UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Médicas.

PROGRAMA MATERNO INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE SAN MIGUEL CHICAJ BAJA VERAPAZ

TESIS:

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

Por:

OTONIEL RECINOS ALDANA

En el acto de Graduación como:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Mayo 1976.

CONTENIDO

1. Introducción
2. Objetivos
   2.1 Específicos
   2.2 Generales
3. Justificaciones
4. Hipótesis
5. Material y Métodos
6. Monografía
   6.1 Localización
   6.2 Antecedentes
   6.3 Costumbres
   6.4 La Familia
   6.5 Religión
   6.6 Liderazgo
   6.7 Factores Demográficos
   6.8 Aspecto Educativo
   6.9 Aspecto Económico
   6.10 Tenencia de la Tierra
   6.11 Si stema de Cultivo
   6.12 Vivienda
   6.13 Vías de Comunicación
   6.14 Aspectos Sociales
   6.15 Servicios Asistenciale
   6.16 Organizaciones Existe
7. Datos de Población
8. Indicadores
9. Resultados
10. Desarrollo del Programa
11. Análisis y Discusión
12. Conclusiones
13. Recomendaciones
14. Bibliografía

INTRODUCCION

El deficiente nivel de salud de la población de Guatemala, especialmente el de la población rural, está condicionado en buena parte por la ausencia y/o escaso desarrollo de los recursos de salud.

El problema materno infantil, es uno de los principales en la salud del país, debido a que abarca más del 65% de la población total; siendo además el que presenta mayor riesgo de enfermar.

Debido a la poca información que se tiene acerca de la situación de salud del área, y mala utilización de recursos, es imposible poner en marcha programas adecuados, pues en su mayoría son hechos desde un escritorio o copia de planes extranjeros.

Uno de los propósitos fundamentales de este trabajo es el de exponer en una forma clara y concisa el problema materno infantil, y de esta manera el lector encuentre en este trabajo una guía con bases objetivas.

Las ideas expresadas, no nacieron de la noche a la mañana por inercia; sino a base de investigación.

Si despierta en algún lector el estímulo para pensar, estudiar o talvez; una actitud responsable, su misión habrá sido cumplida.

JUSTIFICACIONES

Debido a la falta de programas adecuados de materno infantil se tiene necesidad de elaborar nuevos programas con bases científicas y conocimientos profundos, así como amplios conocimientos de la región en la que se piensan implantar.

El grupo materno-infantil es más suceptible a enfermar dadas las condiciones del medio.

El 43% de la población femenina se encuentra en edad reproductiva, el 47% de la población es menor de 14 años,

Tomando en cuenta el grupo de población Materno-Infantil y la morbi-mortilidad de la población menor de 14 años tenemos que los porcentajes de daños más altos se encuentran en este grupo. Por estas y otras razones es preciso la elaboración de estos programas, mediante un diagnóstico preciso y completo del grupo que será estudiado (en este caso el grupo materno-infantil) y de los recursos con los que se cuenta para afrontar el problema salud-enfermedad.

OBJETIVOS

Generales

1. **Estimular a los diferentes grupos de salud del país para la creación de programas adecuados y que se adapten a las necesidades del país.**

2. **Facilitar al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a la Facultad de Ciencias Médicas un programa que le sirva de ayuda en futuras políticas de salud.**

3. **Objetivo general del programa Materno Infantil.**

Específicos

1. **Control de los riesgos, tanto en la madre como en su hijo, para que el embarazo transcurra normalmente, que se realice sin complicaciones y termine con el nacimientode un niño normal y a término.**

2. **Control de los riesgos del niño pre-escolar, control de su crecimiento y nutrición sean normales y así su incorporación a la vida escolar sea adecuada.**

3. **Detectar y seleccionar tempranamente a las madres y niños que presenten alguna evidencia de enfermedad, para enviarlos a los diferentes niveles de atención.**

4. Cubrir con los diferentes servicios que ofrece el programa materno infantil al 80% de la población comprendida en este grupo.

HIPOTESIS

1. Los programas existentes son deficientes no adecuandose a las necesidades de la población.

2. La mayoría de daños sufridos por la población materno-infantil son en su mayoría prevenibles.

3. Una causa determinante y que influye en un alto porcentaje es una situación socioeconómica de la población.

4. El deficiente nivel de salud de la población de San Miguel Chicaj area rural y urbana está condicionado en buena parte por la ausencia y/o escaso desarrollo de los recursos de salud en ese nivel.

5. El nivel de salud de la población de San Miguel - Chicaj, puede mejorarse mediante la racionalización en el uso de los recursos disponibles para, atender a los grupos en mayor riesgo de enfermar y morir.

6. Los personajes médicos naturales que hasta hoy - han atendido al grueso de la población rural, pose en conocimientos y habilidades aprovechable para la ejecución de programas de salud, si actúan como complemento de los recursos formales de los servicios de salud en ese nivel e incorporarlos a ellos.

MATERIAL Y METODOS

Material:

Físico. Para la realización del presente trabajo se utilizaron, el archivo municipal, los trabajos de investigación de los EPS anteriores.

Diagnóstico de la situación de salud del grupo materno infantil 1975; San Miguel Chicaj.

Archivo del Centro de San Miguel Chicaj, instrumentos de trabajo I y II (así como programas de salud - Materno-Infantil utilizados en otros países).

Humano:

Se utilizaron Comadronas Adiestradas, Promotores de Salud Rural, Farmacéuticos, Técnico de Salud Rural, Auxiliar de Enfermería, Médicos, Miembros de la Población.

METODOS.

El presente trabajo es un estudio prospectivo y retrospectivo con una duración de 6 meses: del 1 de agosto al 31 de enero.

Se utilizó el Análisis; disociando en sus partes unitarias cada material puesto a estudio.

Deducción:

Partiendo de casos particulares con alto porcentaje de repetición (respuestas similares en test aplicados a varios miembros de la población) fué posible generalizar y sacar conclusiones.

Por medio de métodos comparativos se parearon los distintos materiales de estudio para encontrar su parecido o diferencia y así poder obtener conclusiones pertinentes.

El método estadístico, nos permitió recoger en gran número de datos y ordenarlos para luego poder ser utilizados e interpretados.

Los recursos en general fueron evaluados de la siguiente manera: Recursos físicos, mediante la realización de un inventario, que comprendía edificio, material médico quirúrgico, medicinas etc. los recursos humanos - fueron evaluados dividiendolos en dos categorias: Formales y Naturales o no Formales. Los recursos humanos formales se investigaron desde el punto de vista administrativo, de funcionalidad (apoyo) para el centro de salud.

Los recursos humanos naturales fueron evaluados cualitativamente mediantes los instrumentos de trabajo (test) para poder establecer la calidad científica entre conocimientos médico-asistenciales con los que cuenta este grupo; para poder evaluar fué necesario inicialmente ser detectados y clasificados por categorías, promotores, comadronas, brujos, curanderos, etc. De estos se detectaron un total de 42 personas de las cuales se

evaluaron 30. Unicamente se trabajó con promotores, comadronas, y farmaceuticos pues los brujos, curanderos y demás personas evadieron en todo momento su respectiva evaluación.

6 - MONOGRAFIA:

6.1 Localización:

San Miguel Chicaj municipio del departamento de B.V. fue fundado y autorizado como municipalidad de cuarta categoría bajo la administración del Dr. Mariano Gálvez.

Tiene una extensión territorial de 300 km^2 aproximadamente.

Colinda al Norte con Uspantán (Quiché) Purulhá (B.V.) Tactic y San Cristobal Verapáz (A.V.) al sur con Salamá y Purulhá al Oeste con Rabinal (B.V.).

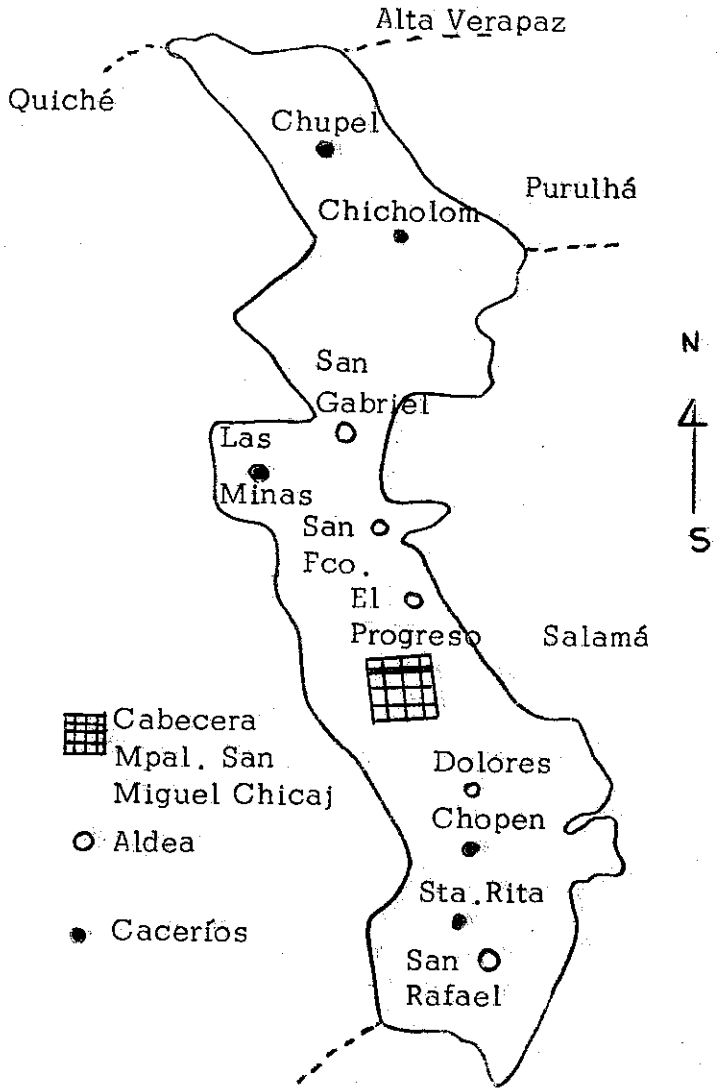
Para mayor ilustración ver mapa topográfico adjunto.

