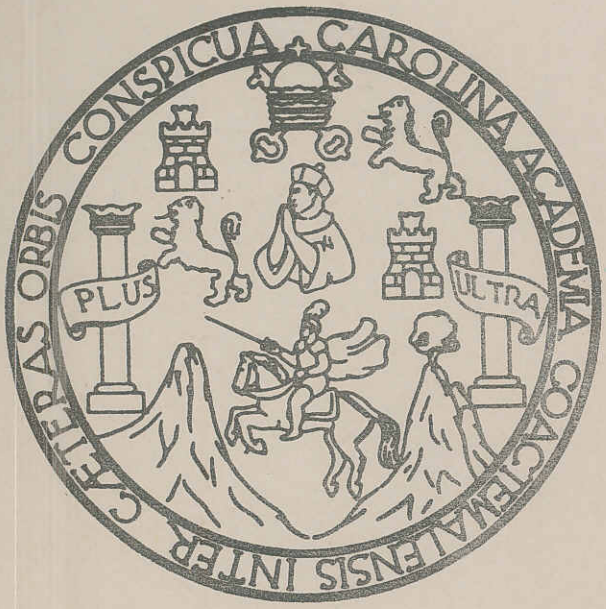
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



PROGRAMA DE ATENCION MATERNO-INFANTIL Y PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO DE COMADRONAS PARA EL MUNICIPIO DE SAN ANDRES, PETEN. AÑO DE 1,976

RENE ROMAN VELASQUEZ DUBON

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 1976

CONTENIDO

CAPITULO No. 1

I. INTRODUCCION
II. OBJETIVOS DE TESIS
III. HIPOTESIS
IV. MATERIAL Y METODOS
V. ASPECTOS MONOGRAFICOS
VI. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA
VII. DIAGNOSTICO DE SALUD:
A) Población.
B) Riesgo de enfermar y morir del grupo Materno-Infantil en 1975.
C) Porcentaje de DPC esperado.
D) Problemas intra y extrasectoriales influyentes en planes y programas de salud del municipio de - San Andrés, El Petén.

CAPITULO No. 2

I. PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL Y PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO DE COMA-DRONAS:
I-A Objetivos Generales.
I-B Cobertura General.
I-C Universo.
II. EL PROGRAMA MATERNO-INFANTIL:
A.- EL SUBPROGRAMA MATERNO.
B.- EL SUBPROGRAMA INFANTIL.
III. SUBPROGRAMA MATERNO (OBJETIVOS ESPECIFICOS)

A.-) Atención Prenatal.
B.-) Atención del Parto.
C.-) Atención del Post-parto.

IV. SUBPROGRAMA INFANTIL (OBJETIVOS ESPECIFICOS)

A.-) Crecimiento, Desarrollo e Inmunización.
B.-) Atención del Niño Enfermo.
C.-) Atención del Niño Desnutrido, Síndrome Diarreico y DHE.

CAPITULO No. 3

I. ORGANIZACION

CAPITULO No. 4

I. EVALUACION DEL PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

CAPITULO No. 5

I. PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO DE COMADRONAS:

1. Introducción.
2. El Instrumento No. 2.
3. De acuerdo a un criterio médico se da respuesta al Instrumento No. 2.
4. Definición del problema.
5. Metas.
6. Propósitos del programa.
7. Objetivos.
8. Normas.
9. Actividades.
10. Evaluación

CAPITULO No. 6

I. CONCLUSIONES

CAPITULO No. 7

I. RECOMENDACIONES

CAPITULO No. 8

I. BIBLIOGRAFIA

CAPITULO No. 1

I INTRODUCCION

El municipio de San Andrés, Petén; ostenta el prestigio de ser uno de los de mayor riqueza económica del departamento, y la cual se asienta en la explotación del chicle, el Shatte y la pimienta. Sin embargo paradójicamente la mayoría de sus habitantes, en el casco urbano, viven en condiciones de salud e higiene precarias.

El municipio no cuenta con un sistema de drenajes y alcantarillado. De las 236 viviendas que constituyen el pueblo el 85.61% están constituídas por una sola habitación la cual desempeña múltiples funciones; con paredes de bajareque, techo de guano monte, piso de tierra donde abundan múltiples animales domésticos entre los que sobre sale el cerdo y el perro. El 55.94% de estas viviendas no tienen agua potable en su interior, y sólo el 22.46% tienen letrina sanitaria; todo esto nos hace meditar sobre las condiciones socio-económico-culturales en que vive no sólo el habitante del pueblo de San Andrés, El Petén, sino la mayoría de guatemaltecos y especialmente los comprendidos en la clase explotada, devengando salarios miserables y sumándose a otros factores adversos como lo es el alto índice de analfabetismo constituye uno de los principales problemas que aquejan a "Nuestra Guatemala".

Por otra parte siendo el grupo Materno-Infantil de aproximadamente el 67.50% de la población total y donde

encontramos las mayores tasas de MORTALIDAD del país, razón por lo cual se hace necesario elaborar y poner en práctica un Programa de Atención Materno-Infantil con acciones de salud Preventiva y Curativa, esto motivó el diseño-propuesta del presente trabajo para el municipio de San Andrés, Petén; aprovechando los recursos con que cuenta la Comunidad.

También es importante mencionar y no puede pasar por alto el problema de la desnutrición que sufre principalmente el grupo Infantil en el cual se encuentra la futura fuerza de trabajo y a quienes se les dedica atención especial dentro del subprograma Infantil.

II OBJETIVOS DE TESIS

I.- Realizar un diagnóstico de la situación de salud del grupo Materno-Infantil para la población urbana del municipio de San Andrés, El Petén.

II.- Elaborar un modelo de Programa Materno Infantil, el cual se pueda poner en práctica en el municipio de San Andrés, El Petén y que funcione tomando en cuenta las necesidades de la comunidad, con una participación activa de cada uno de sus componentes en la evaluación, crítica y concientización de los problemas de Salud que les son inherentes.

III.- Investigar y adquirir conocimientos sobre la planificación del grupo Materno-Infantil y la proyección que tiene en el contexto de la Salud en el País.

III HIPOTESIS

I.- La cobertura y la deficiencia operacional de los programas de atención de madre y niño son limitadas, no contando las actividades correspondientes con la continuidad y eficiencia requerida.

II.- El personaje "Médico-Natural", el que hasta el momento ha sido el encargado de atender los programas de salud de la comunidad, posee conocimientos y habilidades aprovechables para la ejecución del programa Materno-Infantil y actúan como complemento de los servicios de Salud.

III.- El nivel de Salud del área urbana en el municipio de San Andrés, El Petén puede mejorar mediante la racionalización en el uso de los recursos disponibles para atender a los grupos en mayor riesgo de enfermar o morir.

IV 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 que 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 (edificio 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 de la municipalidad de San Andrés, El Petén.

A.3 Se consultó los mimeografiados y textos mencionados en la bibliografía.

A.4 Elaboración de material para una encuesta, solicitando ayuda a la regional del Departamento.

B. METODOS:

B.1 Se procedió a investigar los datos de los instrumentos 1-A al 1-C, para lo cual se revisaron los documentos existentes en el Centro de Salud local.

B.2 Se procedió a entrevistar a los recursos médico-naturales de la comunidad, utilizando el Instrumento No. 2.

B.3 Se procedió al análisis de los resultados de los instrumentos.

B.4 Se efectuó encuesta de población y vivienda del área urbana de San Andrés, El Petén con boletas que fueron proporcionadas por la División de Saneamiento Ambiental de la Dirección General de Servicios de Salud.

