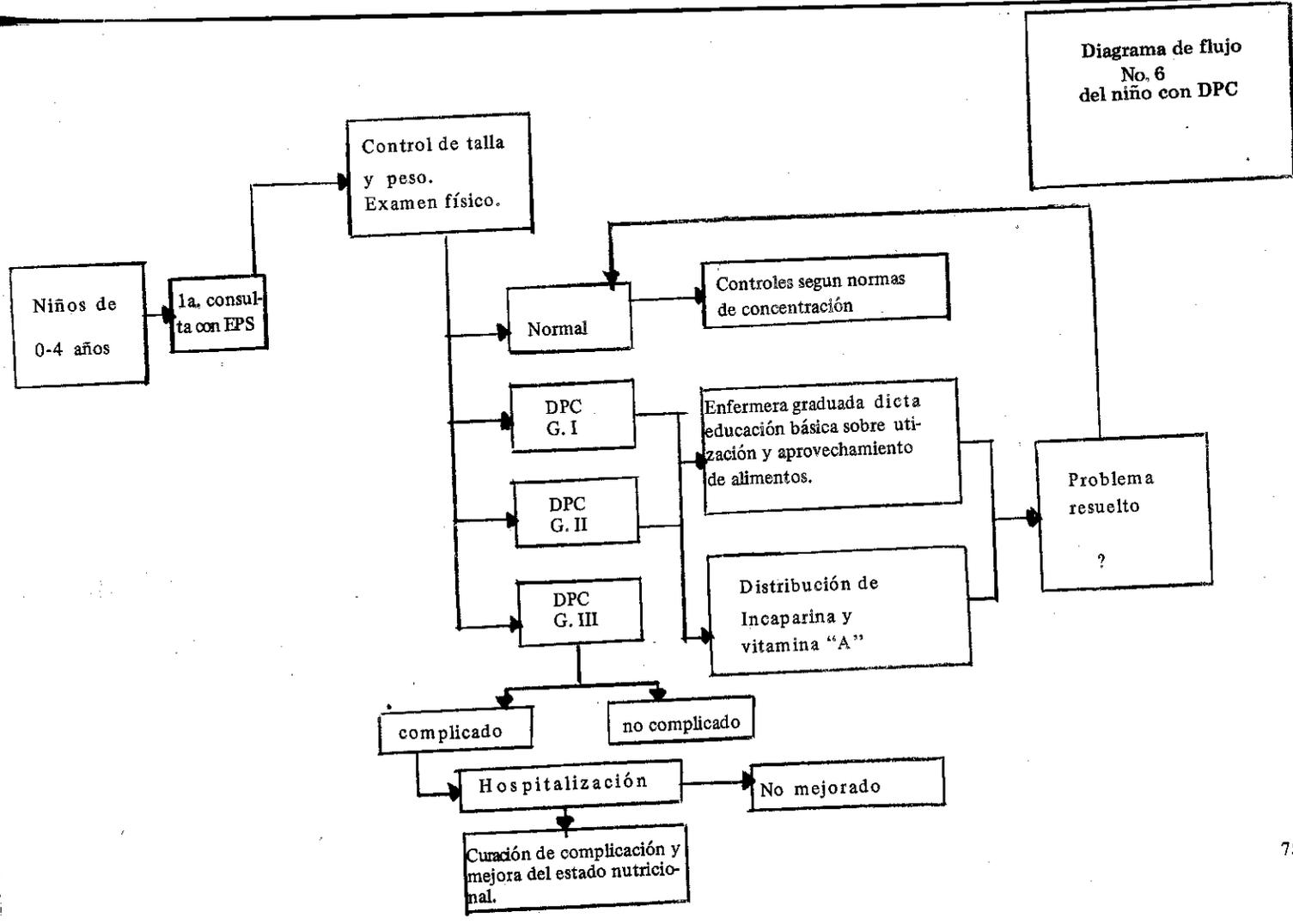
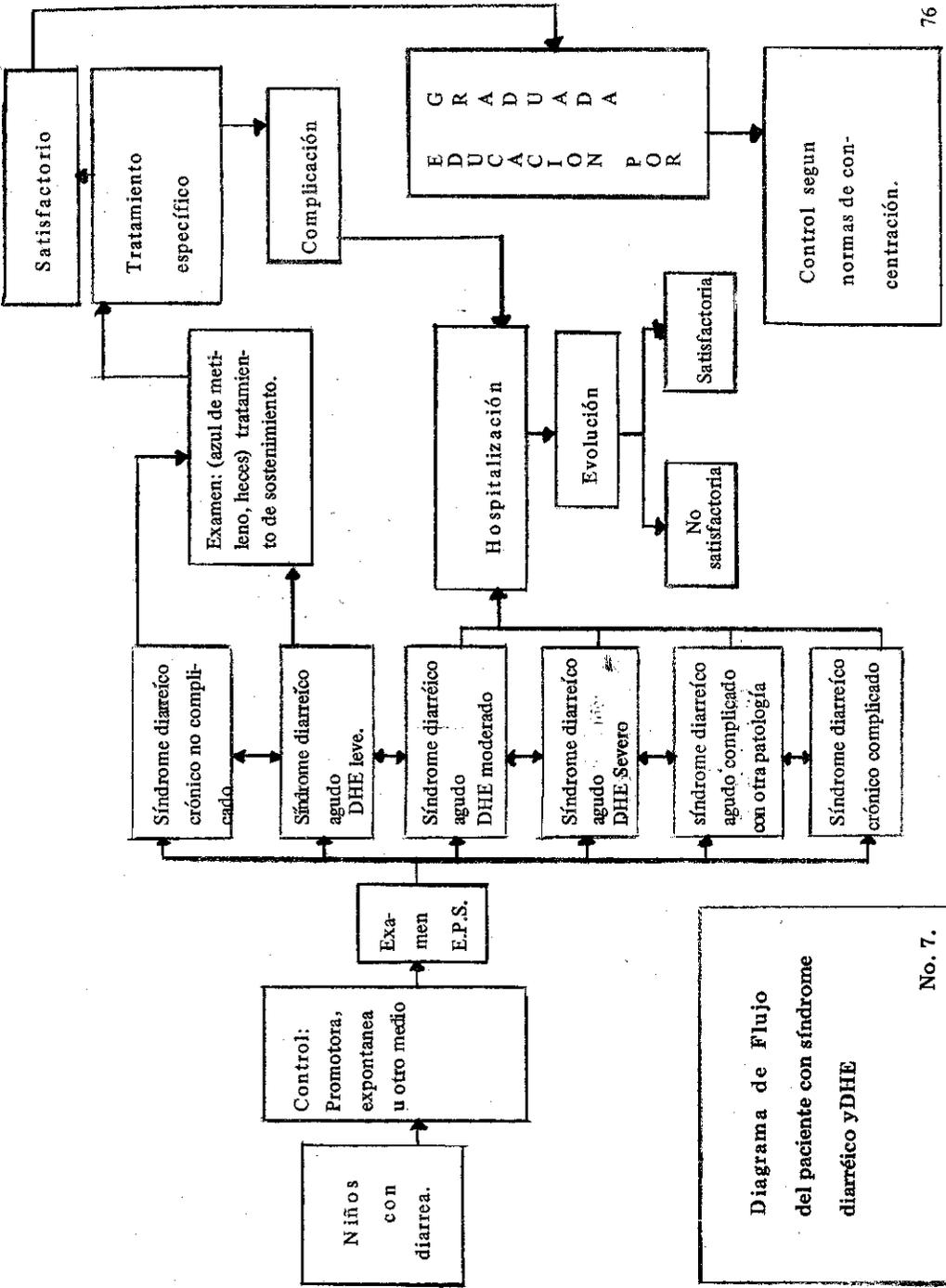