6.2 Antecedentes:

La historia del pueblo de San Miguel Chicaj se remonta al año de 1770 cuando en el valle existían al rededor de 40 viviendas.

Había un rancho grande que servía de capilla cerca de él, un amate del que pendía la campana, estas

CROQUIS DEL MUNICIPIO DE SAN MIGUEL CHICAJ



viviendas se encontraban desordenadas y no existían calles.

En la época del presidente Lic. Manuel Lisandro Barillas, hubo un vecino muy entusiasta, que hizo la solicitud al gobierno para mejorar las condiciones físicas de la población.

Fueron de las primeras parejas que poblaron el valle, originarios de Rabinal de apellidos Raxescó y Morales, uno de los descendientes de estas familias fue el solicitante.

El resultado de dicha solicitud fue la llegada de un ingeniero para impulsar las obras consideradas de necesidad: la iglesia, el puente y el trazo de las calles. Cuando llegó el Ingeniero. Tenían pensado entregarle a la muchacha mas bonita del lugar para hacer de él un nuevo miembro de la comunidad y así estimularlo para que su trabajo fuera a conciencia.

"Refieren que en recompensa les trabajó durante dos años a satisfacción de la población".

La construcción de la iglesia llevó un año, luego fue traido un escultor para que esculpieran en cedro algunas imágenes.

Posteriormente, la localidad dispuso independizarse de Salamá, nombrando como primer alcalde a Antonio Cuxúm, con la ayuda del ingeniero Cojulún iniciaron los trámites para deslindar el municipio de San Miguel Chicaj en los años 1801-1803; en 1805 el alcalde Ma-

nuel Sumpango hizo venir al Ing. Quezada quien terminó de medir el municipio, declarando que tenía 160 caballerías no tomando en cuenta algunas aldeas de San Gabriel Pansuy.

El 27 de Julio de 1829 fue fundado el pueblo de San Miguel Chicaj, por autorización del Dr. Mariano Gálvez, presidente de Guatemala.

El nombre de la población es debido a que se tiene como patrono a San Miguel Arcángel y cuenta una antigua leyenda que la imagen vino del cielo, etimológicamente Chi: en, Caj: lo alto, cielo: en el cielo, en lo alto. Fue elevado a municipalidad de cuarta categoría en el año de 1877.

En 1935 por acuerdo gubernativo se le anexó el municipio de San Gabriel Pansuy.

6.3 Costumbres:

El Matrimonio:

El novio comunica a sus padres que le gusta determinada muchacha, estos buscan a un anciano para que les sirva de abogado, quien es el encargado de hacer lo que llaman las santas escrituras, que no son más, que siete entrevistas o pláticas con los padres de la novia. El lleva licor, pueda ser que lo tomen o no, dependiendo si lo aceptan o dicen que lo han de consultar con la hija. La segunda vez vuelve el abogado con los padres del novio, llevando doble cantidad de licor, si esta vez no lo toman quiere decir que lo han de consultar con los tíos

de la novia.

La tercera regresa el abogado, los padres y el novio, entonces se ponen de acuerdo y ya pueden entrar a la casa los padres del novio.

En la cuarta visita el novio tiene que llevar la ropa para la boda, pan y café, rezan durante toda la noche y se pone un plazo no mayor de 15 días para la quinta escritura, en la cual se preparan tamales en la casa del novio, hacen una fiesta matan un chompipe parte de la comida la lleva la novia a su casa esto se llama el convite. La sexta escritura es el matrimonio civil, el joven aún no tiene derecho sobre la novia pues el padre no la ha entregado.

La séptima la constituye el matrimonio religioso que se verifica el día siguiente o a los 8 días y lo celebran con otra fiesta. Los novios no pueden verse sino hasta después de la boda religiosa.

El Collar. Es un adorno que toda indígena de la región lleva, usan hilos que ellas mismas tiñen, a él, le agregan piedras de colores, cuentas de cristal, animalitos disecados, semillas, caracolitos, conchitas, cuentas de jade y monedas.

Comida. El boxbol es una comida típica de el lugar, muy buscada por visitantes, están hechos de hoja de ayote, tierno, masa de maíz sobre la hoja que luego se enrrolla y se pone con agua al fuego, al estar cocido se le pone salsa de tomate, miltomate, pepita de ayote, chile y sal

Mercado. El día de mercado es el jueves, aunque últimamente es todos los días.

Vestuario. El traje de la mujer, usan corte de hilo bordado con figuras caprichosas, en fondo de color verde.

Guipil. Prenda que ellas mismas téjen y bordan con hilos de colores decorados de forma simétrica, geométrica, y primitivos.

Faja. De hilo usualmente color rojo.

Cinta. Tira de tela de hilo que utilizan para arreglar el cabello, en forma circular con bolas de seda.

Reboso. Manto de tela blanca o de colores que utilizan para cubrirse del sol.

Aretes. Largos y vistosos.

Anillos. Lo usan los casados en el dedo anular de la mano derecha.

Caites. De hule o de cuero.

Vestuario. El hombre usa pantalón blanco traslapado - (sac Guesch) camisa blanca, manga larga con cuello cerrado;

Faja de tela roja para sostén del pantalón y el machete.

Sombrero. De palma, de ala ancha.

Bailes Folklóricos: En un principio existían diferentes, los que han ido degenerando, otros ya no se ejecutan, los nombres de algunos se enumeran a continuación, así como el instrumento que lo acompaña.

Baile de Patxcá	Tambor, pito y tun.
Baile del Caman Utz	Violín
Baile del Costeño	Marimba
Baile del Negrito	Pito y tambor pequeño
Baile del Moro	Tambor y pito
Baile del Cortéz	Tambor y Chirimilla
Baile del Mazatle	Tun.

6.4 La Familia:

Generalmente es formada por aproximadamente 12 miembros: los abuelos, los padres, y los hijos que en promedio son alrededor de 8-10 personas. El hogar en un alto porcentaje está integrado y en el que el mando - está a cargo de el esposo.

Religión. Predominan dos religiones, la principal es la católica que cuenta con dos iglesias y numerosas ermitas en las aldeas. La otra la neo testamentaria. El nazareno que cuenta con 4 iglesias y varias capillas.

Liderazgo. Generalmente está a cargo de la persona - mas anciana del lugar. Actualmente ha cambiado ya que este papel lo está tomando gente jóven que tiene mas conocimientos como en el caso de los promotores de salud, comadronas, brujos y pastores.

Factores Demográficos:

La población en un alto grado indígena 95%. En su totalidad es jóven debido al alto grado de morbilidad y mortalidad 12.9 x 1000 habitantes, consecuencia de factores socio económicos y biolígicos adversos.

La población de San Miguel Chicaj en edad reproductiva viaja a la costa sur para obtener ingresos monetarios, trabajando en el corte de caña, algodón, siembra cosecha de maíz. Viajan los jefes de familia en compañía de sus esposas e hijos mayores de 10 años para trabajar, dúran en estas actividades aproximadamente un mes obteniendo al rededor Q.30.00 en total.

Aspecto Educativo:

En el municipio de San Miguel Chicaj existen 12 edificios educativos.

Según encuestas de EPS anteriores.

Nacionales:

Urbana mixta San M. Chicaj	6 profesores
Rural mixta Rincón de Jesus	1 profesor
Rural mixta de Solares	2 profesores
Rural mixta del Progreso	2 profesores
Rural mixta de San Gabriel	3 profesores
Rural mixta de San Francisco	2 profesores
Rural mixta de San chicolop	1 profesor
Rural mixta de San Rafael	1 profesor
Rural mixta de Rincón San Pedro	1 profesor
Rural mixta de Las Minas	1 profesor
Rural mixta de Santa Rita	1 profesor

Privados:

Instituto Bíblico Rabinal Achi "El Nazareno".
La población escolar real es de 30.2% de la población
la población escolar inscrita es de 9.1 % de la población
El 23% de la población de mas de 14 años saben leer y escribir.

En la población predomina el Quiché y el Cakchiquel como lenguas.

Aspecto Económico:

Existe en el municipio así como en otras partes de la república de Guatemala los latifundios y minifundios. En los latifundios se utiliza la mano de obra, para trabajar la tierra. Los tiempos libres los utilizan para cultivar sus propias tierras. La principal producción agrícola es el maíz, frijol, caña de azúcar, últimamente el tabaco. Son pocos los propietarios de ganado vacuno, mular, equino y caprino. El 68% de las familias son propietarios de las tierras que cultivan, el 30% son arrendatarios. Cada familia posee de 16-48 cuerdas promedio. La mayoría de las cosechas las utilizan para el gasto puesto que es en poca cantidad ya que la siembra es familiar.