B.5 Luego se procedió al análisis de los resultados de la encuesta y se obtuvieron datos de la población urbana, el número de viviendas y otros datos referentes a saneamiento ambiental.

V ASPECTOS MONOGRAFICOS

El municipio de San Andrés está limitado, al Norte, con el Estado Mexicano de Campeche, al Este, con el municipio de San José; al Sur, con los municipios de Ciudad Flores y San Benito; al Poniente, con el Estado de Tabasco en México.

La extensión superficial no puede precisarse por no estar medida, pero es el más extenso del departamento.

La cabecera del municipio es el pueblo de San Andrés, está situado a 135 metros sobre el nivel del mar y a orillas del Lago Petén Itzá, dista de la cabecera departamental dos leguas vía acuática y 21 kilómetros por vía terrestre en un camino de herradura construído en el año de 1962, el terreno que ocupa es alto pedregoso, y quebrado, circunstancia esta última, que ha imposibilitado el trazo regular de sus calles. Desde la parte alta de la población se divisa el lago en toda su extensión, el pueblo de San Benito y una cordillera de picachos al sur formando todo esto un bellísimo paisaje digno de contemplarse.

El municipio cuenta con los ríos San Pedro, Paxban y

Escondido y con los arroyos Cantetul, San Miguel Sayab, Saccnich, Sibal, Xaan, Backac, unos desagüan en el río San Pedro y otros en el Paxbán. Entre las muchas lagunas que posee, se mencionan las de Picú, Sacpuy, Huacamayo, Cantrixal, El Yeso, Laguna Perdida, Santa Crez, Chuntuqui, Canja, Los Camarones, Santa Rita, Palmar y otras más, sin nombre conocido.

El carácter de los habitantes es franco, amantes del trabajo y muy inclinados a la agricultura, principalmente el cultivo de maíz, como artículo de mayor consumo. Sobre este particular ha superado a los demás pueblos, porque en ocasiones de mayor escasez de este grano, ha suplido las necesidades de la cabecera y otros pueblos con la mayor efectividad. También se cultiva el frijol, arroz, plátanos de todas clases, caña de azúcar, tubérculos y hortalizas.

En sus extensas vírgenes montañas, que encierran riquezas imaginables, se encuentran toda clase de madera de construcción y de ebanistería, siendo las principales el chico-zapote, caltecok, manchique, toschoc, el jabin, cedro, caoba, ébano, granadillo, mora y jobillo.

Siendo su flora abundantísima, es de lamentarse que no haya podido ser estudiada, pues solo se conocen las más comunes, como medicinales: el ixbut, equixil, pasac, mostaza, jengibre, zacate, limón, zarzaparrilla, copalchí, ciricote, higuerillo saebakecán, huaco y la pimienta; entre las tintóreas existe el camotillo, chucun, caoba, zalán, palo colorado, canxan, tizis, y otras muchas; las que producen fibra son: el henequén, chelén, pita, majaguas de todas clases; las florales la hay en los bosques de distintas clases, de bellísimos colores y de agradable aroma.

Entre los árboles frutales encontramos: el cocotero, coyol, mamey, guayabas, aguacates, papaya, nances, chico-zapote. Este municipio es el que produce mayor cantidad de chicle, en sus bosques se encuentra gran cantidad de árboles de chico-zapote, por lo cual ha sido por más de medio siglo, el patrimonio de los habitantes con resultados bastantes satisfactorios.

La fauna también es rica, encontrándose entre los felinos, el tigre, león, tigrillo, gato montés, onzas, etc., como animales de caza y que sirven de alimentación, está el jabalí, cerdo de monte, venado cabrito, pizote, solo y de perdidas, tepezcuintle, armados, liebres y otros; entre los pájaros está el pavo dorado, faisán cojolito, perdices, chachalacas e infinidad de palomas.

Fue fundado en el año de 1820, y su población está formada por Ladinos e Indígenas, es la creencia, de que este pueblo conserva el nombre desde su fundación; pero es de suponerse que dista de largo tiempo atrás, porque las campanas que existen en la iglesia, tienen fecha del año 1718.

Como edificios públicos tiene el de la Municipalidad, Centro de Salud tipo "C", Oficina de Telégrafos y Correos, Escuela urbana de ambos sexos, la iglesia Católica construida en tiempo de la Colonia, Salón Municipal, cancha de basquet bol, luz eléctrica y agua semipotable (para lo cual se diseñó un estanque general de almacenamiento en la parte alta del poblado, el agua es tomada de la laguna y conducida por cañería hasta dicho depósito por medio de bomba eléctrica, donde se le agrega cloro en cantidad necesaria para la purificación de la misma, en esta forma se distribuye a los chorros del interior de las casas), la municipa

lidad cobra a los vecinos los servicios públicos y los fondos son destinados para el mantenimiento de los mismos.

Los pueblos que encierran este municipio son: un pueblo, dos aldeas y seis caseríos, encontrándose la población distribuida en urbana y rural.

El gobierno municipal está representado por un alcalde, con el correspondiente secretario y tesorero, hay además dos síndicos y cuatro regidores.

Los vecinos profesan la religión Católica, aunque hay algunos protestantes, teniendo como patrón a San Andrés, cuya fiesta se celebra el 30 de noviembre. (1)

EL MUNICIPIO DE SAN ANDRES, PETEN

VI IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Al definir la política a seguir en la elaboración del programa MATERNO-INFANTIL para el municipio de San Andrés, Petén, como paso previo es necesario realizar algunas consideraciones generales:

a) Dicho municipio cuenta con dos aldeas que son: El Sacpuy y Carmelita, cuyas carreteras de herradura son intransitables lo cual dificulta la comunicación por vía terrestre especialmente en tiempo de invierno. A Carmelita sólo se puede viajar por vía aérea.

b) Tanto el municipio como sus aldeas nunca han contado

con la presencia de Médico, lo cual ha dificultado realizar un diagnóstico de Salud.

c) La política de Salud seguida por el Ministerio del ramo se hace explícita al proveer al municipio de un Puesto de Salud a cargo de una Auxiliar de Enfermería SP-I ó SP-II, existiendo sólo el Puesto de Salud para la cabecera municipal de San Andrés. Con lo cual se puede inferir que no es suficiente para las mínimas demandas de Morbilidad de la población.

d) El sistema de referencia de pacientes de este Puesto de Salud al Hospital regional que se encuentra en el municipio de San Benito es inadecuado por las razones siguientes: No existe control ni seguimiento de los casos, dificultad en el transporte y la mala ubicación de aquel.

Por lo apuntado anteriormente considero que se hace de urgente necesidad la creación de un Programa Materno-Infantil para esta localidad y que cumpla con las demandas y necesidades de dicha comunidad, aprovechando los recursos naturales existentes y que funcione acorde a la realidad de ésta.

VII DIAGNOSTICO DE SALUD

A) POBLACION:

El total de la población urbana para el año de 1976 es de 1,298 habitantes. Este dato fue obtenido de una encues

ta que realicé entre los meses de diciembre de 1,975 y enero de 1976 y se llevó a cabo solicitando ayuda de la Regional No. 7 del Petén, situada en Santa Elena, Petén; por otra parte contaba con el estudio anual que realiza Malaria y el dato de población de ellos para el año de 1974 es de 1,042 habitantes para el área urbana.