Diagrama de flujo No. 6 del niño con DPC



CAPITULO V

1. SUB-PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO DE COMADRONAS Y PROMOTORAS

1.1. INTRODUCCION:

En el programa que con anterioridad terminamos de plantear, dejamos plasmado que el 80o/o de la cobertura de los partos esperados iban a ser atendidos domiciliariamente por la comadrona. De las entrevistas realizadas para saber con cuántos recursos médicos cuenta la población de San Benito nos encontramos con siete: un sobador, un recetador, una ensalmadora y cuatro comadronas. De estas últimas, habíamos mencionado que una es auxiliar de enfermería del hospital y que prácticamente no ejerce sus habilidades; otra de ellas es una anciana de 80 años que nos transmitió sus deseos de retirarse muy pronto de su profesión.

Contamos pues con dos comadronas para atender 131 partos al año. Esto actualmente no sería un problema pues teóricamente cada comadrona atendería, una: 65 partos y la otra 66 al año, o sea un promedio de 5 ó 6 partos al mes. Sin embargo en el futuro, al crecer la población y existir el mismo número de comadronas las cosas se complicarían un poco. La razón de adiestrar comadronas es esa: estar preparados para que al crecer la población se pueda seguir atendiendo domiciliariamente el parto.

Hemos encontrado en la comadrona un venero utilísimo. No ignoramos que una comadrona adiestrada repentinamente en un programa como este, frente a las de ya largos años de experiencia no tiene equivalente. Sin embargo las viejas comadronas tienen cosas nuevas que aprender. Por ello se tratará de incorporarlas a este programa de adiestramiento.

Ha habido en el área programas de adiestramiento de comadronas. Nadie sabe para qué las han adiestrado; ha sido como hechar monedas en saco roto. Razón de ello es que no exista supervisión para las mismas. En este programa tratamos de salvar esos problemas.

La primera parte del programa corresponde a un análisis de cuánto saben las comadronas, qué saben y qué no saben. Para esto se empleó el instrumento No. 2 (entrevista al recurso natural). La segunda parte es una consideración de los objetivos y actividades que las comadronas deberán de llenar al terminar el curso de adiestramiento. Por último la tercera parte es el programa propiamente dicho, en el cual se apuntan los temas a enseñar, quién los enseñará, el tiempo que se llevará cada tema y cómo se evaluará a la comadrona.

1.2. EL INSTRUMENTO No. 2

A continuación ponemos las preguntas del Instrumento No. 2.

1.) Con qué enfermedades se puede complicar el embarazo. 2.) Cuáles son las complicaciones más frecuentes del parto. 3.) De qué se enferman más las señoras después del parto. 4.) Porqué nacen niños pequeños. 5.) Qué le recomienda que coma la madre cuando está embarazada o dando de mamar. 6.) Qué le recomienda a la madre que haga para el cuidado del niño antes de los 28 días. 7.) Qué le recomienda a la madre que haga para el cuidado del niño después del primer mes hasta el año de edad. 8.) Qué le recomienda a la madre que haga para el cuidado del niño de 1 a 4 años. 9.) Cuánto tiempo cree usted que debe dar de mamar la madre. 10.) A qué edad se le pueden dar otros alimentos al niño además del pecho. 11.) A qué edad el niño ya puede comer de todo. 12.) De qué se enferman más frecuentemente las mujeres de 15 a 44 años cuando no están embarazadas. **GRUPO INFANTIL:** a) De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los niños de 0 a 28 días. b) De qué se enferman y mueren más frecuentemente los niños desde el 2o. mes hasta cumplir el primer año. c) De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los niños de 1 a 4 años. d) De qué se enferman y se mueren más

frecuentemente los niños de 5 a 9 años. e) De qué se enferman y mueren más frecuentemente los niños de 10 a 14 años. **PROBLEMAS DE SALUD GENERALES DE LA POBLACION.** a) De qué se enferman y mueren más frecuentemente los hombres de 15 a 44 años. b) De qué se enferman y mueren más frecuentemente los hombres y las mujeres después de los 45 años. **PROBLEMAS ESPECIFICOS.** a) Tuberculosis. a-1) Conoce la tuberculosis?, a-2) se pega?, a-3) Se cura?, a-4) hay vacuna?, a-5) qué la produce?. b) Malaria: b-1) conoce la malaria?, b-2) se pega?, b-3) se cura?, b-4) hay vacuna?, b-5) cómo se contrae?, b-6) cómo se combate?. c) Desnutrición: c-1) conoce la desnutrición?, c-2) se pega?, c-3) se cura?, c-4) qué la produce?, c-5) cómo se cura?, c-6) qué se recomienda para que ya no se de?. d) Accidentes: d-1) hay muchos accidentes?, d-2) cuáles son los más frecuentes?, d-3) cómo los trata?, d-4) cómo se evitan. **OTROS PROBLEMAS DEL AREA. CIENCIA Y TECNOLOGIA QUE APLICA ANTE LOS PROBLEMAS:** 1.) Cómo conoce o diagnostica los riesgos de enfermar y morir por grupos etarios. 2.) cómo previene o evita que den esos males. 3.) cómo cura esos males. 4.) las enfermedades de la embarazada cómo las conoce o diagnostica. 5.) cómo las trata. 6.) cómo las previene. 7.) los problemas del parto cómo los conoce o diagnostica. 8.) cómo los previene. 9.) cómo los trata.