Tenencia de la Tierra:

La mayor parte de la tierra está en manos de pocas personas, las que no son indígenas, no así la población indígena que cuenta con terrenos muy pequeños aproximadamente de 1/4 de manzana.

Sistema de Cultivo:

El sistema de cultivo es muy primitivo, es manual, además aún acostumbran a quemar las rosas y sembrar únicamente maíz, chile, ayote etc. y a no utilizar abonos, fertilizantes ni insecticidas, tampoco irrigan sus tierras, debido a lo anterior su producción no alcanza para abastecer su propio consumo.

Vivienda:

Generalmente es de adobe, piso de tierra, techo de teja, paredes sin repello. Está compuesta de un solo cuarto que hace las funciones de dormitorio, cocina, comedor etc. Acostumbran dormir en el suelo en petates, en malas condiciones higiénicas. Depositan sus excretas al aire libre, la iluminación es proporcionada por candil o candela, aunque el area urbana cuenta con energía eléctrica la gran mayoría no la utiliza.

El agua la adquieren en un alto porcentaje de pozos hechos por ellos o del río y en un bajo porcentaje de la red municipal.

Vías de Comunicación.

Cuenta con una carretera de terracería de segunda categoría, sobre la ruta nacional # 5 que conduce de la capital al norte del altiplano, vía Rabinal, a 131 Kms. de la ciudad capital, a 18 kms. de Rabinal y a 9 kms de Salamá cabecera departamental.

La otra vía de acceso es por la CA-9 que parte desde el rancho sobre la CA-4 hasta llegar a Santa Elena, de donde parte la ruta CA-14 que llega a Salamá, tomando luego la ruta nacional # 5 siendo 147 Kms de asfalto y 9 de terracería. Se cuenta además con otros caminos de herradura y veredas que unen a los poblados entre sí, algunos solo transitables en verano.

Aspectos Sociales:

En San Miguel Chicaj se celebran varias fiestas, una de ellas es la titular que la celebran del 25 al 29 de Septiembre en honor al patrono. Se celebran además, la semana santa, el día de la cruz y los córpus cristi.

La corporación municipal es electa cada 4 años por votación popular, está integrada de la siguiente manera: alcalde municipal, síndico primero, consejales (5) y consejales suplentes (3).

Cada consejal cuenta con un alcalde auxiliar en cada aldea y cantón. El cabildo se reune los jueves de cada semana. Organización Política Administrativa. La autoridad militar está a cargo del comisionado militar, quien cuenta con la ayuda de auxiliares de comisionado militar en cada aldea y cantón.

Servicios Asistenciales.

Centro de Salud tipo "C" San Miguel Chicaj.
Farmacia Municipal.
Municipalidad.

Organizaciones Existentes.

Cofradía, es una organización social religiosa que celebra una vez por año la festividad de una determinada imagen, cada cofradía cuenta con 7 mayordomos, son los encargados de organizar la celebración.

Existe una cooperativa de ahorro y crédito que cuenta con muchos socios.

Hay un comité pro-mejoramiento de la comunidad tiene 6 años de funcionamiento, este fue organizado por un asesor de desarrollo de la comunidad y consta de 7 miembros y personería jurídica.

7 - DATOS DE POBLACION

De acuerdo al censo de población realizado en 1975 el municipio de San Miguel Chicaj cuenta con 10580 habitantes de los cuales 2994 viven en el área urbana y 7586 en el área rural.

CUADRO No. 1

CUADRO ESTADISTICO QUE REPRESENTA A LA POBLACION DE SAN MIGUEL CHICAJ POR GRUPO ETARIO, SEXO Y PROCEDENCIA. CENSO 1975.

	HOMBRES			MUJERES		
Grupo Etario	Urbano	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
0 - 1	88	197	286	53	226	279
1 - 2	96	178	274	56	134	190
2 - 3	98	136	234	52	126	178
3 - 4	83	109	192	76	168	244
4 - 5	100	194	294	97	189	286
5 - 14	385	846	1231	271	786	1057
15 - 44	488	1344	1832	504	2187	2691
45 y más	288	426	714	259	339	598

Como se aprecia en el cuadro anterior la población rural es aproximadamente tres veces mayor que la urbana, se puede ver que la relación existente entre ambos sexos es de uno a uno, el grupo de mayor población es el comprendido de 0 a 14 años. Como se vera a continuación no existe mayor diferencia con la población calculada para 1973 por la dirección general de Estadística. A no ser que la población aumentó en un 8% en dicho censo comparado con los resultados obtenidos en el censo de población de 1975 por la Facultad de Ciencias Médicas.

CUADRO No. 2

POBLACION DEL MUNICIPIO DE SAN MIGUEL CHICAJ PARA EL AÑO DE 1973, POR GRUPOS ETARIOS, SEXO Y PROCEDENCIA.

	HOMBRES			MUJERES		
Grupo Etario	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
0 - 4	175	648	823	174	658	832
5 - 9	133	653	786	168	637	805
10 - 14	125	460	585	121	455	576
15 - 19	82	297	379	89	327	216
20 - 24	61	241	302	67	242	309
25 - 29	62	214	276	66	242	308
30 - 34	55	218	273	59	222	281
35 - 39	48	196	244	54	202	256
40 - 44	44	144	188	40	147	187
45 - 49	32	119	151	30	107	137
50 - 54	25	88	113	28	101	129
55 - 59	20	70	90	19	65	84
60 - 64	19	71	90	19	70	89
65 - 69	18	67	85	17	62	79
70 - 74	14	57	71	11	37	48
75 - 79	6	21	27	5	13	18
80 - 84	3	12	15	3	10	13
85 -	2	11	13	2	3	5
45 y más	139	416	655	134	468	602

Para una mejor comparación se pone el total de la suma de las edades comprendidas de 45 años en adelante.

CUADRO No. 3

NUMERO DE NACIMIENTOS DURANTE 1975 EN EL MUNICIPIO DE SAN MIGUEL CHICAJ.

Edad de la madre	Nacimientos Urbanos	Nacimientos Rurales.	Total
15 - 19	15	57	72
20 - 24	16	58	74
25 - 29	18	67	85
30 - 34	15	57	72
35 - 39	12	46	58
40 - 44	02	09	11
45 - 49	00	01	01
Total	78	295	313

Como se observa en el cuadro anterior el grupo de edad en que mayor número de partos hubo fue el de 25 - 29 años, por lo que considero que esta es la edad mas fértil, además se nota que en el área rural se encuentra el mayor porcentaje de nacimientos.

INDICADORES:

Durante 1974 hubo 472 nacimientos, 120 defunciones y 23 mortinatos, a continuación se enumeran las tasas específicas de cada uno.

CUADRO No. 4

CUADRO ESTADISTICO DE TASAS

Tasa de natalidad	51.1 por 1000 habitantes
Tasa de mortalidad	12.9 por 1000 habitantes
Tasa de crecimiento vegetativo	38.2 por 1000 habitantes
Tasa de fecundidad	268.6 por 1000 habitantes
Embarazos esperados	462.0 por 1000 habitantes
Abortos esperados	46.0 por 1000 habitantes
Partos esperados	416.0

TASAS ESPECIFICAS DE MORTALIDAD

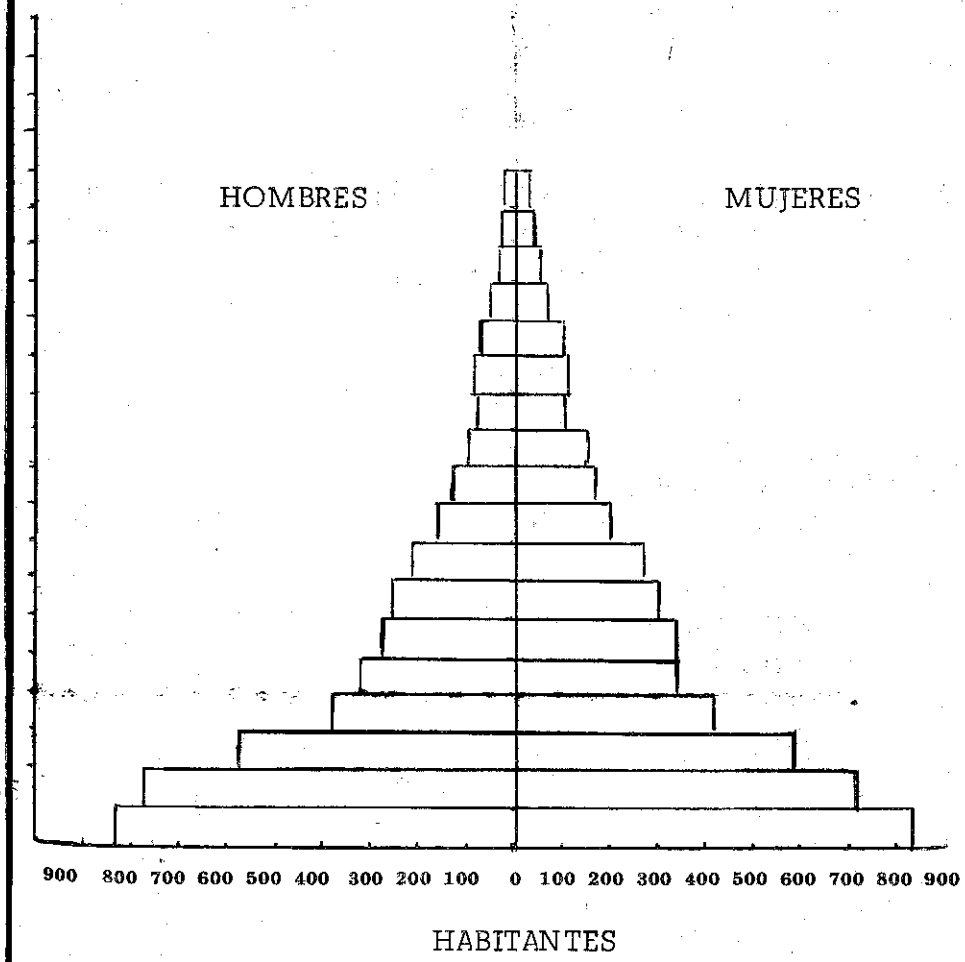
Mortinatalidad	48.7	por 1000 nacidos vivos
Mortalidad neo natal	42.3	" " " "
" Post natal	42.3	" " " "
" infantil	84.7	" " " "
" materna	2.1	" " " "