En El Petén es difícil poder indicar cual es la Tasa de incremento anual de la población a cierto año porque existen constantes inmigraciones, el fenómeno se agrava al no existir un control cuantitativo por parte de las autoridades, siendo el "SNEM" quienes tienen la mejor perspectiva sobre este respecto. Razón por la que a la población total se le debe considerar un índice estadístico de error máximo de más o menos 20% o bien considerar que el incremento vegetativo anual de la población es de 9 X 100 (dato dado por el Dr. Carlos Deparedes Soley, Director Jefe de la Región de Salud No. 7). Abajo puede apreciarse la población por grupos de edad para el año de 1976 (dato obtenido de la encuesta realizada en el mes de enero del mismo año)*

CUADRO No. 1
POBLACION CALCULADA. SAN ANDRES (cabecera municipal), EL PETEN; AÑO 1976.*

Edades	Población	%
Menores de un año	60	4.62
De uno a cuatro años	161	12.41
Mujeres de 15 a 44 años	260	20.00
Resto de la población	917	62.97
T o t a l	1298	100.00

B) RIESGO DE ENFERMAR Y MORIR DEL GRUPO MATERNO-INFANTIL PARA 1975.

B-1 TASA DE MORTALIDAD MATERNA:

Desafortunadamente no existe un diagnóstico etiológico de muerte en mujer gestante, el número de muertes en embarazadas, parturientas y puérperas son datos que reportados constantemente en forma no confiable como causa de muerte fuera de Hospitales y de Médicos privados es por eso que se tomará el dato de Mortalidad Materna para todo el País, la cual es de 2.2 X 100 habitantes (entre las causas de mortalidad materna tenemos toxemias gestacionales, accidentes hemorrágicos, sepsis y abortos en la mayor parte de países latinoamericanos (2).

Es de hacer notar que en el municipio de San Andrés, Petén el 95% de certificados de defunción de sus pobladores no es efectuado por personal médico, si no que es un diagnóstico sintomático dado por los deudos del difunto en el registro de la municipalidad y atendido por personal municipal.

Para el año de 1975 se registraron a nivel urbano, las muertes siguientes: (*)

B-2 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (**):

127 x 1000 nacidos vivos

B-2.1 TASA DE MORTALIDAD NEONATAL(**):

53 x 1000 nacidos vivos

B-2.2 TASA DE MORTALIDAD POST-PARTO(**):

74 x 1000 nacidos vivos

B-3 TASA DE MORTALIDAD DE 1-4 AÑOS:

31 x 1000 habitantes (***)

(*) No existe el número de población total de 1975, sin embargo tenemos el dato de 1974 (SNEM) y es de 1042 habitantes en el área urbana de San Andrés, Petén. Sabiendo que la tasa de incremento anual de la población petenera es de más o menos 9 ó 10 —la razón de esto es porque existe grandes inmigraciones de habitantes no solo procedentes de otras partes del territorio nacional sino extranjeros—. Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente, la población del área urbana de Sn. Andrés, Petén en el año de 1975 fue de 1146 habitantes.

(**) La Tasa de mortalidad Infantil se obtuvo tomando en cuenta el dato existente en la municipalidad, para el año de 1975 y que corresponde a:

muertes de 0 a 28 días = 5
29 días a 1 año = 7
12

B-4 TASA DE MORTALIDAD GENERAL:

22.69 x 1000 habitantes

B-5 TASA DE NATALIDAD:

42.98 x 1000 habitantes

B-6 INCREMENTO VEGETATIVO: 20.29

B-7 TASA DE MORTALIDAD ESPECIFICA:

Considero que sacar esta tasa no tiene ninguna importancia representativa, porque el diagnóstico dado en cada defunción no es Médico sino de tipo empírico y en la mayoría de los casos está basado en síntomas.

A) MORTALIDAD GENERAL

Número de muertes ocurridas en 1975, en orden de frecuencia y con diagnóstico empírico:

1.-	Bronquitis A. y C.	5 casos
2.-	Fiebre de etiología no establecida	6 casos
3.-	Dolor cólico de etiología no establecida	4 casos
4.-	Síndrome convulsivo de etiología indeterminada	3 casos
5.-	Procesos infecciosos (intestinales y de orofaringe)	2 casos
6.-	Enfermedad hepática de etiología desconocida	1 caso

(***) 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 á 101.6 y de 1.4 á 24.7 x 1000 habitantes respectivamente (2).

7.-	Homicidio	1 caso
8.-	Senilidad	1 caso
9.-	Náusea y vómitos de etiología desconocida	1 caso
10.-	Asfixia	1 caso
	Total causas de muerte	26 casos

B-8 MORTALIDAD ESPECIFICA Y POR GRUPOS ETARIOS:

Diagnóstico de defunción tipo EMPIRICO

de 0 a menores de 1 año

Fiebre de etiología desconocida	6 casos
Náusea y vómitos de etiología indeterminada	1 caso
Cólico de etiología desconocida	1 caso
Bronquitis aguda de etiología desconocida	1 caso
Mortinato de etiología desconocida	2 casos

de 1 á 4 años

Infecciones (Intestinales y Orofaringe)	2 casos
Bronquitis Aguda	1 caso

de 5 á 14 años

Síndrome Convulsivo de etiología??	1 caso
Dolor Cólico de etiología indeterminada	1 caso
Bronquitis Aguda y Crónica de etiología??	3 casos

de 15 años a más

Dolor cólico de etiología indeterminada	2 casos
Enfermedad hepática de etiología???	1 caso
Homicidio	1 caso
Senilidad	1 caso
Síndrome convulsivo	1 caso

B-9 MORBILIDAD:

Las 10 primeras causas de motivo de consulta para el año de 1975 conforme edades fueron:

En niños menores de un año

1.	Diarrea de diferentes etiologías	28 casos
2.	Vómitos	16 casos
3.	Desnutrición (sin establecer grado y tipo Kwashiorkor y Marasmo)	14 casos
4.	Fiebre de diferentes etiologías	10 casos
5.	Bronquitis Agudas	10 casos
6.	Sarampión	9 casos
7.	Infección Intestinal de etiología??	5 casos
8.	Amigdalitis Aguda	2 casos
9.	Otitis media supurada y no supurada	2 casos

En niños menores de seis años

1.	Diarrea de etiologías distintas	9 casos
2.	Desnutrición de diferentes grado y tipo	5 casos
3.	Sarampión	5 casos
4.	I.R.S.	7 casos
5.	Bronquitis A.	2 casos
6.	Furunculosis	2 casos

7.	Sarcoptiosis	1 caso

de 15 años a más

1.	Diarrea de diferentes etiologías	225 casos
2.	Bronquitis Aguda y Crónica	116 casos
3.	Anemias de etiología??	90 casos
4.	Parasitismo Intestinal (Ascaris, tricocéfalos y uncinarias)	90 casos
5.	I.R.S.	70 casos
6.	Artralgias diversas	40 casos
7.	Enfermedad péptica	12 casos
8.	Dolor cólico de etiología??	21 casos
9.	Amigdalitis de diversas etiologías	14 casos
10.	Neuralgias diversas	8 casos

C.- PORCENTAJE DE DPC (DESNUTRICION PROTEICO CALORICA) ESPERADO:

Según la evaluación nutricional de Guatemala INCAP (1965), la situación nutricional del niño guatemalteco (4) el 81.4% de la población sufre DPC en diversos grados, en la proporción siguiente:

G-I 49%
G-II 26.5%
G-III 5.9%

NOTACION:

En el presente trabajo no existía estudio previo es decir un diagnóstico de salud por lo cual, conforme los informes anteriores se puede inferir que el porcentaje de niños con DPC en la población de San Andrés es similar o mayor.