1.3. PARTE PRIMERA

1.3.1. Respuestas a las preguntas Planteadas en el Instrumento número dos, según el punto de vista Médico.

Las respuestas están en base a la Obstetricia de Schwarcz. Las preguntas que hayan sido contestadas según las siguientes respuestas se consideran dentro de normas. La enfermedad es válida si sólo se describen los signos o síntomas. Por ejemplo la hiperemesis gravídica es correcta si se contestó: vómitos constantes en los primeros meses del embarazo, a algo similar.

Respuestas a la pregunta No. 1 a) hiperemesis gravídica, b) toxemia c) hemorragias (aborto, mola, embarazo ectópico, placenta previa,

desprendimiento prematura de placenta, ruptura uterina) d) infección urinaria e) DPC-anemia.

Respuesta a la pregunta No. 2 a) retención de placenta, b) rasgaduras perineales, c) prociencia de miembros, d) hemorragias, e) trastornos de la contractilidad utrina.

Respuesta a la pregunta No. 3 a) mastitis, b) endometritis.

Respuesta a la pregunta No. 4 a) causas maternas: toxemias, infecciones, tumores, trastornos psíquicos, desnutrición, madres fumadoras, disfunción placentaria; b) causas fetales: embarazo múltiple, c) causas desconocidas.

Respuesta a la pregunta No. 5 a) CHO: cereales, azúcares, arroz, papas legumbres, verduras, frutas, b) proteínas: leche, carne, queso, huevos, c) Grasas: leche, aceites, carne y huevos, d) vitaminas liposolubles, vitaminas del complejo B, y C, e) sales de sodio, calcio hierro y potasio.

Respuesta a la pregunta No. 6 a) de higiene: cuidados del cordón, baños diariamente, cuidar los pliegues genitales, la cavidad oral, ojos, nariz y oídos, vestidos suaves, mantenerlos abrigados, alejarlos del polvo, ruidos intensos, tabaco, aglomeración, sacarlo a pasear a los 8 días en verano y a los 15 en invierno b) lactancia: de preferencia natural, cuidados de los senos o en su caso de las pachas.

Respuesta a la pregunta No. 7 a) inmunizaciones, control médico periódico ,b) alimentación: agregar cada mes los alimentos indicados hasta que al año coma lo mismo que el adulto c) vestido limpio, baño diario.

Respuesta a la pregunta No. 8 a) controles médicos periódicos, refuerzos de inmunizaciones, b) alimentación variada que contengan los tres grupos alimentarios, vitaminas y minerales, c) inicio de educación preprimaria.

Respuesta a la pregunta No. 9 al año.

Respuesta a la pregunta No. 10 al mes.

Respuesta a la pregunta No. 11 al año

Respuesta a la pregunta No. 12 (4)

a) enferman: Parasitismo, GECA, gastritis, IRS, complicaciones del embarazo parto y puerperio, DPC del adulto, malaria, leishmaniasis cutánea, bronquitis, b) mueren: no especificadas.

Las respuestas que continúan están basadas al trabajo EPS del primer semestre de 1974, Diagnóstico de Salud del Municipio de San Benito y Flores, de la a) hasta la e).

Grupo Materno Infantil

Respuestas a los incisos A y B a) enferman: GECA, DHE, IRS, parasitismo intestinal, bronconeumonía, DPC, encefalitis, b) mueren: GECA, DHE, muerte intraútero, prematuridad, broncoceneumonía, DPC, septicemia.

Respuesta al inciso c: a) enferman: infecciosas y parasitarias, IRS, GECA, ECA, DHE, bronquitis, asma, amebiasis, b) mueren: GECA, DHE, DPC, bronconeumonía.

Respuesta al inciso d: a) enferman: Infecciosas y parasitarias, GECA, ECA, DHE, IRS, traumatismos y violencias, bronquitis, bronconeumonía b) mueren: las mismas que las anteriores.

Respuesta al inciso e: a) enferman: infecciosas y parasitarias, accidentes y envenenamiento, GECA, IRS, DPC, Cáncer (?) leishmaniasis cutánea.

PROBLEMAS DE SALUD GENERAL DE LA POBLACION:

Respuesta a los incisos a y b en base del trabajo EPS primer semestre de 1974 mencionado anteriormente.

Respuesta a los incisos A y B: igual que pregunta No. 12 excepto las relacionadas con embarazo parto y puerperio, más tuberculosis pulmonar y "enfermedades del corazón".

PROBLEMAS ESPECIFICOS: a) Tuberculosis: a-1: si, a-2: si, a-3: si, a-4: si, a-5: Bacilo de Koch. b) Malaria: b-1: si, b-2: no, b-3: si, b-4: no, b-5: picadura de anopheles, b-6: roseando casas y charcas y con fármacos específicos. c) Desnutrición: c-1): si, c-2) no, c-3: si, c-4: falta de buena alimentación, c-5: que tome en cuenta factores socioeconómicos. c-6: criterio personal. d) accidentes: d-1. si, d-2: objeto contra persona (atropellados por autos), persona contra persona (golpeados por encuentros de futbol), objeto contra objeto (choque de autos), persona contra objeto (caídas de árbol) d-3: según la etiología y severidad de cada uno. Enviarlo al médico. d-4: debe tener el concepto que los accidentes no son producto de la casualidad si no del descuido de las personas.

OTROS PROBLEMAS DEL AREA:

a) leshamianiasis cutánea, b) miasis, c) dermatitis a Chechen, d) mordedura de serpiente.

CIENCIA Y TECNOLOGIA QUE APLICA ANTE LOS PROBLEMAS

Respuesta a la pregunta No. 1: Que lleve una estadística o tenga noción del problema por grupos etarios.

Respuesta a la pregunta No. 2 y 3: Dando medidas preventivas y curativas a cada patología en el ambiente, huésped y el agente.

Respuesta a la pregunta No. 4: a) por historia b) por examen físico c) por observación d) conocimientos recibidos por tradición oral.