PORCENTAJES DE MORBILIDAD

Morbilidad en niños menores de un año	78.6%
Morbilidad en niños de 1 a 4 años	58.8%
Morbilidad en niños de 5 a 14 años	32.1%
Morbilidad durante el embarazo	28.7%
Morbilidad en General	49.5%

Pirámide de Población para 1973, Dirección General de Estadística.

GRAFICA # 1



Morbilidad:

Entre las principales causas de morbilidad infantil en 1974 - 75 se puede apreciar que mas del 50% en orden de frecuencia lo constituyen infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, luego infecciones del tracto digestivo, para mejor ilustración se presentan ordenados en base al código internacional de enfermedades.

CUADRO No. 5

Causas de Morbilidad en Consulta Externa, en la población de San Miguel Chicaj comprendida de 1 - 15 años y mujeres de 14 - 44 años durante 1974 - 75.

Código	Diagnóstico	Am-Sex 1 año	Am-Sex. 1-4 A.	Am-Sex 5-14 a.	Muje. 14-44
19	Infec. Respiratoria Superior	49	76	62	15
23	Entero colitis Ag.	38	47	27	21
20	Bronconeumonía	14	22	22	0
15	Desnutrición	11	66	121	29
21	Bronquitis	08	21	7	20
12	Parasitismo Int.	5	38	50	8
02	Amebiasis Int.	4	28	32	5
01	Tifoidea	2	2	0	
34	Pio dermatitis	2	8	4	5
08	Varicela	0	5	2	0
36	D.H.E	2	4	3	0
34	Sarcoptiosis	1	4	3	2
31	Traumatismos	0	4	8	3
03	TB. Pulmo y Ganglio	0	0	7	5
34	Micosis	0	2	7	0
19	Amigdalitis	0	2	5	1
29	Parotiditis	0	0	4	0
09	Sarampión	0	1	3	0
05	Tos ferina	0	1	3	0
16	Fiebre tifoidea	0	0	3	0
34	Hepatitis Inf.	0	1	0	0
19	Rinitis	0	2	1	1
22	Caries	0	0	4	8
34	Otitis	0	1	2	0
34	Dermatitis Amoniacal	1	3	0	0

Respecto a las principales causas de morbilidad en la mujer en edad reproductiva tenemos que la desnutrición es la más frecuente, debido a la baja ingesta de alimento y mala calidad de los mismos.

Otra causa de consulta muy frecuente es la gastro enterocolitis, debido a la preparación inadecuada de los alimentos pues son ingeridos sucios y poco cocidos.

Además ocupa un buen porcentaje de frecuencia - las enfermedades del tracto respiratorio superior, debido: a) Las malas condiciones de la vivienda, pues no ofrecen buena protección a los cambios de clima, b) Contribuye la forma en que duermen pues acostumbran hacerlo en el suelo, sobre un petate sin abrigarse bien. c) La potabilidad del agua de consumo. d) Excretas a flor de tierra. Respecto a las principales causas de morbilidad durante el embarazo tenemos en primer anemias nutri

cionales, infecciones agudas de vías respiratorias superiores, infecciones del tracto gastro intestinal y urinarias, por las causas anteriormente mencionadas.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE LOS DIAGNOSTICOS DE MORTALIDAD POR CODIGO Y EDAD, EN LA POBLACIÓN DE SAN MIGUEL CHICAJ, DURANTE EL AÑO DE 1974.

Código	1 año	1-4 años
30	9	6
20	0	4
41	8	0
44	2	0
03	2	1
40	3	0
02	1	0
39	1	0

Las principales causas de mortalidad en niños de 0 - 1 años y de 1-4 años es la neumonía y la bronconeumonía, que generalmente se debe al mal cuidado de la madre debido a poseer escasos conocimientos respecto a la forma correcta de cuidar al recién nacido o niño preescolar, y tratamiento precoz de IRS.

Otra causa frecuente de muerte es por lesiones al nacer, distocias y otras infecciones debido posiblemente a no tener control prenatal.

Una causa común de mortalidad en el grupo de 1-4

CUADRO No. 7

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

	Horas Contrat.	Salario	Costo Hora	Consulta	Vacuna	Investigación	Hipoderm. mia	Administración	Organización	Visitas
Médico EPS.	1000	1980oo	0.99	1920	016	480	-----	0166	096	060
Auxiliar Enfermería	2000	1444oo	0.72	960	030	024	096	0040	---	096
Técnico Salud Rural	2000	1920oo	0.96	240	264	960	010	0096	096	096
Médico UAMA.	2000	5400oo	2.70	192	264	480	-----	0576	576	096
Médico Jefe Area	2000	6000oo	3 00	240	300	300	----	0400	600	200
Médico Sub-Jefe Area	2000	3400oo	1.70	1632	440	360	-----	0200	300	200
Trabajador Social.	2000	2400oo	1 20	----	080	800	-----	0800	500	480
Enfermera Graduada	2000	2520oo	1.25	----	300	100	-----	1230	400	040

años es la desnutrición, como básica y asociada de muerte, debido a la escasa cantidad de alimentos administrados y el bajo contenido protéico que brindan las existentes. Tenemos también las avitaminosis que son muy frecuentes por no utilizar adecuadamente las fuentes: que las contienen cuando cuentan con ellas, y además por ser muy escasas pues no alcanzan para suplir los requerimientos mínimos para evitar obtener un balance negativo.

Resultados

Para el cálculo de las horas de trabajo requeridas para el desarrollo del programa, así como la clase de personal y material a utilizar se analizó cuidadosamente los recursos disponibles, por medio de los instrumentos de trabajo I y II.

Instrumento 1-a: Este instrumento permitió la evaluación del personal del centro de salud (médico EPS, técnico en salud rural, y Auxiliar de enfermería) Médico UAMA, jefe de área, subjefe de área, Trabajadora Social, y enfermera Graduada. Analizando la distribución del tiempo empleado en las diferentes actividades y el salario devengado.

Como se puede observar en el cuadro anterior, la persona que devenga más es el médico jefe de área, y utiliza la mayor parte de su tiempo presupuestado a la Administración organización e investigación, al igual que el médico UAMA. Una de las personas que menos devenga es el auxiliar de enfermería y utiliza la mayor parte de su tiempo, presupuestado en consulta, hipodermia y visitas. Es de hacer notar que el técnico en salud rural "dedica la mayor parte de su tiempo en la investigación" (960 horas, considero que es demasiado tiempo) vacunación y consulta, dedicando poco tiempo a la visita, siendo esta una de sus principales actividades.

Instrumento I-b: Este instrumento permite analizar y definir los recursos físicos del puesto de salud.

CUADRO No. 8

ANALISIS DE RECURSOS FISICOS

EDIFICIO, EQUIPO MEDICO -QUIRURGICO Y DE OFICINA

Edificio Costo	7,800.00	Tiempo servicio seis meses	uso máximo
Equipo de Oficina	18.00	seis años	uso máximo
Equipo Médico Quirúrgico	282.89	seis años	uso máximo

Como se puede observar en el cuadro anterior, en lo que respecta a edificio es nuevo y adecuado a las necesidades del lugar. En cuanto a equipo de oficina como se ve es escaso y el poco con que se cuenta está muy deteriorado por uso máximo y por no tener mantenimiento, además de ser construído con materiales de mala calidad.

En cuanto a equipo médico, solo se cuenta con una cantidad mínima que no es suficiente a la demanda del centro, además hay un alto porcentaje de instrumento en mal estado por su constante uso y por no tener servicio de mantenimiento.

Instrumento I-c: Este permite damos una idéa de la cantidad y clase de medicamentos utilizados en el centro de salud.

A cada centro de salud se le administra un lote de medicinas cada tres meses con un valor de Q150.00, el que es muy limitado e insuficiente a las necesidades del centro en cuanto a cantidad y calidad así como pocos adecuados a la morbilidad de la región. Ver anexo.

CUADRO No. 9

ANALISIS DE MEDICINAS Y MATERIAL MEDICO-QUIRURGICO, LISTA DE MEDICAMENTOS ORDENADOS EN BASE A CANTIDAD Y CALIDAD.