D.- PROBLEMAS INTRA Y EXTRASECTORIALES:

Los cuales influirán en los planes y programas de Salud del municipio de San Andrés:

INTRASECTORIALES:

1-a) Ausencia de cobertura y de programa materno-infantil, así como desconocimiento real de diagnóstico de Morbi-mortalidad.

2-a) Ausencia de un programa de saneamiento ambiental.

3-a) Falta de recursos humanos, financieros, materiales y disponibilidad de los mismos.

4-a) Falta de integración y organización de los servicios de Salud.

EXTRASECTORIALES:

2-a) Sistema Social y Económico basado en la explotación de las clases.

2-b) Mala distribución de la tierra, en la que la mayor parte de ésta se encuentra en manos de una minoría.

2-c) Consecuencia del sistema Social capitalista es:

-Analfabetismo: en el 79% de la población y la gran mayoría es de la clase indígena (los explotados) (3)

-Bajos salarios: el ingreso per-cápita de la clase

campesina ha sido estimado en menos de Q.65.00 anual. (3)

-Alto costo de vida: esto lleva a carencia de instrucción, educación insuficiente, mala productividad, baja ingesta calórica, desnutrición crónica, dependencia, en síntesis alto índice de MORTALIDAD. (3)

CAPITULO No. 2

I PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL Y PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO DE COMADRONAS

I-A OBJETIVOS GENERALES:

1.- Reducir el riesgo de enfermar y morir del grupo materno infantil de San Andrés, El Petén.

2.- Elevar el desarrollo psícobiosocial de la población de San Andrés, El Petén; mediante la educación de la comunidad, para la protección del grupo materno-infantil utilizando o aprovechando al máximo los recursos naturales del área y tomando en cuenta las limitaciones con que afronta el Centro de Salud local.

3.- Investigar las causas más frecuentes de morbi-mortalidad en el binomio madre-niño con el fin de mejorar la atención médica y lograr una cobertura que satisfaga con los propósitos y metas del programa.

4.- Prestar servicio curativo y preventivo a este grupo.

5.- Proporcionar educación en salud a la madre y el niño.

6.- Dar adiestramiento a personal idóneo, que se relacione con el mantenimiento de la Salud de la comunidad e incorporados al programa.

I-B COBERTURA GENERAL:

La cobertura que pretende el programa materno-infantil para el área urbana del municipio de San Andrés, El Petén será del 100%.

I-C UNIVERSO:

Existiendo un total de 236 casas, con un total de 1298 habitantes para el año 1976 y contando el municipio en su área urbana con 3 comadronas empíricas que serían incorporadas al programa, mediante un cursillo y supervisión constante, se dividirá el casco urbano en tres SECTORES:

Sector A
Sector B
Sector C

Estos tres sectores contarán con un total de 80 casas y se distribuirán a las 3 comadronas, quedando de la manera siguiente (esta distribución se realizó tomando en cuenta la situación geográfica de la vivienda de cada comadrona):

El Sector A: Le corresponde a la Comadrona Empírica DELFINA BURGOS ACOSTA.

El Sector B: Le corresponde a la Comadrona Empírica TRINIDAD JOMA CORTEZ V. DE CHATA.

El Sector C: Le corresponde a la Comadrona Empírica BENITA MUÑOZ CHABLE.

II EL PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Está integrado por dos SUBPROGRAMAS:

A.-) EL SUBPROGRAMA MATERNO.
B.-) EL SUBPROGRAMA INFANTIL.

SUBPROGRAMA MATERNO:

OBJETIVOS ESPECIFICOS

a.-) Captar precozmente a la mujer embarazada del municipio de San Andrés (casco urbano).

b.-) Captar e inscribir al 100% de los embarazos esperados antes del 5 mes.

c.-) Cubrir el 100% de atención Prenatal y Post-parto.

d.-) Detectar precozmente la patología inherente de este grupo.

e.-) Proporcionar a la mujer embarazada suplementos dietéticos de hierro, folatos y vitaminas.

f.-) Obtención de exámenes de laboratorio en toda primigesta (Hb, Ht, Grupo Rh, VDRL, Heces y Orina) y según sea necesario en el resto de madres.

g.-) Impartir educación y prevención con el fin de mejorar la situación higiénica, ambiental y nutricional de la mujer embarazada y post-parto.

COMPONENTES DEL SUBPROGRAMA MATERNO:

A.-) ATENCION PRENATAL.
B.-) ATENCION DEL PARTO.
C.-) ATENCION DEL POST-PARTO.

A.-) ATENCION PRENATAL:

METAS:

-Captar el 100% de los embarazos esperados antes del 5 mes.

-Dar 5 consultas prenatales.

-Dar educación e higiene y detectar precozmente patología.

DATOS DE POBLACION:

Población total: 1298 habitantes.
Embarazos esperados (5% de la población total) = 65
Abortos esperados (10% representan las pérdidas concepcionales) = 6

ACTIVIDADES:

Para llevar a cabo el control Prenatal se desarrollarán las actividades siguientes:

a-1) CAPTACION DEL EMBARAZO:

-Divulgación por la radio
-Repartición de volantes informativos

-Divulgación en el Centro de Salud a las embarazadas y que lleven el mensaje al resto de mujeres.

DATOS DE POBLACION Y VIVIENDA:

-Para el año de 1976 se esperan: 65 embarazos
-En el área urbana de San Andrés tenemos: 236 viviendas
-Las comadronas (previo adiestramiento), detectarán estos embarazos y a quienes tenemos divididas en 3 sectores: 3 comadronas.

NORMAS:

-Se dará 2 meses a cada comadrona para que visite las 80 casas que le corresponden en su sector, además tiene que realizar 3 visitas anuales. Las 3 comadronas tendrán que principiar en la misma fecha la captación de mujeres amenorreicas de más de 2 meses.

-Cada comadrona tendrá que visitar 10 casos por semana, completando en dos meses las 80 de su sector, luego descansará 2 meses para volver a iniciar la segunda visita, en la misma forma, se efectuará la tercer visita.

-En cada visita que la comadrona realice a su sector investigará:

a) No. de mujeres en edad reproductiva de cada vivienda.
b) Si hay retraso menstrual de 2 meses o más.
c) Fecha de última regla.
d) Si la madre percibe estar embarazada.
e) Establecer diagnóstico de embarazo.
f) Realizar listado donde se encuentre el nombre,

localización de la vivienda de estas embaraza - das lo mismo cuando el caso sea dudoso.

g) También aprovechará la visita para saber cuántos niños menores de 6 años hay en cada vivienda y sacar listado, refiriéndolos al Centro de Salud para el subprograma Infantil (ver Programa).

h) Dar cita fijando fecha, día y hora a cada embarazada. Los casos sin diagnóstico indicará que será visitada por la enfermera auxiliar del Centro de Salud local a más tardar a los 8 días de esa visita y por horas de la tarde.

i) Finalmente la comadrona realizará una plática sobre la importancia que tiene el programa Materno-Infantil (Prevalencia de morbi-mortalidad del binomio madre-hijo). Lo mismo sucederá - con los enfermos que al momento que la comadrona realice su visita y que no pertenecen al grupo serán remitidos de inmediato al Centro de Salud para que el Médico EPS los atienda.

j) Toda la información obtenida por la comadrona la entregará por escrito a la enfermera auxiliar del Centro de Salud en la forma siguiente:
-No. de embarazos
-No. de casos dudosos
-No. de niños menores de 6 años.