Respuesta a la pregunta No. 5: a) medidas específicas a cada caso b) referirlas al médico.

Respuesta a la pregunta No. 6: a) debería tener conocimiento de la historia y epidemiología de la enfermedad b) debería llevar controles prenatales.

Respuesta a la pregunta No. 7: a) obervación, b) tacto vaginal, c) palpación, d) historia de la enfermedad.

Respuesta a la pregunta No. 8 igual que la pregunta 6.

Respuesta a la pregunta No. 9 igual que la pregunta No. 5.

1.3.2. Número de respuestas correcta a cada pregunta:

GRUPO MATERNO:	Pregunta	Dentro de Normas	Fuera de Normas
	a	4	0
	b	4	0
	c	2	2
	d	3	1
	e	2	2
	f	4	0
	g	2	2
	h	2	2
	i	3	1
	j	1	3
	k	2	2
	l	2	2

GRUPO INFANTIL PREESCOLAR Y ESCOLAR	Pregunta	Dentro de Normas	Fuera de Normas
	a	2	2
	b	2	2
	c	2	2
	d	1	3
	e	1	3

PROBLEMAS DE SALUD GENERALES DE LA POBLACION			
	a	1	3
	b	2	2

PROBLEMAS ESPECIFICOS

TUBERCULOSIS			
	c-1	4	0
	c-2	4	0
	c-3	4	0
	c-4	2	2
	c-5	0	4

MALARIA			
	c-1	4	0
	c-2	2	2
	c-3	3	1
	c-4	2	2
	c-5	2	2
	c-6	2	2

DPC			
	c-1	3	1
	c-2	2	2
	c-3	3	1
	c-4	3	1
	c-5	3	1
	c-6	2	2

Pregunta	Dentro de Normas	Fuera de Normas	
Accidentes	c-1	4	0
	c-2	4	0
	c-3	2	2
	c-4	0	4

Otros problemas del Area	1	2	2

Ciencia y Tecnología Que aplica ante los problemas	1	0	4
	2	0	4
	3	0	4
	4	3	1
	5	2	2
	6	0	4
	7	2	2
	8	0	4
	9	1	3

1.3.3. LO QUE RESPONDIERON:

Enfermedades con las que se complica el embarazo:

Respuesta	Respondieron
Enfermedades de los riñones	1
Vómitos	4
Nausea	1
Anemia	1
Desnutrición	1
Hinchazón de pies	1
Dolor de cabeza	1
Fiebre	1
Mareos	1

Complicaciones del Parto	Respuesta	Respondió
	Procidencia de miembros	4
	Hemorragias	1
	Retención de placenta	2
	Agudas	1
De qué se enferman más las señoras después del parto	Hemorragias	1
	Dolor de pechos	1
	Calenturas	1
	Infección de loquios	1
	Estreñimiento	1
Porque nacen niños pequeños	Desnutrición	3
	No sabe	1
	Sífilis	1
	"otras enfermedades"	1
Qué le recomienda a la madre que coma cuando está embarazada o dando de mamar	Que se alimente bien	2
	Vitaminas, hierro y calcio	1
	No las instruye	1
	Variedad de alimentación	1
Cuidados del niño antes de los 28 días	Cuidados de alimentación	1
	Cuidados de higiene	4
	Cuidados del cordón	2
	Cuidados de hábito	1
Del mes al año	Ninguna recomendación	3
	Alimentarlos con jugos	1
	Examinarles la boca	1
De uno a 4 años	Ninguna recomendación	2
	Que visite al médico	2
Cuánto tiempo debe dar de mamar la madre	Es criterio de ellas	1
	Hasta los 6 meses	2
	Hasta los 7 meses	1

Edad a las que deben ingerir otros alimentos

De qué se enferman más frecuentemente las mujeres de 15-44 años no embarazadas

De qué se enferman y mueren los niños de 0-28 días

2o. mes al año

1 a 4 años

Respuesta	Respondió
4 meses	1
al mes	1
no sabe	1
2 meses	1
Hemorragias genitales	1
Ignora	2
Amebiasis	1
Calenturas	1
Paludismo	1
Catarros	1
Trastornos de la regla	1
Sarampión-varicela	1
Crecimiento de bustos	1
Ignora	1
Calenturas	2
Catarros	1
Infección del cordón	1
Ataques	1
Bronconeumonía	1
Diarrea	1
Hemorragia Genital	1
Diarrea	2
Ignora	2
Catarros	1
Fiebre	1
Sarampión	1
Ignora	2
Diarrea	1
Catarros	1
Desnutrición	1
Anemia	1
Sarampión	1
Pulmonía	1

	Respuesta	Respondieron
5 a 9 años	Ignora	3
	Polmonía	1
	Lombrices	1
	Infección intestinal	1
10 a 14 años	Ignora	2
	Del desarrollo	1
	Fatigas	1
	Anemia	1
	Tuberculosis	1
Hombres de 15 a 44 años	Ignora	3
	Alcoholismo	1
	Gastritis	1
	Úlcera del estómago	1
	Hemorroides	1
Hombres y mujeres des- pués de los 45 años	Ignora	2
	Tumores de la matriz	1
	Hemorragias genitales	1
	Asma	1
	Cólicos del hígado	1
	Diabetes	1
	Asientos	1
	Bronquitis	1
	Tuberculosis	1

PROBLEMAS ESPECIFICOS

Tuberculosis

Pregunta	Respondieron
Conoce la T.B?	4
Se pega?	4
Se cura?	4
Hay vacuna?	2
	no 1
	no sabe 1
Qué la produce?	debilidad 3
	anemia 1

Malaria

Pregunta	Respondieron
Conoce la malaria	si 4
Se pega?	si 2
	no 2
Se cura?	si 3
	no 1
Hay vacuna?	si 1
	no 2
	no sabe 1
Cómo se contrae?	1
	desnutrición
	picadura de
	zancudo 2
	ignora 1
Cómo se combate?	2
	fumigando 1
	no sabe 1
	con pastillas 1

DPC

Conoce la DPC?	si 3
	no 1
Se pega?	si 1
	no 2
	no sabe 1
Se cura?	no sabe 1
	si 3
Qué la produce?	3
	falta de buenas ali- mentos 1
	no sabe 1
Cómo se cura?	1
	no sabe
	administrando buena cantidad y buena ca- lidad de alimentos 3
Qué recomienda para que ya no de?	1
	nada 2
	no sabe
	tener alimentación limpia y buena 1