MEDICAMENTO	CANTIDAD	CALIDAD
Anestésicos local	Suficiente	Buena calidad
sedantes	insuficiente	buena calidad
analgésicos	suficiente	buena calidad
oxitócicos	suficiente	buena calidad
antibióticos	insuficiente	buena calidad
demolcentes Emo-llientes	insuficiente	Buena calidad
antiácidos	insuficiente	buena calidad
antidiárréicos	insuficiente	mala calidad
antisépticos	suficiente	buena calidad
antihelmintico	insuficiente	buena calidad
antipalúdicos	insuficiente	buena calidad
antiamebianos	suficiente	buena calidad
sulfas	insuficiente	buena calidad
vitaminas y anti-anémicos	insuficiente	regular calidad

Como se observa en el cuadro anterior los medicamentos suministrados al centro de salud son escasos de regular calidad, en poca cantidad y no son adecuados a las necesidades de la morbilidad de la población. Como se aprecia objetivamente en los resultados obtenidos para enfermedad endémica del área con altas tasas de morbilidad y mortalidad específica, no existen medicamentos útiles para brindar un tratamiento adecuado.

Instrumento # II.

Este instrumento fue aplicado a las siguientes personas de la comunidad: Promotores de salud
Comadronas adiestradas
Farmaceuticos.

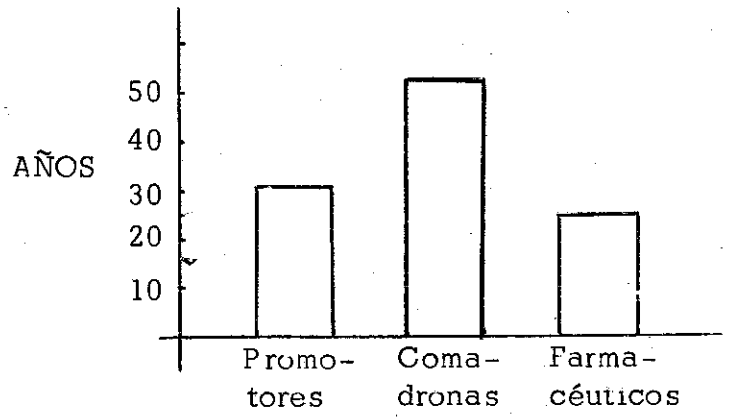
Permite analizar los conocimientos que poseen estas personas en lo que respecta al grupo materno, grupo infantil, pre-escolar y escolar y de salud general de la población, además conocimientos específicos de ciencia y tecnología que aplican ante los problemas de salud de la población; permite analizar la edad de estas personas, tiempo de ejercer, número de pacientes atendidos al año y alfabetismo.

Aspectos que traducen una gran importancia debido a que son estos los recursos humanos en salud que tiende a utilizar con mas frecuencia la población.

Promedio.

GRAFICA # 2

REPRESENTACION GRAFICA DE LA EDAD PROMEDIO DE LOS PROMOTORES, FARMACEUTICOS Y COMADRONAS.

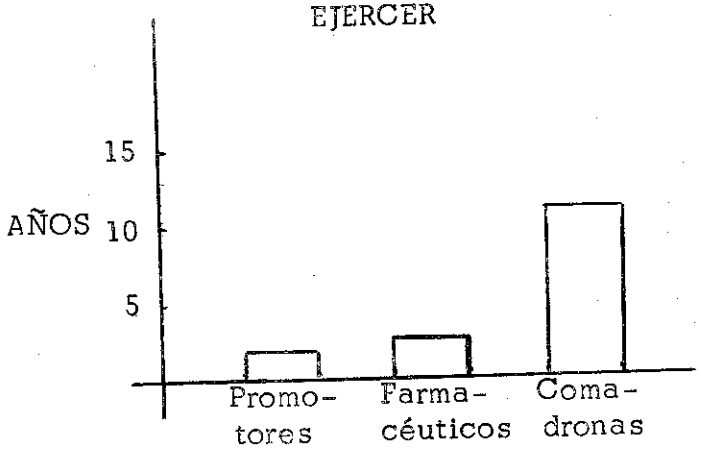


En esta gráfica se observa que la edad promedio de los promotores oscila entre los 31 años y los farmacéuticos en 26, considero que es un buen promedio de edad, es un grupo joven con muchos años de vida y alque se puede exigir un servicio asistencial a la altura de las necesidades de la comunidad así como a la adquisición de conocimientos científicos, relacionados con las funciones que desempeñan. La edad del grupo de comadronas es muy elevada pues el promedio es de 52 años, como consecuencia es gente cansada sin muchos deseos de superación, a quienes es difícil exigir mejoras en cuanto a servicio asistencial y reforzamiento de conocimientos científicos adecuados a la función que presentan en su comunidad.

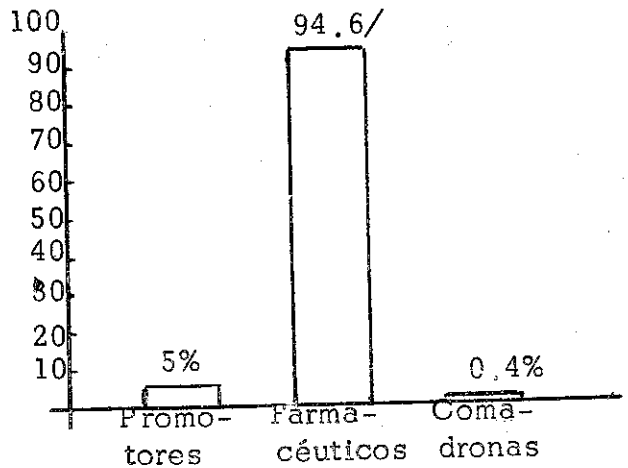
Tiempo de ejercer

Como se puede observar en la gráfica número 3 los promotores de salud rural llevan 2 años de ejercer, los farmacéuticos 3 años y las comadronas adiestradas un promedio de 12 años. Los promotores, son personas con poco tiempo de laborar, por consiguiente es gente poco experimentada, a la que habrá que asesorar más estrechamente El grupo de comadronas tiene un promedio de 12 años, es un grupo muy experimentado al que únicamente hay que actualizar en cuanto a técnicas modernas así como en conocimientos relacionados con la función que desempeñan.

GRAFICA # 3
REPRESENTACION GRAFICA DEL TIEMPO PROMEDIO DE EJERCER



GRAFICA # 4
REPRESENTACION GRAFICA DEL NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS AL AÑO



Como se observa en esta gráfica los farmaceuticos son las personas que mas pacientes atienden al año pues miran un promedio de 94.6% mientras que los promotores atienden un 5% y las comadronas menos del uno % o sea el 0.4%. Lo anterior se debe que a la comunidad no se le a educado adecuadamente, puesto que generalmente consultan primero al farmaceutico, quien enfoca el problema bajo el punto de vista económico (comercial) indicando el uso de múltiples medicamentos de mala calidad y que no son adecuados al diagnóstico del paciente, en su mayoría no es el correcto, pues no cuentan con los suficientes conocimientos médicos para hacerlo. Todo lo contrario sucede en el centro de salud ya que se les indica la cantidad indispensable y buena calidad, de los mismos de acuerdo al diagnóstico médico. Contribuye también el poco control que se tiene de los farmaceuticos a quienes se deja actuar libremente pues no se les delimita su campo de acción o no se toman medidas estrictas para hacerlo y oblige a que se dedique exclusivamente a sus actividades, como es la de expender medicina indicada por el médico.

Alfabetismo.

El grupo de promotores y farmaceuticos son alfabetas en un 100 % pues es requisito indispensable para optar el cargo, no así las comadronas que en su totalidad son analfabetas, considero que esta sea una de las causas del por que de su deficiencia en conocimientos y mal formación con respecto a los dos grupos antes mencionados.

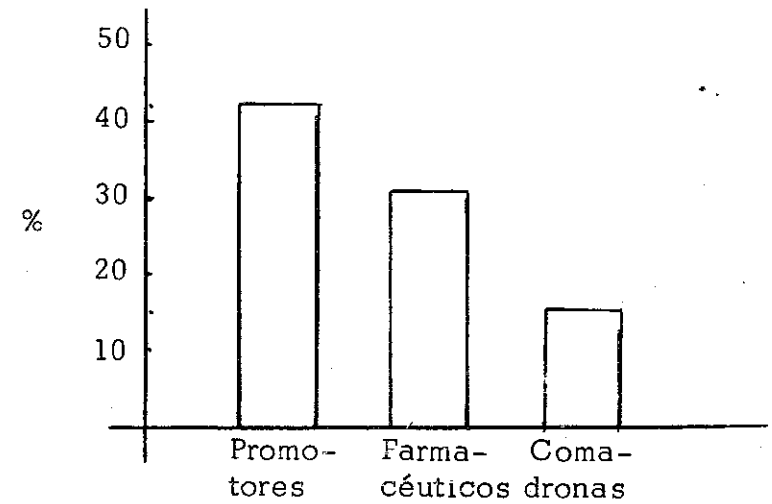
Determinación de la calidad de Conocimientos.

Para la determinación de la calidad de conocimientos con que cuentan los promotores de salud, farmaceuticos y comadronas adiestradas se paso el instrumento # 2. Tomando en cuenta el nivel cultural de las personas encuestadas se tomaron como respuestas aceptables aquellas en que a groso modo se tenía una idea general de los problemas de salud, aún siendo muy superficiales. Se califico inadecuada todas las respuestas que fueron erradas totalmente y que no se tenía idea del problema.