k) La información recabada por la comadrona la enfermera auxiliar la anotará en la forma siguiente:
-Inscribir a las mujéres con diagnóstico de embarazo en el libro "Control Prenatal" y los datos, nombre, dirección, fecha, día y hora de cita.
-Anotar en un libro de título "Amenorreicas sin Diagnóstico" los casos dudosos, para que en - próxima oportunidad sea la enfermera del Centro de Salud la que efectúe visita y diagnóstico en la medida de lo posible porque si ella no logra efectuarlo, el caso tendrá que referirse al - médico EPS en cita que dará a la paciente.
-En otro libro titulado "Control de Crecimiento y desarrollo e inmunización" inscribirá a los - niños de 0 á 1 año; en otro libro titulado "Control de niños de 1 á 5 años" los que estén comprendidos en estas edades. Estos niños asistirán con cita, fecha, día y hora conforme lo estipulará el subprograma Infantil (ver adelante).

a-2) ATENCION PRENATAL Y EDUCACION DE LA - EMBARAZADA:

METAS:

-Consulta Prenatal en el Centro de Salud.
-Vigilancia y captación precoz de alguna patología.
-Hacerle sentir a la futura madre, un ambiente de satisfacción y agradabilidad mediante charlas, participación de ella en su educación y el suministro de suplementos dietéticos para que el niño nazca sano.

NORMAS:

-Los días destinados para control Prenatal serán los MARTES y VIERNES en HORARIO de 8:00 á 12:00 Hrs.
-Se darán 5 controles prenatales por embarazada, las que - principiarán a partir del quinto mes de embarazo.

TAREAS:

-El Primer Control (23 semanas) y

-El Quinto Control (40 semanas) estarán a cargo del médico EPS.
-El Segundo Control (27 semanas),
-El Tercer Control (31 semanas) y
-El Cuarto Control (35 semanas) estarán a cargo de la enfermera auxiliar.

-El control Prenatal se realizará en fichas corrientes que se llevan en hospitales estatales.

-La enfermera auxiliar tiene que llenar los datos generales de ficha de cada paciente, control de signos vitales y luego referirla al médico EPS o bien a ella misma, conforme las tareas.

-Cuando el médico EPS desee descartar alguna patología especial tendrá que referir el caso al Centro de Salud de Ciudad Flores o bien al hospital Regional de San Benito.

-En el Primer Control Prenatal de cada paciente el médico EPS si lo desea puede ordenar los exámenes de laboratorio pertinentes (dará a la paciente las órdenes para que los efectúen en el Centro de Salud de Ciudad Flores).

-Toda paciente en su primer Control Prenatal se le darán 20 cápsulas prenatales y aquellas que clínicamente o por laboratorio se les compruebe anemia se les dará tratamiento específico.

INSTRUMENTO: Comadrona, enfermera auxiliar y médico EPS.

RENDIMIENTO: Comadrona: Número de horas anuales dedicadas a visitas domiciliares; así como el número de

pacientes referidos al Centro de Salud y que estén comprendidas en el programa.

Enfermera auxiliar: Número de pacientes inscritas y atendidas dentro del programa y visitas domiciliares.

Médico EPS: Número de consultas anuales para pacientes de control prenatal.

(Ver anexo al final del subprograma Materno).

B.-) ATENCION DEL PARTO:

METAS:

-Garantizar a la parturienta una mejor atención Médico-natural.

-Controlar el parto atendido en el hogar por medio de las comadronas.

-Existirán dos clases de atención del parto: En el Hogar,
En Institución.

ASIGNACION DE TAREAS:

-Para el parto atendido en el HOGAR: Estará a cargo de comadronas incorporadas y supervisadas dentro del Programa y distribuidas por sectores.

-Para el parto INSTITUCIONAL: La paciente será referida y atendida en el Hospital Regional de San Benito, Petén.

DATOS DE POBLACION:

Sabiendo que el 5% de la población total de San Andrés, Petén, en su área urbana serán embarazadas, el 10% de abortos, 3% de partos distócicos y un 4% serán partos de primígestas (2) (estos partos que representan los dos últimos porcentajes, serán referidos al hospital regional de San Benito.) De tal manera que el total de partos que serán atendidos para el año 1976 en el área urbana del municipio será de 54.

NORMAS: Para el parto atendido en el Hogar:

-Toda multípara, su parto tiene que ser atendido por la Comadrona que corresponda al sector de localización de la vivienda de la parturienta.

-En la 5ta. consulta (último control prenatal 40 semana), que la embarazada realiza al Centro de Salud y que le corresponde al médico EPS, indicará a la paciente que su parto lo atenderá la comadrona del sector donde vive. Luego notificará a ésta sobre como fue el control prenatal y las condiciones en que tiene que atender el parto que se le avecina.

-La Comadrona tendrá que notificar antes de 48 horas al Centro de Salud sobre el resultado del parto y en las condiciones en que se llevó a cabo, para que la enfermera auxiliar anote el resultado en la ficha de control prenatal de la paciente.

-Después que la comadrona atiende el parto eutócico simple tiene que dar a la madre una plática sobre complicaciones que se puedan presentar en el post-parto: hemorrag

ias, infecciones, retención de placenta, etc. además de los cuidados que debe tener con el recién nacido sobre su alimentación, higiene, y la importancia de llevarlo al Centro de Salud al cumplir los 30 días de vida e iniciar la inmunización. Además tiene que darle cita a la madre para el Centro de Salud a control post-parto que tendrá que ser a los 15 días sino hay complicaciones.

ACTIVIDADES: Para el Parto Institucional.

-Primígestas el parto se atenderá en el hospital regional explicándole los beneficios que presta la institución en este sentido. Así como embarazadas con sospecha o diagnóstico de Gemelar, antecedentes de estrechez pélvica, cesarea anterior, tumores, cirugía vaginal previa, etc.

-A estas pacientes en su última cita o antes según caso, se les referirá al hospital regional con la ficha de control prenatal, la cual tendrán que regresar al Centro de salud local al terminar el tratamiento hospitalario, con las anotaciones respectivas realizadas por el médico tratante y continuar en éste el control post-parto.

INSTRUMENTO: Comadrona y médico hospitalario.

RENDIMIENTO: Comadrona: dependerá del número de horas dedicadas a la atención de los 54 partos eutócicos simples.
Médico Hospitalario: no tiene cuantificación dentro del programa materno-infantil del área urbana de San Andrés, Petén.

C.-) ATENCION POST-PARTO:

METAS:

-Captar precozmente infecciones, hemorragias u otros problemas inherentes del Post-parto.

-Educación y consejos sobre hábitos higiénicos a mujeres en período de puerperio.

ACTIVIDADES:

Para llevar a cabo la atención Post-parto se desarrollarán las actividades siguientes:

b-1) CONTROL POST-PARTO

METAS:

-Controlar los riesgos propios del post-parto.

-Proporcionar un control post-parto con el fin de disminuir la morbilidad del puerperio a su mínima expresión.

NORMAS:

-Se dará un control Post-parto que estará a cargo del médico EPS del Centro de Salud.

-Las madres cuyo parto fue atendido en el Hogar, será la Comadrona la encargada de darles cita al Centro de Salud en el mismo horario de Control prenatal (Martes o Viernes) al cumplir 15 días post-parto (como lo anotado anteriormente).

-Para el parto institucional la cita la darán en el Hospital regional refiriendo a la paciente al Centro de Salud de la localidad (si la paciente pertenece al área urbana) y será a los 30 días post-parto conforme el mismo horario local, con la ficha clínica y las anotaciones correspondientes.

b-2) EDUCACION E HIGIENE:

-Mediante educación e higiene prevenir las complicaciones del puerperio.