ACCIDENTES

Pregunta	Respondieron
Hay muchos accidentes	si 4
Cuáles son los más frecuentes?	
caídas de árboles u otras partes	3
ignora	1
choque de autos	2
pedradas	1
Cómo las trata?	
no las trata	4
Como se evitan?	
no se pueden evitar	4

OTROS PROBLEMAS DEL AREA

ignora	2
mordedura de serpiente	1
leshmaniasis cutánea	2
quemaduras de Chechen	1
mordeduras por micos	1

CIENCIA Y TECNOLOGIA QUE APLICA ANTE LOS PROBLEMAS:

1. Cómo diagnostica o conoce los riesgos de enfermar y morir por grupos etarios?
no sabe = 4
2. Cómo previene o evita que den estos males?
no sabe = 4
3. Cómo cura estos males?
no sabe = 4
4. Las enfermedades de la embarazada cómo las diagnostica o

conoce?

- maniobras externas = 2
- observación = 4
- experiencias propias o legadas = 3

5. Cómo las trata?

- esencia maravillosa = 1
- agua de naranja y mansanilla = 1
- fármacos (Gravol, Nauseol) = 1
- sobaduras = 1
- reposo = 1

6. Cómo las previene?

- no las previene = 3
- buena alimentación = 1

7. Los problemas del parto cómo los conoce o diagnostica?

- observación = 1
- maniobras externas = 1
- tacto vaginal = 2

8. Cómo los previene?

- no los previene = 3
- no se pueden prevenir = 1

9. Cómo los trata?

- maniobras manuales internas = 2
- " " externas = 2

1.4. PARTE SEGUNDA:

1.4.1. SUBPROGRAMA ADIESTRAMIENTO

1.4.1.1. DEFINICION DEL PROBLEMA: En experiencias de otros países se ha comprobado la eficacia de la comadrona. Sin embargo, a sabiendas de que los conocimientos que han heredado de sus ancestros son útiles, las bases teóricas y por ende, algunas bases prácticas son vagas, muchas veces basadas en creencias míticas que les dan una mala relación de causa a efecto. Así lo comprobamos según análisis del instrumento número 2 por lo que creemos conveniente que para que este valioso recurso sea más adecuado, hay que impartirles nuevos conocimientos y aclararles dudas.

Los conocimientos teóricos son muy superficiales y generales. Existe la tendencia de tratar un síntoma; sin embargo, el problema no es censurable tomando en cuenta lo significativo de su ayuda en la comunidad.

A continuación se enmarcan los temas en los cuáles poseen conocimientos precarios:

- a) Complicaciones del embarazo: embarazo ectópico, aborto, infección urinaria, desnutrición protéico calórica.
- b) complicaciones del parto: hemorragias, causas frecuentes (rasgaduras, retención de placenta y restos placentarios, atonía uterina.)
- c) complicaciones del puerperio: endometritis, mastitis.
- d) en la nutrición de la madre: creencia equivocada de que los suplementos de vitaminas y minerales expendidos comercialmente, son más importantes que la comida.

- e) ignorar la importancia de una alimentación completa y balanceada para todos los grupos de edad y no mencionan los cuidados higiénicos generales.
- f) ignoran la importancia de las inmunizaciones.
- g) no existe acuerdo en la edad que debe durar la lactancia.
- h) desconocen con exactitud la patología más frecuente desde el neonato a la vejez, aunque en conjunto tienen una idea aproximada.
- i) desconocen la etiología de la tuberculosis y malaria así como la influencia socioeconómica en la desnutrición.
- j) ignorar que los accidentes no son casuales.
- k) desconocen la patología propia del área.
- l) desconocen el concepto de grupo étnico y por ende toda clasificación al respecto.
- m) no conocen la importancia de la prevención en la salud.

1.4.1.2. NUMERO Y LOCALIZACION: Las cuatro comadronas se encuentran localizadas en el municipio de San Benito en una forma homogéneamente dispersa. Como ya se había mencionado anteriormente sólo contamos con dos comadronas que ejercen como tales.

1.4.1.3. CALIFICACION: De las cuatro comadronas entrevistadas, dos están fuera de normas y dos dentro de normas.

Sus calificaciones totales fueron de 60, 52, 44 y 17 puntos.

1.4.1.4. CONOCIMIENTOS PRECARIOS: Se mencionaron anteriormente.

1.4.1.5. PROPOSITO:

- a) Se impartirá adiestramiento, por personas idóneas (médico EPS, enfermera graduada) con el objeto de modificar, corregir y aumentar conocimientos sobre los ya aprendidos.
- b) Estimular a la comadrona para que sirva de promotora.
- c) Hacer conciencia en la comadrona para que sirva de Instrumento en el programa así como enterarse sobre cuáles son sus limitaciones y el momento en que el médico o la enfermera deben intervenir.

1.4.1.6. OBJETIVOS:

- a. Cognocitivos:** La comadrona al terminar el cursillo:
- a.1. debe saber cuáles son las principales complicaciones del embarazo, parto y puerperio, así como a distinguirlos según sus síntomas o signos.
 - a.2. debe saber cuáles son las enfermedades más frecuentes del grupo infantil.
 - a.3. debe conocer los cuidados generales y de higiene de la embarazada, así como su alimentación.

- a.4. debe conocer la teoría básica sobre la menstruación, el embarazo, el parto, anatomía de los genitales e importancia de la leche materna en la alimentación del recién nacido.
- a.5. debe conocer la alimentación que debe proporcionarse al niño hasta el año de edad.
- a.6. debe tener conocimientos básicos sobre la tuberculosis y desnutrición, teniendo en cuenta los factores socioeconómicos que influyen en las mismas. Debe ser capaz de reconocer a un niño desnutrido según signos que se le indiquen.

b. Psicomotores: Al terminar el cursillo debe estar apta para:

- b.1. realizar un examen obstétrico que comprenda: maniobras de Leopold, tacto vaginal (para conocer: dilatación del cuello e integridad de las membranas).
- b.2. atender un parto eutósico simple en multíparas según las técnicas médicas.
- b.3. Utilizar adecuadamente el equipo de atención del parto.

c. Afectivos:

- c.1. que la comadrona tenga interés por adiestrarse y recibir educación médica continuamente.
- c.2. que la comadrona esté consciente de los problemas de salud del municipio de San Benito y se inquiete para formar parte del equipo que trate de resolver estos problemas.