Conocimientos sobre el Grupo Materno-infantil.

Tenemos que el grupo de promotores contestó adecuadamente en un 42%, los farmaceuticos el 31%, no así el grupo de comadronas adiestradas quien contesta en un 15%. Ver gráfica # 5

GRAFICA #5
PRESENTACION GRAFICA DE CONOCIMIENTOS SOBRE MATERNO INFANTIL.

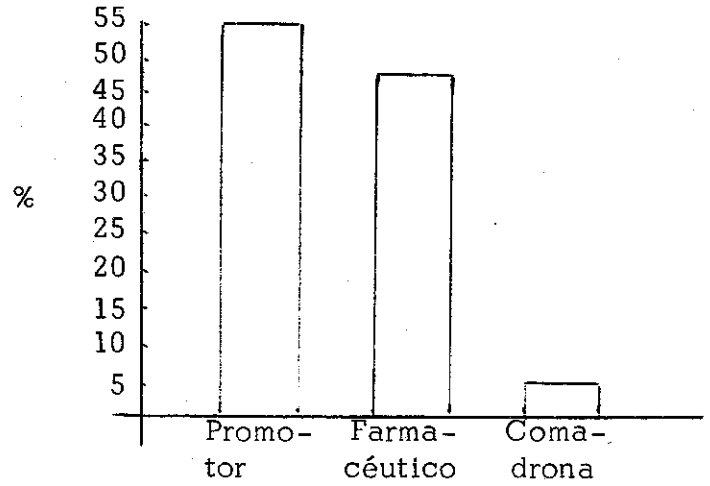


Como se observa en la gráfica el grupo que menos conocimientos tiene respecto al problema materno-infantil, aparentemente es el de las comadronas adiestradas, aunque podría no ser tan exacto, puesto que estas personas tienen poca comunicación y mucha timidez inhibiendolas a contestar adecuadamente las preguntas formuladas. Tomando el dato como esta este grupo sería el mas necesitado de reforzar en conocimientos ya que su función se desarrolla prioritariamente en este grupo de población, por lo que es aconsejable dar adiestramiento con regularidad.

Conocimientos sobre el grupo infantil escolar y pre-escolar.

En este aspecto encontramos que el grupo de promotores de salud contestó adecuadamente en un 55% los farmacéuticos en 48% y las comadronas un 6%, resultados que se presentan en la gráfica #6.

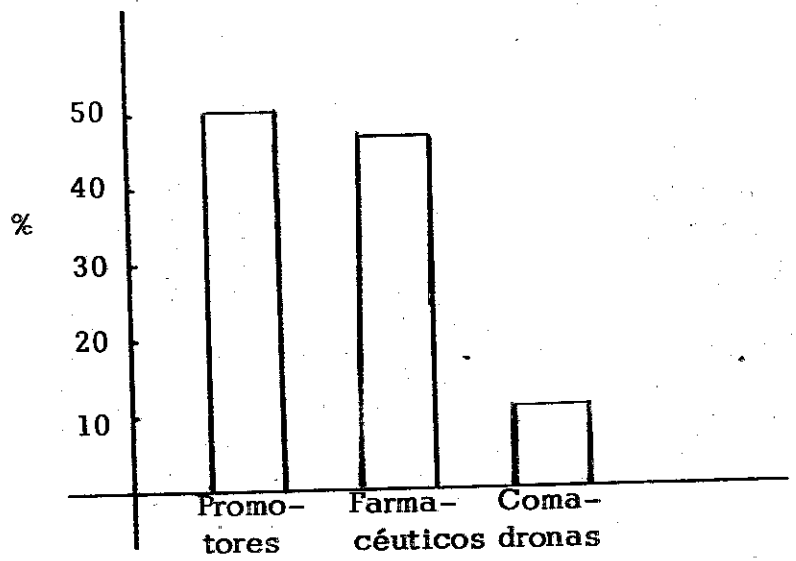
GRAFICA # 6
REPRESENTACION GRAFICA DE CONOCIMIENTOS SOBRE GRUPO ESCOLAR Y PRE-ESCOLAR.



Conocimientos sobre salud General.

El grupo de promotores contesto adecuadamente en un 50%, los farmacéuticos en un 48% y las comadronas un 10%, como se aprecia en la gráfica # 7.

GRAFICA # 7
REPRESENTACION GRAFICA DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD GENERAL.



Como se observa en la gráfica anterior, los promotores contestaron adecuadamente en un 50%, siendo estas personas las que mas relación tienen con este tipo de problemas, es necesario reforzar estos conocimientos para que el servicio que presentan sea mejorado en cuanto a calidad.

Conocimientos sobre Ciencia y Tecnología.

En este aspecto considero que ninguno de los grupos encuestados contestó adecuadamente. Al respecto habrá que insistir más en cuanto a dar pláticas encaminadas a orientar a estas personas respecto a conocimientos sobre ciencia y tecnología, pues son de mucha importancia para mejorar la atención prestada.

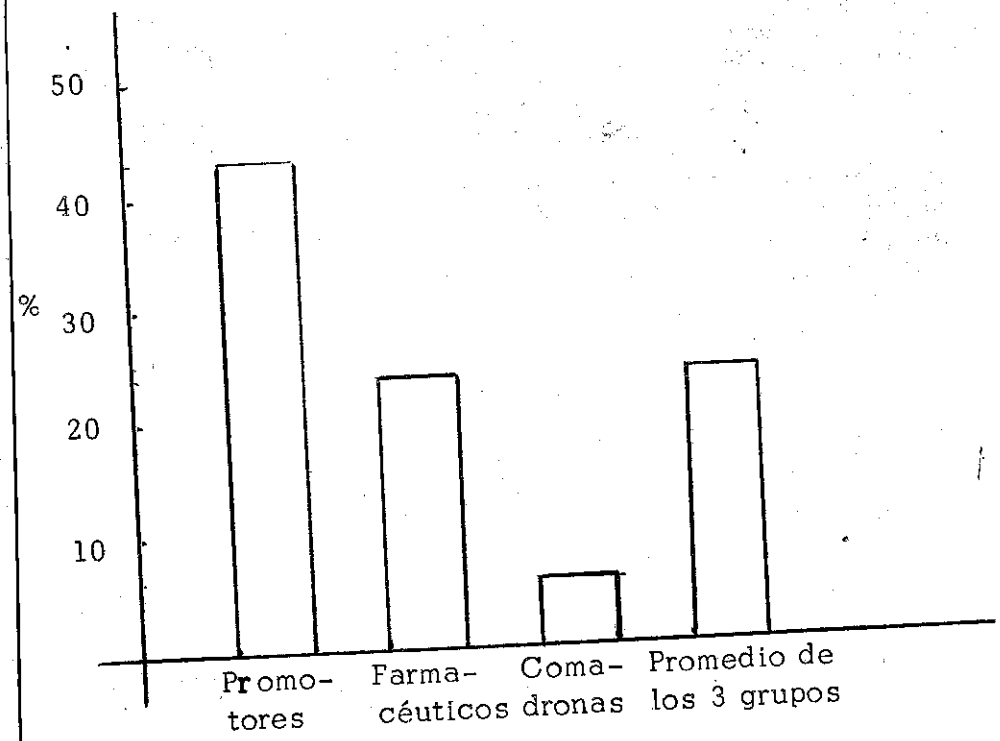
Conocimientos en Salud General.

Analizando en conjunto los conocimientos de estos grupos tenemos que el de los promotores en salud rural contestó adecuadamente en un 42%, los farmacéuticos en un 24% y las comadronas en un 6%. Con lo que se deduce que estos grupos encargados de los problemas de salud necesitan gran cantidad de conocimientos básicos en general, ya que el promedio de los conocimientos con que cuentan estos tres grupos es un 24%, desconociendo un 76%; esto nos da la pauta para la iniciación de un programa encaminado a reforzar los conocimientos existentes y brindar nuevos para mejorar las condiciones de salud a las personas de la comunidad que acuden a ellos. Es necesario iniciar la formación de nuevos grupos de comadronas pues el existente está entrado en años, la mayoría son personas de mas de 50

años con lo que su duración sera corta y se afrontaran múltiples problemas en años próximos.

GRAFICA #8

REPRESENTACION GRAFICA DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS ADECUADAS AL CUESTIONARIO EN GENERAL.



Desarrollo del programa.

Cobertura: En el área rural se cubrirá el 80% de la población y en el área urbana el 100%. Se utilizara como recurso de salud al técnico de Salud Rural, para el área rural y al auxiliar de enfermería para el área urbana.

Control Prenatal y Post-Natal, Area Rural.

Se cubrirá una población en edad reproductiva de la que se esperan 380 embarazos o sea el 5% de la población total, como se cubrirá el 80% tendremos 304 embarazos. A cada embarazada se dará cinco consultas, de las que tres serán dadas por el médico, dos prenatales y una post-natal; las otras dos restantes serán por la comadrona adiestrada o el técnico en Salud Rural.

CALCULO DE LAS HORAS A UTILIZAR EN EL CONTROL PRENATAL Y POST-NATAL EN EL AREA RURAL.