-Organizar la formación de grupos dinámicos de discusión.

NORMAS:

-El médico EPS del Centro de Salud será el que tenga a su cargo la consulta de las pacientes post-parto y dar a conocer un plan educacional sobre normas de higiene, el cual ya había empezado la comadrona después de atender el parto.

-Tal como se dijo, la comadrona al momento de atender el parto realizará una educación orientada sobre normas de higiene que debe tener la madre especialmente sobre genitales, abstinencia de acto sexual, etc... y cuidados del recién nacido, hábitos alimenticios y referir al niño a los 30 días de vida a su primer control de Crecimiento y desarrollo e inmunización, tal como se indica en el subprograma Infantil.

INSTRUMENTO: El médico EPS y Comadrona.

RENDIMIENTO: El médico: Consistirá en el número de horas destinadas a la consulta de post-parto y el plan

educacional que realice en cada paciente.
Comadrona: Número de horas destinadas a referir a las pacientes de post-parto al Centro de Salud (pero esto no tiene importancia porque el tiempo de la comadrona dentro del programa no tiene cuantificación.) (Ver anexo del subprograma materno).

ANEXO No. 1.

SUBPROGRAMA MATERNO.

Componentes:	Población	Cobertura	Actividades	Instrumento	Rendimiento del Instrumento	Concentración	Requerido	Disponibilidad.	Balance:
Atención Prenatal:	65 representa la cant. de emb. esperados para año 1976	Será del 100% para cada actividad	1) Capacitación emb. 2) Atención prenatal y educación de la emb.	-Med. EPS -Enf. Aux.	No. de pactes. remitidas a C. S. por ambas. 6 cons/hrs. 4 cons/hrs.	Remitir 10 pacientes por semana a C.S. local. 3 pactes. por semana 5 pactes. por semana.	No se cuantifica el tiempo dentro del subprograma. No se puede determinar. 21 hrs. 49 hrs.	1200 hrs. 1600 hrs.	≠ 1179 H ≠ 1551 H
Atención del Parto.	59 serán los partos esperados 5 serán — inst. y 54 p/el hogar	100%	1) Parto en hogar: cada comadrona atenderá 18 partos. 2) Parto Instit. 5 los que atenderán en Hosp. Sn. Benito.	-Comadronas. -Médico Hosp.	Hrs./Comadrona. Hrs. Med.	No determinada. X= 1 hr. X parto	No es cuantificable el tiempo de la comadrona dentro del subprograma materno. No es cuantificable el tiempo del médico hospitalario dentro del subprograma Materno.		
Atención Post-Parto	Será 59 pacientes de post-parto.	100%	1) Control Post-parto. 2) Educación e higiene.	Med.EPS. Med.EPS.	6 cons + Hrs. 1 charla + Hrs.		10 hrs. 88 hrs.	1179 1169	≠ 1169 ≠ 1081

SUBPROGRAMA INFANTIL

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

a.-) Lograr una captación temprana del 100% del grupo Infantil.

b.-) Detectar y seleccionar tempranamente a los niños con alguna evidencia de enfermedad para tomar las medidas necesarias en su recuperación y tratamiento.

c.-) Prevenir a temprana edad las enfermedades propias de la infancia como son: Difteria, Tos Ferina, Tétanos, Sarampión, Viruela, Poliomielitis y Tuberculosis, mediante un sistema de inmunización continua en el Centro de Salud de esta localidad.

d.-) Reducir la prevalencia de Desnutrición en este grupo etario.

e.-) Reducir la existencia de diarrea en este grupo etario.

f.-) Disminuir el riesgo de enfermar y morir del grupo infantil.

g.-) Educación constantes a las madres para mejorar las condiciones de salud, higiene y de saneamiento ambiental con el fin de evitar la desnutrición y diarrea en el grupo infantil.

COMPONENTES DEL SUBPROGRAMA INFANTIL:

A.-) CRECIMIENTO Y DESARROLLO E INMUNIZACION.

B.-) ATENCION DEL NIÑO ENFERMO.
C.-) ATENCION DEL NIÑO DESNUTRIDO Y SINDROME DIARREICO.

A.-) CRECIMIENTO Y DESARROLLO E INMUNIZACION:

METAS:

-Vigilar el crecimiento y desarrollo del niño y detectar cualquier patología para ofrecerle la ayuda que el caso requiera.

-Mejorar el nivel de salud del grupo infantil.

-Proporcionar atención al niño en lo que respecta a su crecimiento y desarrollo.

-Disminuir la prevalencia de enfermedad mediante un medio de inmunización a temprana edad.

-Realizar un control periódico del grupo infantil en el cual se alcance una cobertura del 100%.

DATOS DE POBLACION:

CUADRO No. 2
POBLACION CALCULADA. SAN ANDRES (CABECERA MUNICIPAL), EL PETEN; AÑO 1976*

EDAD	POBLACION	%
Menores de un año	60	4.62
De 1 á 5 años	161	12.41
Total de niños	221	17.03
Resto de la población	1077	82.97

ACTIVIDADES:

Para llevar a cabo el componente de Crecimiento y desarrollo e inmunización se efectuarán las siguientes actividades:

(*) Datos obtenidos de la encuesta de población y vivienda, realizada en los meses diciembre 1975 - enero - 1976.

a-1 VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

METAS:

-Captación del grupo infantil por medio de visitas a las viviendas que estará a cargo de la Comadrona o en su defecto, la enfermera auxiliar del Centro de Salud.

-Vigilancia del crecimiento y desarrollo.

-Educación en Salud.

NORMAS:

Estas normas se especificarán por instrumentos para definir las atribuciones de cada uno.

Para la comadrona:

-En la visita domiciliar que la comadrona realice, aparte de los datos que ya recabó referente al grupo materno, interrogará si hay niños menores de 5 años o bien de los partos atendidos por ella para ser referidos.

-Sacar una lista donde anote los datos siguientes: Apellidos de la familia (del padre y la madre), el nombre de los niños, sexo, edad y el estado de salud (aceptable o no aceptable por inspección clínica.)

-Cuándo la comadrona refiere a estos niños al Centro de Salud lo hará en horario de LUNES y JUEVES de 8:00 a 12:00 Hrs. (tratando de referir a los niños de 5 familias el lunes y las otras cinco familias para el jueves).

-Será función de la comadrona que atendió el parto darle cita al recién nacido a los 30 días de edad, rigiéndose por el horario de citas para niños de vigilancia de crecimiento y desarrollo. Los niños que nacieron fuera del poblado por ejemplo los referidos del hospital regional, estarán regidos por el mismo horario.

Para la Enfermera auxiliar del Centro de Salud:

-Con el listado que la comadrona entregará semanalmente la enfermera auxiliar anotará los datos siguientes:

-Nombre de la familiar (para la ficha familiar)
-En el libro de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones, los datos de los niños en el orden secuente: nombre, edad, sexo y la fecha de la cita-horario que dio la comadrona en su visita, de esta forma se sabrá cuántos niños tendrán consulta para cierta fecha.

-Los niños que lleguen por primera vez a control de crecimiento y desarrollo, se les llenará su ficha para este menester y al mismo tiempo se les extenderá su carnet de inmunización. Los niños que ya recibieron alguna dosis dentro del programa de campañas nacionales, se interrogará a la madre para determinar que vacunas recibió.

-La enfermera auxiliar le corresponderá cotejar la lista de los niños esperados con los asistentes, conforme los datos que tiene en el libro de Crecimiento y Desarrollo (con datos que le proporciona semanalmente la comadrona).