1.4.1.7. **Actividades:** Se enseñarán los siguientes temas:

- a.1. fisiología de la menstruación y fecundación.
- a.2. anatomía de los órganos genitales de la mujer.
- a.3. cuidados en la atención prenatal.
- a.4. complicaciones más frecuentes del embarazo. Cómo reconocer estas complicaciones
- a.5. complicaciones más frecuentes del parto y puerperio y cómo reconocerlas
- a.6. técnica de atención del parto
- a.7. cuidados del equipo de atención del parto
- a.8. atención del recién nacido
- a.9. enfermedades más frecuentes del grupo materno infantil
- a.10. nociones básicas sobre tuberculosis y desnutrición protéico calórica. Cómo reconocer a un niño desnutrido y sus complicaciones. El problema socioeconómico y sus relaciones con la desnutrición.

1.5. PARTE TERCERA:

1.5.1.: EL PROGRAMA:

En esta parte se plasma el programa que se va a enseñar. Tiene una duración total de 24 horas aproximadas, pudiéndose prolongar

según el interés de las participaciones en el mismo. Este programa podría enseñarse en cuatro fines de semana.

Si bien se ponen algunos nombres de enfermedades, la idea es que la promotora en salud y la comadrona, aprendan cuáles son los signos y síntomas de alarma, que, cuando ella los observen en la práctica rutinaria los refieran inmediatamente al EPS para que este los evalúe, pues naturalmente no tendría objeto enseñarles cosas o temas por el simple hecho de enseñar.

CUADRO No. 6. Programa de adiestramiento de comadronas y promotoras, actividad, tiempo, responsable, metodología, y evaluación

ACTIVIDAD	Tiempo en horas	Responsable	Métodos y Material	Evaluación
1. Anatomía de los órganos genitales de la mujer. Bulba, labios mayores y menores, vagina, útero, ovarios, trompa y seno.	1	Médico E.P.S.	Met: Discusión de Grupo. Mat: Gráficas, libros de texto, dibujos.	- Entrevista con el EPS al final del tema y del curso - Evaluación longitudinal.
2. Fisiología de la Menstruación: Organos que intervienen. Interpretación del fenómeno.	1	Médico E.P.S.	Met: Charla Mat: Gráficas, dibujos, pizarra, yeso.	Igual al anterior
3. Fecundación y Embarazo Concepto de fecundación y embarazo. Signos y síntomas de embarazo. Función de la placenta, líquido amniótico y cordón umbilical. El crecimiento del feto. Cuestionario a preguntarle a la embarazada (según programa M.I.).	2	Médico E.P.S.	Met: Discusión de grupo. Mat: Gráficas, dibujos pizarra, yeso, fetos.	Igual al anterior
4. Control Prenatal. Tipo de alimentación e higiene de la embarazada. Examen obstétrico: maniobras de Leopold, edad calculada y estimada.	1 1	Enfermera graduada Médico E.P.S.	Met: Discusión de grupo. Demostración en una embarazada. Mat: Paciente, metro.	Entrevista con la enfermera graduada examen de una embarazada.
5. Parto y Puerperio. Signos y síntomas del parto (contracciones, frecuencia, hidrorrea, etc). Fases del parto. Los loquios y sus características.	1	Médico E.P.S.	Mat: Pizarra, dibujos, paciente. Met: Discusión de grupo examen o una paciente con trabajo de parto.	Entrevista E.P.S. al final del tema y del cursillo.

* Met.: meta; Mat.: material.

98

CUADRO No. 7. Programa de adiestramiento de comadronas y promotoras, actividad, tiempo, responsable, metodología, y evaluación.

ACTIVIDAD	Tiempo en horas	Responsable	Métodos y Material	Evaluación
6. Complicaciones más frecuentes del embarazo, parto y puerperio: Embarazo: Hemorragias. (aborto) toxemia. (edema, vómitos, náusea, ataques). Infecciones (urinaria alarma de existir fiebre). Palidez (anemia); edema y palidez (DPC). Cómo reconocerlos guiándose por los signos y síntomas. Parto: Hemorragias (retención de placenta, rasgaduras, retención de restos placentarios). Circulares al cuello. Procidencias. Actitud que deben tomar al presentarse estos problemas (enviarlas al médico EPS). Puerperio: -Loquios fétidos y purulentos (endometritis). -Dolor de pechos (mastitis) y fiebre -Fiebre. Actitud que debe tomar ante estos problemas.	2 1 1/2	Médico E.P.S. Médico E.P.S. Médico E.P.S.	Met: Discusión de grupo. Mat: Gráficas, pizarra, yeso. Met: Discusión de grupo. Mat: Gráficas, pizarra, yeso. Met: Discusión de grupo. Mat: Gráficas.	Entrevista al final del tema y del Programa Evaluación longitudinal. Entrevista al final del tema y del programa. Evaluación longitudinal. Entrevista al final del tema y del programa. Evaluación longitudinal.
7. Equipo de atención del parto en multiparas: Componentes del equipo. Cuidados del equipo incluyendo esterilización.	1	Enfermera graduada	Met: Discusión de grupo. Mat: Pinzas, Kelly, tijeras, perilla, antiséptico, sábana, riñón.	Igual al anterior.

* Met.: meta; Mat.: material

99

ACTIVIDAD	Tiempo en horas	Responsable	Métodos y material	Evaluación
<p>8. La atención del parto:</p> <p>Técnicas: Lavado de manos, antisepsia, sábanas. Atención propiamente dicha (resucción) aspiración de flemas, pinza- miento y corte del cordón. Alumbramiento: Tiempo del alumbramiento, examen de la placenta. Revisión de partes externas. Uso del Methergin y Ergotrate. Cuidados inmediatos del R.N.: Ligadura del cordón, uso de Argyrol. Examen externo (ano imperforado?). Cuidados del cordón. Vigilarlo por el apareamiento de cualquier signo o sintoma patológico. Limpieza con aceite.</p> <p>9. El niño: del R.N. al año de edad. Cuidados de higiene, alimentación, educación, crecimiento.</p> <p>10. Enfermedades más frecuentes del Grupo M.I. Infantil: Diarrea con o sin sangre. Fiebres altas. Infecciones y parasitarias. Hervor de pecho con o sin pildas, "fatiga", vómitos. Conducta que debe adoptar ante estos problemas.</p>	3	Médico E.P.S.	<p>Met.: Discusión de grupo. Hacerlo en un recién nacido. Met.: Recien nacido, ligadura, Argyrol.</p>	<p>Que la comadrona atienda 3 partos según las técnicas enseñadas.</p>
<p>9. El niño: del R.N. al año de edad. Cuidados de higiene, alimentación, educación, crecimiento.</p> <p>10. Enfermedades más frecuentes del Grupo M.I. Infantil: Diarrea con o sin sangre. Fiebres altas. Infecciones y parasitarias. Hervor de pecho con o sin pildas, "fatiga", vómitos. Conducta que debe adoptar ante estos problemas.</p>	1	Médico E.P.S.	<p>Met.: Discusión de grupo. Met.: Gráficas.</p>	<p>Evaluación al final del tema (entrevista) y del programa. Evaluación longitudinal.</p>