Universo	Cobertura	Concentración de Actividades	Rendimiento	H. Reque.	H. Dispo.	Balance
380 Emb.Esp.	80% 304 Em.	5 consultas por embarazo	6 consult. por hora.	253	4000	3747
		1520 Cons. por año.	253 horas al año.	Med. Tec. 152 101	Med. Tec. 2000-2000	Med. Tec. 1848 1899
		Med. Tec. Sal. 912H. 608 H.	Med. Tec. 152 H.	101H.		

TSR= Técnico de Salud Rural.

Se realizaran 5 consultas por embarazo, por lo que se requerirán 1320 al año, de las que el médico dará 912 y el técnico de Salur Rural o la comadrona darán 608. Se harán 6 consultar por hora, de donde se necesitaran 253 horas al año, de las que 152 serán horas/ médico y 101 horas/ técnico de salud rural o comadrona.

Las comadronas no se incluyen en el cuadro por puesto que no pertenecen al personal presupuestado del centro de salud.

Control Prenatal y Post-natal Area Urbana.

La población total en el area urbana es de 2994 de la que se espera 150 embarazos o sea el 5% de la población total. Se darán 5 consultas por embarazo de las que tres seran por el médico, dos prenatales y una post-natal, las otras dos por auxiliar de enfermería.

CALCULO DE LAS HORAS A UTILIZAR EN EL CENTRO PRENATAL Y POST-NATAL EN EL AREA URBANA.

Universo	Cobertura	Concentración	Rendimiento	H. Reque.	H. Dist.	Balance
150 emb. esperado	100% 150 emb.	5 Consultas por embarazo 750 consultas por año Med. A Enf. 350 300	6 consultas por hora 125 horas por año Med. a Enf. 75 50	75	3848	3773
			Med. a Enf. 75 50			
			Med. A enf. 1848-2000	Me. a En. 1773-1950		

Se requeriran 125 horas anuales de las que 75 serán horas/médico y 50 horas/enfermera es si tomamos en cuenta que se harán 6 consultas por hora.

CONTROL DEL NIÑO DE 0 - 4 AÑOS AREA RURAL.

La población infantil es de 1275 de la que se cubrirá 1020 o sea el 80% se les darán 4 consultas por año, dos por el médico y dos por el Técnico de salud rural.

CONTROL DEL NIÑO SANO DE 0-4 AÑOS AREA RURAL.

Univer.	Cobertu.	Concentración	Rendimiento	H. Reque.	H. Dispo.	Balance
1275 Emba Espe.	80% 1020 emba.	4 consultas por Emba.	6 consultas por hora	680	3672	2992
		4080 consultas por año.	680 horas por año.			
		Med. TSR	Med. RSR	Med. TSR	Med TSR	Med. TSR
		2040 2040	340 340	340 340	1773 1899	1433 1559

Como se ve en anexo anterior se requerirán 680 horas por año de las que 340 serán horas/médico y las otras 340 horas/auxiliar de enfermería, además el promotor de Salur Rural dará 5 consultas a cada niño por año.

CONTROL DEL NIÑO DE 0-4 AÑOS AREA URBANA.

La población a cubrir es de 602 niños a los que se dará 5 consultas por año, de las que tres serán por el médico y dos por auxiliar de enfermería.

CONTROL DEL NIÑO DE 0-4 AÑOS AREA URBANA.

Univer.	Cobertu.	Concentración	Rendimiento	H. Reque.	H. Dispo.	Balance
602	100 %	5 consultas por niño al año.	6 consultas por año	51 Horas	3383	3332
	602 Niños	3010 consultas	51 horas por año			
		Med. a Enf.	Med. a Enf.	Med. A Enf.	Med. a En.	Med. A En.
		1806 1204	306 204	306 20.4	1433 1950	1402 1929.6

Se requeriran 51 horas por año de las que serán 30.6 horas/médico y 20.4 horas auxiliar de enfermería, tomando en cuenta que se darán 6 consultas por hora.

Consulta General:

La población total es de 10580 de la cual se enferman proximadamente el 50% o sea 5290 tomando en cuenta que el porcentaje de morbilidad es de 49.5%, se piensa cubrir el 80% o sea 4232, a quienes se dará dos consultas, de las que una será por el médico y la otra por el auxiliar de enfermería.

CONSULTA GENERAL CALCULO DE LAS HORAS A UTILIZAR

Univer.	Cobertu.	Concentración	Rendimiento	H. Reque.	H. Dispo.	Balance
5290 Pts. esp.	80% 4232 Pts.	2 consultas por pt.	5 consultas por hora.	1693	3332	1639
		8464 consultas anuales	1693 horas por año			

Med.	a Enf.	Med.	A Enf.	Med.	A Enf.	Med.	A Enf.	Med.	aEnf.
4232	4232	8465	8465	8465	8465	1402	1929	556	1083

Para esta actividad se utilizaron 1693 horas al año de las que 846.5 son horas/médico y 846.5 serán horas/auxiliar de enfermería, tomando en cuenta que se darán 5 consultas por hora.

Las horas restantes se utilizarán para realizar las siguientes actividades; vacunación, administración investigación, proyección comunitaria, dirección, etc. hasta completar las 2000 horas presupuestadas.

Desarrollo del programa

Se piensa cubrir a todas las mujeres en edad reproductiva (15-45 años) quienes serán visitadas por la comadrona o el técnico en salud rural; en cada visita la comadrona realizará lo siguiente: Interrogatorio a la madre acerca de la fecha de la última menstruación y percepción o sospecha de embarazo por parte de ella.

En caso de sospecha de embarazo se dará explicación a la madre sobre los cuidados del embarazo y de la visita que hará al técnico en salud rural. Reporta al centro de salud la lista de señoras con sospecha y/o duda de embarazo, esta lista pasa al técnico de salud rural, quien planea su visita y determinación del sitio de control.

Instrumento: esta actividad se cumplirá con el instrumento comadrona adiestrada y técnico en salud rural.

Además del sistema anterior de captación la mu-

jer con embarazo o sospecha podrá ser detectada por otras personas de la comunidad como: promotores de salud, auxiliar de enfermería, médico, y las que consultan espontáneamente. Para la recolección de datos control y seguimiento de cada embarazo se utilizará hoja de trabajo # 1.

La utilización de la información tiene dos fines, 1- sirve para planear la presentación del servicio. 2- para investigación.

Comprobación de las Mujeres con Embarazo.

Objetivos: confirmar o negar la presencia de embarazo en las mujeres con amenorrea y/o sospecha de este. Serán visitadas las mujeres con sospecha de embarazo por el técnico de salud rural, esta visita se realizará al cumplir 2 meses de amenorrea según datos de la comadrona quien ya efectuó la primera visita. El técnico en salud rural confirmará el embarazo por interrogatorio y llenará la hora de trabajo # 1.

A las señoras que continúan con duda de embarazo, da cita para su confirmación en el centro de salud, por el médico y en visita posterior anota los resultados de la visita del médico.

A las señoras con embarazo confirmado, las inscribe, determina el tiempo del embarazo y sitio de control, da pláticas respecto al embarazo, parto, postparto y cuidados del recién nacido.

Algunas pacientes tendrán control médico periódico regular y serán las que tengan antecedentes de diabetes, epilepsia, trastornos mentales, mortinatos, hipertención, RN ictericos, muerte neonatal, TB, Cesáreas anteriores, miomectomia, cirugía cervicovaginal, complicaciones en el último parto o puerperio, hemorragia, parto prolongado etc.

Atención del parto.

En casa: por la comadrona adiestrada, en las señoras embarazadas sin antecedentes maternofetales patológicos, partos y embarazo normal.

En el centro de Salud:

Por el médico a pacientes embarazadas con historia de hipertensión en último embarazo, pre-eclampsia, toxemia, convulsiones, hemorragia y patología en último parto.

En el Hospital:

Por el médico a pacientes con historia de 3 o más abortos consecutivos previos, mortinato en el último embarazo, historia de incompatibilidad, cesárea anterior, cardiopatías, trastornos mentales etc.

Atención del parto:

En la casa por la comadrona quien da toda la información de las condiciones de salud de la paciente técnico en salud rural, quien luego visitará a la madre y revisará las condiciones de salud en que se encuentra ella y su

niño anotando luego los datos en hojas de trabajo #1 y 2. Ver hojas a continuación.

Grupo Pre-escolar:

Al final del puerperio será visitada la madre y el niño por el técnico en salud rural o el auxiliar de enfermería, quien determinará conducta a seguir. Las madres llevarán cada seis meses a su niño al centro de salud para su control médico, esto en el área rural y cada tres meses en el área urbana.

Periódicamente serán visitadas las madres para el control de sus niños, por el promotor de salud rural (en el área rural), de acuerdo a la forma siguiente: cada dos meses serán visitadas en sus casas por el promotor quien evaluará al niño y dará las indicaciones pertinentes y anotará en la hoja #2 los resultados de la visita además hará una lista de los niños, la que servirá para llevar un mejor control y cálculo del # de pacientes a cubrir en el programa vacunación y otros como el de Care,etc.

Los niños comprendidos en las edades de 4-14 años serán cubiertos en consulta general de la forma siguiente: Estos al presentar determinada patología acudirán al centro de salud, promotor, auxiliar de enfermería o técnico en salud rural, quienes decidirán si amerita enviarlo al médico, quien hará diagnóstico y dará tratamiento además decidirá si debe ser visitado posteriormente por el promotor de salud, (en el área rural) determinado número de veces de acuerdo a las necesidades, y en el área urbana por auxiliar de enfermería las veces que sea necesario.