-Cuando un niño no asista a su control de crecimiento y desarrollo, será la enfermera auxiliar la que se encargue de

visitar el hogar del niño, para saber la causa de su inasistencia. En esta visita la enfermera aprovechará para realizar un plan educativo, sobre hábitos de higiene, alimentación y saneamiento ambiental. Si dentro de ese hogar hay otros niños que se encuentren bajo control o tratamiento en el Centro de Salud y darse cuenta cual es la evolución, si se está cumpliendo con lo prescrito.

-La enfermera auxiliar tiene el deber de tomar signos vitales y anotarlos en la ficha individual de los niños de control de Crecimiento y Desarrollo (en caso de ser reconsulta tendrá que buscar la ficha familiar a que pertenece el chico porque dentro de ésta estará la ficha de él y proceder como lo anotado anteriormente.)

-Las consultas de Crecimiento y Desarrollo e Inmunización que tendrá que dar son: 2a, 5a, 7a, 8a y 9a, y para los niños de 1 a 5 años la 2a.

-Tendrá que vigilar el Crecimiento y Desarrollo del niño basado en las tablas de Gómez para edad, peso y talla e investigar condiciones inherentes al desarrollo.

-En lo que respecta a la inmunización tendrá que consultar el diagrama elaborado para este fin.

Para el médico EPS:

-El médico EPS del Centro de Salud tiene que organizar charlas con madres que lleven a sus niños al control de de Crecimiento y Desarrollo (a través de una dinámica de grupo), y en las que se tratará: alimentación del niño, aspectos de higiene y formación de buenos hábitos, además tratar algunas enfermedades propias de la infancia y las

más corrientes en el poblado; en horario de 8:00 á 9:00 Hrs., los lunes y jueves.

-Las consultas de Crecimiento y Desarrollo e Inmunización que le corresponderán dar al médico EPS son: la 1a, 3a, 6a y dos de morbilidad al 10o y 11o mes.

-Para los niños de 1 a 5 años será la primer consulta.

-La consulta de crecimiento y desarrollo comprenderá:

-Interrogatorio a la madre sobre el estado general y la anamnesis (anotar estos datos en ficha de C. y D.)

-Examen físico: comparación de talla y peso, conforme parámetro para nuestros niños, usando las tablas de Gómez.

-Realizar diagnóstico.

-Tratamiento, el que puede ser ambulatorio y dará las citas de control que considere pertinentes. O bien un tratamiento institucional en cuyo caso tendrá que referir al niño al hospital regional de San Benito.

-El plan de inmunización en ciertos casos tendrá que ser evaluado por el médico EPS.

INSTRUMENTO: Comadrona, enfermera auxiliar y médico EPS.

RENDIMIENTO: Comadrona: número de horas utilizadas en la captación del grupo infantil por medio de la vi

sita domiciliar.
Enfermera auxiliar: número de consultas y visitas domiciliares dadas para crecimiento y desarrollo.
Médico EPS: número de consultas y charlas dadas anualmente para crecimiento y desarrollo.

METAS:

-Proporcionar atención al 100% del grupo infantil.

-Dar 9 consultas de crecimiento y desarrollo; dos de morbilidad para niños menores de un año; para los niños menores de 6 años dos consultas por año.

a-2 INMUNIZACION

METAS:

-Disminuir el riesgo de enfermar y morir a consecuencia de enfermedades propias de la infancia.

-Vacunar al 100% al grupo infantil de alto riesgo de contagio de las infecciones de la infancia.

POBLACION:

Menores de 1 año	60
De 1 a 5 años	161
T O T A L	221

ACTIVIDADES: se llevará a cabo a través de:

-Inmunización continua
-Inmunización periódica.

La inmunización continua comprende a los niños inscritos en el subprograma infantil, se inmunizará a los niños que no hayan recibido vacunación anterior por campañas nacionales, excepto en el caso que no continuaron con los refuerzos (ver cuadro que se estableció para edades de vacunación).

La inmunización periódica está regida por la campaña nacional y el personal de este programa participará activamente cuando éstas se lleven a cabo.

INSTRUMENTO: Médico EPS y Enfermera auxiliar.

ASIGNACION DE TAREAS: La vacunación la realizará tanto el médico EPS como la enfermera auxiliar dependiendo de la consulta en que se realice, conforme lo establecido en la atención de crecimiento y desarrollo.

RENDIMIENTO: Número de vacunas puestas al año y número de horas dedicadas a esta actividad dentro del subprograma infantil. Y horas dedicadas en las campañas nacionales de vacunación.

a-3 EDUCACION EN SALUD:

META:

-Proporcionar ayuda y orientación sobre alimentación y cuidados higiénicos del niño.

ACTIVIDAD:

-Esta actividad será llevada a cabo por el médico EPS con duración de una hora dos veces a la semana en horario de

lunes y jueves de 8:00 a 9:00 hrs.

-Formación de grupos de discusión entre las madres asistentes a la cita de sus hijos de crecimiento y desarrollo.

INSTRUMENTO: Médico EPS.

RENDIMIENTO: No. de hrs. anuales dedicadas a esta actividad. (Ver anexo No. 2)

DIAGRAMA DE INMUNIZACION

0 - 1 Mes BCG. (1)
2 Meses DPT-Polio.
3 Meses DPT-Polio.
4 Meses DPT-Polio.
6 - 12 Meses Sarampión (2)
1 - 1½ Años DPT-Polio y Viruela (3)
4 - 6 Años DPT-Polio y Viruela

(1) En Guatemala, es recomendable además: BCG, desde el nacimiento a la adolescencia y TAB. a los 6 años en adelante.

(2) Puede darse sola o sarampión-rubéola, esta última se puede usar sóla o combinada a partir del primer año de edad antes de la pubertad si no se ha padecido de la enfermedad.

(3) La edad es entre 1 y 2do. año.

B.-) ATENCION DEL NIÑO ENFERMO:

METAS:

-Reducir el riesgo de enfermar y morir en el grupo infantil mediante la captación y prevención de las enfermedades.

-Disminuir la prevalencia de enfermedad en el grupo infantil con el fin de lograr un mejor estatus de vida en su futuro quehacer.

-Dar cobertura del 100% a los niños enfermos.

POBLACION:

Niños menores de 1 año	60
Niños de 1 a 5 años	161
T o t a l	221

ACTIVIDADES:

Para llevar a cabo el control del niño enfermo se efectuarán tres actividades que son:

b-1 MORBILIDAD GENERAL:

METAS:

-Proporcionar atención al niño enfermo.

-Proporcionar al grupo menores de un año, 2 controles de morbilidad y al grupo menores de 5 años, 2 controles de morbilidad.

-Proporcionar atención hospitalaria al niño agudamente enfermo a través de una referencia adecuada al hospital regional de San Benito.

La primer captación del niño enfermo la efectuará la comadrona refiriéndolo al Centro de Salud. La enfermera auxiliar también participará en esta actividad, cuando realice visita a los niños que no asisten a consulta; podrá captar a los niños que presenten algún problema de salud.

El médico EPS tiene que atender la demanda de morbilidad ya sea referida por los medios ya indicados o bien los que lleguen espontáneamente. En cuanto al tratamiento puede ser ambulatorio y controles por medio de visitas domiciliares a cargo de la enfermera auxiliar del Centro de Salud quien vigilará el cumplimiento del tratamiento y su evolución. O bien, si el caso es agudo se remitirá al hospital para un tratamiento interno e intensivo.

b-2 EDUCACION:

El fin primordial de la visita domiciliar a cargo de la comadrona y de la enfermera auxiliar será el de educar a la población: sobre hábitos de higiene, alimentación, saneamiento ambiental, etc. No solo ellas sino labor del médico EPS.