CUADRO No. 8 Programa de adiestramiento de comadronas y promotoras. Actividad, tiempo, responsable, metodología, y evaluación.

CUADRO No. 9 Programa de adiestramiento de comadronas y promotoras. Actividad, tiempo, responsable, metodología, y evaluación.

ACTIVIDAD	Tiempo en horas	Responsable	Métodos y material	Evaluación
<p>Materno:</p> <p>Diarrea, parasitismo, dificultad respiratoria ("pulmonía", I.R.S.); desnutrición. Conducta que debe adoptar ante estos problemas. Flujo fétido o no. Hemorragia, venereas, fiebre, conducta que debe adoptar ante estos problemas.</p> <p>11. Nociones sobre tuberculosis y Desnutrición:</p> <p>T.B:</p> <p>Qué la produce; signos y síntomas (pérdida de peso, tosedor crónico hemoptóico?). Conducta que debe adoptar ante el problema.</p> <p>DPC:</p> <p>Qué es la DPC. Factores socio-económicos que la provocan (sistema social de clases). Signos DPC: edema o masas musculares fundidas, pelo ralo, esfacelaciones (costras), apatía.</p>	1	Médico E.P.S.	<p>* Met.: Discusión de grupos. * Mat.: Gráficas, pizarra.</p>	<p>Evaluación (entrevista) al final del tema y del curso. Evaluación longitudinal.</p>
<p>11. Nociones sobre tuberculosis y Desnutrición:</p> <p>T.B:</p> <p>Qué la produce; signos y síntomas (pérdida de peso, tosedor crónico hemoptóico?). Conducta que debe adoptar ante el problema.</p> <p>DPC:</p> <p>Qué es la DPC. Factores socio-económicos que la provocan (sistema social de clases). Signos DPC: edema o masas musculares fundidas, pelo ralo, esfacelaciones (costras), apatía.</p>	1/2	Médico E.P.S.	<p>Met.: Discusión de grupo. Mat.: Gráficas, fotos, pizarra, yeso.</p>	<p>Entrevista (igual que anterior).</p>

CAPITULO VI

1. CONCLUSIONES

GENERALES:

1. En el municipio de San Benito, Petén los problemas de salud son los mismos señalados para el resto de los departamentos de la República. El grupo Materno Infantil ocupa el 67.50/o de la población general. Su crecimiento vegetativo es de 30. Para el año de 1976 se espera una población de 8,021 habitantes.
2. Debido a que constantemente están emigrando grupos de pobladores de otras regiones del país, es difícil estimar en un momento dado el número de población, pues no existe, hasta el momento de este trabajo, alguna autoridad que controle el fenómeno.
3. En lo relativo a programas de salud, anteriormente no se ha puesto en marcha ninguno que cubra el grupo Materno Infantil del municipio de San Benito.
4. No existe en la actualidad, para la mayoría de las causas de defunción extrahospitalarias, un diagnóstico médico, por cuanto las causas de muerte se conocen, más bien que por su nombre, por sus síntomas o signos.

Para el Grupo Materno:

5. El Grupo Materno estará constituido para el año de 1976, por 1,604 mujeres. Se desconoce la tasa de mortalidad para el municipio. Por razones de progra-

mación, para el presente trabajo se toma la tasa de mortalidad observada en el resto del país. Se desconocen, con exactitud, las causas más frecuentes de enfermar y morir para la totalidad del municipio y para este grupo.

6. Se ha elaborado un programa para la atención de la mujer embarazada con una cobertura del 80o/o de la población de este sub-grupo y en el que se hace hincapié en la atención prenatal, del parto y del puerperio. Para llevar a cabo este programa se necesita, en recursos humanos: a) un médico E.P.S. b) una enfermera graduada, c) una enfermera auxiliar, d) 15 promotoras en salud e) 2 comadronas. Esto es: 185 horas E.P.S., 287 horas graduada y 324 horas auxiliar de enfermería, 7699 horas promotoras.
7. Para el presente programa se pretende que el 80o/o de los partos esperados sean atendidos domiciliariamente. Esta actividad sería cubierta por las comadronas. El 20o/o restante en el Hospital Regional. Esta cifra es provicional, pues en los siguientes años se trabajaría con el total de porcentajes observados, dato que en la actualidad se carece para el municipio de San Benito. Este aspecto se pretende reforzar creando un programa de adiestramiento para promotoras y comadronas, el cual se adjunta al programa.
8. El costo total del programa materno es de Q 2,357.08.

1.3. Sub Programa Infantil.

9. El Grupo Infantil para 1976 estará constituido por 1,434 niños (0-4 años). La tasa de mortalidad observada para este grupo es de 105 X 1000. Los diagnósticos (fuera de los apuntados en el hospital) dados en la municipalidad del municipio están lejos de proporcionar bases correctas sobre los mismos, pues son informes sintoma-

tológicos proporcionados por los parientes de los difuntos. Sin embargo puede notarse que aún así predominan (sintomatológicamente) las enfermedades de tipo respiratorio y gastrointestinal infecciosas o no .