Grupo Escolar:

Este grupo gosará de los beneficios de las actividades que organice el médico con la colaboración de los maestros y el técnico de salud rural, como pláticas orientadas a higiene, salud, alimentación, etc. Programas de desparasitación, detección de tuberculosis, paludismo, - etc. Así como consultar a los niños que la necesiten.

NOTA: Esta hoja se llenará con letra clara y de acuerdo a los datos pedidos Se archivará en el Centro de Salud en donde estará a la disposición de las personas interesada, Médico, Auxiliar de Enfermería, TSR, promotor y comadron, para consulta o adición de datos.

HOJA DE CONTROL # 1

LADO A

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

EDAD: _____

DIRECCION: _____

_____

RAZA: _____

G: _____ P: _____ Ab: _____

UR: _____ PP: _____

CREE QUE ESTA EMBARAZADA: _____

TIEMPO DE AMENORREA: _____

SIGNOS Y SINTOMAS DE EMBARAZO: _____

_____

OBSERVASIONES: _____

_____

SEGUNDO CONTROL _____

HOJA DE CONTROL # 1

LADO B

TERCER CONTROL: _____

_____

_____

PARTO: _____

_____

_____

_____

PRIMER CONTROL POST-PARTO: _____

_____

_____

OTROS: _____

_____

_____

PUESTO DE SALUD DE SAN MIGUEL CHICAJ.

NOTA: Esta hoja se llenará con letra clara y de acuerdo a los datos pedidos. Se archivará en el Centro de Salud en donde estará a la disposición de las personas interesadas, médicos, auxiliar de enfermería, TSR, promotores de Salud y comadronas adiestradas para consulta y adición de datos.

HOJA DE CONTROL # 2
LADO A

NOMBRE: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

DIRECCION: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

PESO AL NACER: _____ TALLA: _____

LACTANCIA: _____

INMUNIZACIONES: _____

_____

EXAMEN FISICO: _____

_____

SEGUNDO EXAMEN: _____

_____

_____

HOJA DE CONTROL # 2
LADO B

TERCER EXAMEN: _____

_____

_____

_____

OBSERVACIONES: _____

_____

_____

_____

OTROS: _____

_____

_____

_____

PUESTO DE SALUD DE SAN MIGUEL CHICAJ.

ANALISIS Y DISCUSION:

San Miguel Chicaj es una población en su mayoría indígena (95%), sus caseríos dispersos. La distancia, orografía y malas vías de comunicación dificulta a los habitantes alcanzar los beneficios que prestan los servicios de salud (Centro de Salud). Estas circunstancias y el poco conocimiento de salud en general, que tienen las personas encargadas de realizar los programas de salud contribuye a la ineficacia de los mismos, puesto que por desconocer estos aspectos, los programas existentes son insuficientes y no están acordes a las necesidades del municipio.

La ausencia de programas de saneamiento ambiental la mala distribución de la tierra, el bajo nivel cultural y económico son factores determinantes en la morbi-mortalidad del municipio.

La mitad de la población está comprendida entre los primeros 15 años de edad, existiendo gran riesgo de enfermedad por sus propias características, además existe un alto porcentaje de morbi-mortalidad en la población femenina en edad reproductiva como se expresa en los cuadros anteriores. Generalmente la causa de morbi-mortalidad se debe a problemas respiratorios, por la mala condición de la vivienda, así como a una baja en las defensas corporales, debido en parte a la mala alimentación, pues la generalidad presenta desnutrición.

Otras de las causas contribuyen en la morbi-

mortalidad es el problema socio-económico imperante, además de que los recursos existentes son escasos y no se distribuído y utilizado adecuadamente.

Las grandes mayorías se encuentran al márjen de los beneficios que presta la ciencia y tecnología.

En resúmen tanto los recursos físicos como los humanos son insuficientes e inadecuados a las necesidades de la población.

Recursos físicos, el centro de salur en cuanto a edificación es adecuado, pues cuenta con un edificio de mixto en buenas condiciones, que se adapta a las necesidades del lugar.

El equipo médico quirúrgico y de oficina es bastante limitado y se encuentra en mal estado, por ser utilizado al máximo y no tener servicio de mantenimiento.

Recursos Humanos. Considero que es abundante pero infuncional ya que algunas personas como promotores, comadronas y farmacéuticos cuentan con pocos conocimientos respecto al problema de salud, como consecuencia no prestan un buen servicio. Tenemos el caso de los farmacéuticos que no desempeñan las funciones que les corresponde pues, se dedican a dar consulta, diagnóstico y tratamiento que en su totalidad es equivocado.

El técnico en salud rural utiliza la mayor parte de su tiempo (960 horas anuales ?) a la investigación, dedicando una mínima cantidad a visita domiciliaria y otras actividades de mucha importancia, considero que no distri

buye bien su tiempo. Es de comentar que los datos obtenidos por interrogatorio no son fiables basandose este argumento en el hecho de comparar ejercicio de sus labores con los resultados obtenidos.

En cuanto a los médicos, considero que se están utilizando bien, así como al auxiliar de enfermería.

En nuestro programa como se puede ver utilizaremos al Médico, al TSR, Auxiliar de Enfermería, promotor de salur rural y Comadrona Adiestrada.

El médico, el técnico en salud rural, auxiliar de enfermería y comadrona adiestrada, los utilizaremos en el programa, en control prenatal, posnatal y atención del parto.

El médico, promotores de salud, auxiliar de enfermería, en el control del niño pre-escolar, escolar y consulta general.

Desde luego dándoles un buen entrenamiento respecto a estos problemas así como una buena preparación en conocimientos científicos. A los farmacéuticos hay que delimitarles el campo de acción, dándoles a conocer sus atribuciones específicamente. A la población en general dar una orientación en cuanto a higiene, salud, alimentación, etc, así como informar la clase de servicios que el centro puede ofrecer.

Considero que es de mucha utilidad implantar un programa materno-infantil que se adapte a las necesidades de la población; con lo que si no se logra erradicar el problema en su totalidad, mejorará las condiciones de salur de la población en general.

CONCLUSIONES

1. Los programas existentes respecto a materno infantil no se adecúan a las necesidades de la población.

2. Los daños que sufre la población materno infantil con buena programación y utilización racional de salud son prevenibles.

3. La causa condicionante del problema materno-infantil es la situación socio-económica imperante del sistema actual.

4. El deficiente nivel de salud de la población está condicionado en buena parte por la ausencia y/o escaso desarrollo de recursos en salud en ese nivel.

5. El nivel de salur de la población puede mejorarse mediante la racionalización en el uso de los recursos disponibles.

6. El personal médico que ha atendido al grueso de la población, posee conocimientos y habilidades aprovechables para la ejecución de programas de salud, actuando como complemento de los recursos formales de los servicios de salud.

7. Los recursos físicos y humanos son en general insuficientes además de ser utilizados inadecuadamente.

8. Los promotores, comadronas y farmacéuticos no están en condiciones de desempeñar su cargo adecuadamente, necesitan mas formación en cuento a conocimientos de salud general.

9. La escasés de vías de comunicación dificulta a los habitantes alcanzar los beneficios que prestan los servicios de salud.

10. La ignorancia y adopción de malas medidas en general, durante el período prenatal y post-natal son factores determinantes en el incremento del índice de morbi-mortalidad.

RECOMENDACIONES:

1.- Tratar de hacer las reformas indispensables a los programas existentes para que se adecúen a las necesidades de la población.

2.- Promover programas de promoción y prevención de la salud, para llevar un mejor control de la población materno infantil.

3.- Cambiar por medio de política encaminada al desarrollo productivo de la región, el estado socio económico adverso.

4 - Aumentar y utilizar bien los recursos de salud de la región.

5.- Racionalizar adecuadamente los recursos de salud existentes

6 - Utilizar adecuadamente al personal médico con que se cuenta para que sirva de complemento de los recursos formales de los servicios de salud.

7 - Promover pláticas enfocadas al problema de salud para una mejor formación de promotores, comadronas, farmacéuticos y de esta forma desempeñar mejor sus labores.

8.- Aumentar y mejorar las vías de comunicación para poder gozar de los beneficios que prestan los servicios de salud.

9.- Orientar a la población en general respecto a conocimientos preventivos de salud general haciéndoles ver que esto bajará la morvi- mortalidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Diagnóstico de la Situación en Salud, San Miguel Chicaj, Baja Verapaz, Marco Tulio Tabin Carrera, Gua., Febrero de 1975.

2. Programa de Atención Médica, Sub-programa Materno Infantil, Universidad del Valle, Cali, Colombia, Julio de 1972.

3. Dirección de Grupos, Franklin S. Hackman, - 1975.

4. Instrumentos de Trabajo, Formularios Estadísticos, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, Enero de 1975.

5. Diagnóstico de la Situación de Salud del Grupo Materno Infantil, Municipio de San Miguel Chicaj, Baja Verapáz, Guatemala, Febrero de 1975.

Br. Otoniel Recinos Aldana

Dr. Clementino Castillo Sandoval
Asesor

Dr. Fernando A. Rendón C.
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario General

Vo.Bo.
Dr. Carlos Armando Soto G.
Decano