10. Se ha elaborado un programa para la atención de este grupo con una cobertura de 80o/o. La atención será dirigida a la: a) vigilancia del crecimiento y desarrollo (inclusive inmunizaciones) b) atención del niño enfermo, c) atención del niño con DPC. Se utilizarán los mismos recursos que para el programa materno con un rendimiento de los instrumentos de: 958 horas E.P.S., 277 horas graduada y 1,916 horas auxiliar de enfermería; la promotora empleará las mismas horas que para el programa materno.
11. El aspecto de inmunizaciones será cubierto en el inciso relativo a vigilancia del crecimiento y desarrollo. A la par de la DPC se tratará el problema de DHE, pues como sabemos, generalmente caminan juntos.
12. El costo de este programa abarca un total de Q 44,168.75

CAPITULO VII

1. RECOMENDACIONES

se sugiere:

Generales

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

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

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

Grupo Materno:

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

- a) Con la captación de la cobertura, del primer inciso, se adopte la visita domiciliaria a través de la promotora de salud, las que irían aumentando al crecer la población. Esta persona tendría que ser asalariada.
- b) Que en la atención prenatal se proporcione suplemento

de hierro a partir de la 23 semana de embarazo. Se propone que por consulta se cobre Q 0.25.

- c) Que para la atención del parto, el 80o/o de los partos esperados sean cubiertos domiciliariamente por la comadrona y el 20o/o restante en el hospital.
- d) Investigar el porcentaje de partos atendidos en el hospital y establecer en los años próximos el sistema de atención del mismo según los datos obtenidos en esta investigación.

5. que el resto del personal del programa sea obtenido del Hospital Regional de San Benito.

6. Que este programa como el infantil sean dirigidos por el E.P.S. y supervisado por el Director del hospital, en una forma semi-autónoma, con edificio aparte.

Grupo Infantil

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

- a) Que para cubrir la cobertura se establezca el sistema de visita domiciliaria, según las características apuntadas anteriormente.
- b) Que para cubrir la consulta en sus diferentes aspectos (niño enfermo, DPC., etc.) se adopte el sistema de cobertura propuesto en el modelo del Dr. Rómulo Sánchez.⁽¹⁾ Se deja a discusión la conveniencia de cobrar por consulta p/ ej. Q 0.25.
- c) Investigar el porcentaje de niños hospitalizados que pertenezcan al municipio de San Benito.

- d) Que se proporcione suplemento alimenticio a los niños con DPC G. II y III a base de Incaparina y vitamina "A".

CAPITULO VIII

1. BIBLIOGRAFIA

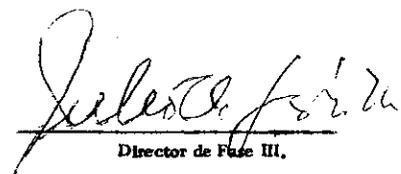
1. Sánchez, José Rómulo. **La Planificación de la Salud**. Mimeografiado. 16 págs. 1975 Facultad de CCMM Fase III.
2. Santos Alvarado, José Antonio. **Diagnóstico de Salud del Grupo Materno Infantil del Municipio de San Benito, Petén**. Informe de práctica EPS. Mecanografiado, 32 págs. julio 1975.
3. Azurdia Arriaga, Tomás Humberto. **Diagnóstico de Mortalidad del Municipio de San Benito**. Informe de práctica EPS. Mecanografiado, 16 págs. enero 1975.
4. Celada, Rolando Enrique. **Diagnóstico de Salud del Municipio de San Benito y Flores, Petén**. Informe de práctica EPS. Mecanografiado, 30 págs. julio 1974.
5. Secretaría de Salud Municipal: Universidad del Valle. División de Salud: **Programa de Atención Médica, Sub-programa Materno Infantil**. Reunión del Grupo de Trabajo, Cali, julio y agosto de 1972. Mimeografiado, 52 págs. Reproducido con fines docentes. USAC. Facultad de CCMM, Fase III.
6. Nelson, Waldo E., Víctor C. Vaughan y R. James Mckay. **Tratado de Pediatría**. Salvat Editores, Barcelona. Sexta Edición 1973, Vol. 1. Cáp. 4 págs. 52, 72, 82, 94, 195-96, 569, 648; Cáp. 3 págs. 38, 44, 75.
7. Von Hoegen, Miguel. **Presupuestos de Consultas Externas y de Ingresados de los Hospitales Generales**. Cuadro 4-B en su: **Presupuesto para Implementar Gastos Corrientes Mínimos de los Hospitales Generales**. Guatemala, febrero de 1974, págs. 33 y 34.

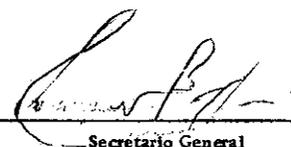
8. Reunión de Ministros de Salud. **Salud Materno Infantil y Bienestar Familiar.** Santiago de Chile, octubre de 1972. Mimeografiado, 20 págs. S. F.
9. Sánchez, José Rómulo. **La Verdad Acerca de la Auditoría Médica.** Mimeografiado, 5 págs. S.F. USAC Facultad de CCMM, Fase III.
10. S.A. **La Selección de Prioridades Como Integrante del Proceso de Decisión.** Mimeografiado, 18 págs. S.F.
11. Organización Panamericana de la Salud. **Seminario Sobre Utilización de Auxiliares y Líderes Comunitarios en Programas de Salud en el Area Rural.** Informe Final, Maracay, Venezuela noviembre de 1974 Mimeografiado, 23 págs.
12. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de CCMM, Fase III. **Salud Materno Infantil. Programas EDC.** Material producido por profesores de Ciencias de la Conducta. Adaptado por el Dr. Carlos E. Soto. 17 págs. S.F. Mimeografiado.
13. Torres A. Luz Helena. **Recursos Humanos, Evaluación del Adiestramiento de Comadronas.** Programa de Investigación en Modelos de Servicios de Salud. Documento No. 7. Universidad del Valle: División de Salud, Municipio de Cali, 1972. Mimeografiado, 25 págs.
14. Schwarcz, Ricardo, Silvestre Sola, Carlos Duverges. **Obstetricia.** Editorial El Ateneo. 3a. edición 1970; reimpresión 1973. págs: Cap. 5:105-58. Cap. 14: 327-37. Cap. 15: 345-49 366-81 439-47. Cap. 16: 488-501 502-508. 512-36. Cap. 17: 558-77, 600. Cap. 18: 642-52. Cap. 19: 681-94. Cap. 20: 712-29.

BR. 
 Sergio Raúl López Cruz


 Dr. Ángel Sánchez Viesca


 Revisor.
 Dr. Héctor Nuila


 Director de Fase III.
 Dr. Julie de Leon


 Secretario General
 Dr. Mariane Guerrero Rojas

Vo. Bo.


 Decano
 Dr. Carlos Armando Soto