INSTRUMENTO: Comadrona, enfermera auxiliar y médico EPS.

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

b-3 ATENCION DEL NIÑO CON SINDROME DIARREICO Y DHE.

El síndrome diarreico puede complicarse con DHE y ésto ser secundario a una DPC.

OBJETIVOS:

-Detectar precozmente al niño que presenta cuadro de diarrea y/o DHE.

METAS:

-Efectuar el diagnóstico etiológico hasta donde sea posible por los medios clínicos y al final corroborarlo por pruebas de laboratorio corrientes como lo es el examen coproparasitológico.

-Dar a la población educación, charlas proyecciones y motivación constante sobre hábitos de higiene, conservación de alimentos, necesidad de hervir el agua, uso de calzado etc.

ACTIVIDADES:

b-1.1 CONSULTA MEDICA.

b-1.2 EDUCACION A LAS MADRES SOBRE: Tipos de dieta, cómo prevenir el DHE, los vómitos, darle a conocer el papel que juega la desnutrición y la diarrea de estos niños.

b-1.1 CONSULTA MEDICA: Es función de Comadronas y Enfermera auxiliar en sus visitas a la familia detectar

y prevenir la diarrea del niño especialmente la tipo endémico propia de la población de San Andrés y que es debida a malos hábitos de higiene, la falta de lugar apropiado para excretas y basura, la abundancia de insectos dañinos a la salud como la mosca; y cuando el caso sea de urgencia o motivo de consulta será el médico EPS el que tiene la responsabilidad de realizar un diagnóstico clínico y si éste no es preciso entonces debe ordenar exámenes de laboratorio al Centro de Salud de Ciudad Flores (heces en fresco o frote con azul de metileno.)

b-1.2 EDUCACION A LA MADRE DEL NIÑO CON SINDROME DIARREICO: Se realizará motivación sobre mejoramiento de los hábitos de higiene en esta población y para ello se realizarán charlas en grupos dinámicos con duración de una hora de 8:00 a 9:00 hrs. los días de crecimiento y desarrollo y que estarán a cargo del médico EPS.

Además se conseguirán proyecciones sobre aspectos de salud que en colaboración de una sala de cine se correrán los días domingos a manera de intermedio.

Las comadronas y enfermera auxiliar tienen que realizar lo suyo para llevar a cabo los objetivos del programa.

Por otra parte ya se inició un programa de letrinización que mejorará el diagnóstico de salud de esta comunidad.

C.-) ATENCION DEL NIÑO CON DESNUTRICION PROTEICO CALORICA (DPC):

OBJETIVOS:

- Detectar precozmente al niño que conforme los parámetros de talla, edad y peso se esté desviando negativamente de ellos para introducirlo en el plan de recuperación del niño nutrido.

- Disminuir la frecuencia de diarrea en los niños, dando orientación a la madre sobre normas de higiene, hábitos, costumbres, normas de alimentación y dar tratamiento conforme etiología.

- Disminuir el riesgo de morir y enfermar por DPC.

METAS:

- Dar una cobertura del 100%.

- Proporcionar suplemento de Incaparina y vitamina "A" a niños con DPC G-II y G-III.

- Proporcionar atención hospitalaria al niño con DPC complicada con síndrome diarreico o con DHE moderado o severo.

POBLACION:

Sabemos que la población total infantil para el año de 1976 es de 221 niños para el área urbana de San Andrés correspondiente a las edades de 0 á 5 años y que constituyen el 17.03% de la población total.

En la población de San Andrés, Petén no existe diagnóstico de Desnutrición Proteico Calórica, se tomará el porcentaje de DPC esperado según la evaluación del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, INCAP (1965, donde el total de desnutridos representa el 81.4% de la población guatemalteca, infantil.)*

CUADRO No. 3
DPC para el municipio de San Andrés (Cabecera Municipal) Año 1976**

DPC y Grados	% para pob. guatemalteca	No. de niños con DPC en San Andrés
DPC G-I	49.00	108
DPC G-II	26.50	59
DPC G-III	5.9	13
Total de DPC	81.40	180

Es decir que para el año 1976 se esperan un total de 180 niños desnutridos mediblemente.

ACTIVIDADES:

c-1 VISITA DOMICILIAR
c-2 CONDUCTAS DE REFERENCIA
c-3 ALIMENTACION
c-4 EDUCACION

(*) Inferencia de encuesta nutricional de Guatemala - INCAP 1967.

(**) El porcentaje de DPC se obtuvo de los datos de población total para el año 1976 de la encuesta realizada en el mismo año.

c-1 VISITA DOMICILIAR:

METAS:

-Captar en forma precoz al niño que clínicamente presente evidencia de un proceso de mal nutrición.

-Tratar de cubrir al 100% de los niños con DPC.

NORMAS:

-Cualquier niño con Desnutrición G-I, G-II y G-III sin ninguna complicación, el tratamiento será ambulatorio con visitas domiciliares a cargo de la enfermera auxiliar en la forma siguiente:

-Niños con DPC G-I tendrán una visita cada 2 meses.

-Niños con DPC G-II tendrán una visita cada mes.

-Niños con DPC G-III tendrán una visita cada 15 días.

-En cada visita la enfermera tendrá que comprobar: Hábitos de higiene, normas de alimentación, comparar los datos de talla y peso (Tabla de Gómez). Si se está cumpliendo con el tratamiento suplementario de hierro, vitamina A, C, B y ácido nicotínico, el grado de evolución y el pronóstico. Cuando un niño con DPC cambie su grado de mal nutrición las visitas tendrán que incrementarse o disminuirse conforme la norma anterior, la enfermera auxiliar tratará de que la familia del niño mejore los hábitos de alimentación, explicar a la madre lo urgente que es mejorar la

dieta en el niño y si ésta considera conveniente referirá al médico nuevamente al niño quien tendrá que decidir el siguiente paso.

INSTRUMENTO: La Comadrona, la enfermera auxiliar y el médico EPS.

RENDIMIENTO: El rendimiento del instrumento consistirá en el número de horas destinadas al control del niño desnutrido. Para el médico EPS el número de consultas que dé a los niños con desnutrición anualmente.

c-2 CONDUCTA DE REFERENCIA:

Los niños con DPC G-III y cuyo tratamiento ambulatorio es insatisfactorio durante 2 o más visitas domiciliares que efectuará la enfermera auxiliar con una frecuencia de cada 15 días, será remitido nuevamente al médico EPS, quien tiene que tomar la decisión de continuar tratamiento ambulatorio o bien referirlo a un centro nutricional (p. ej.: Poptún), en estos casos se deberá tomar muy en cuenta la condición socio-económica de los padres. Los niños que presenten complicaciones de tipo infeccioso o de otra índole se referirán al hospital regional de San Benito.

NORMAS:

-Niños con desnutrición G-III y cuyo tratamiento ambulatorio no mejora, serán referidos a instituciones para niños desnutridos y los que presenten complicaciones con otra patología sobre agregada se referirán al hospital de San Benito, Petén. En ambos casos se remitirán a estos niños con nota de Historia Clínica, tratamiento y evolución efectuada por el médico EPS del Centro de Salud local.

INSTRUMENTO: Médico EPS y enfermera auxiliar.

RENDIMIENTO: El médico, número de consultas dadas a los niños con DPC anuales. La enfermera auxiliar el número de visitas domiciliares efectuadas a los niños desnutridos anualmente.

c-3 ALIMENTACION.

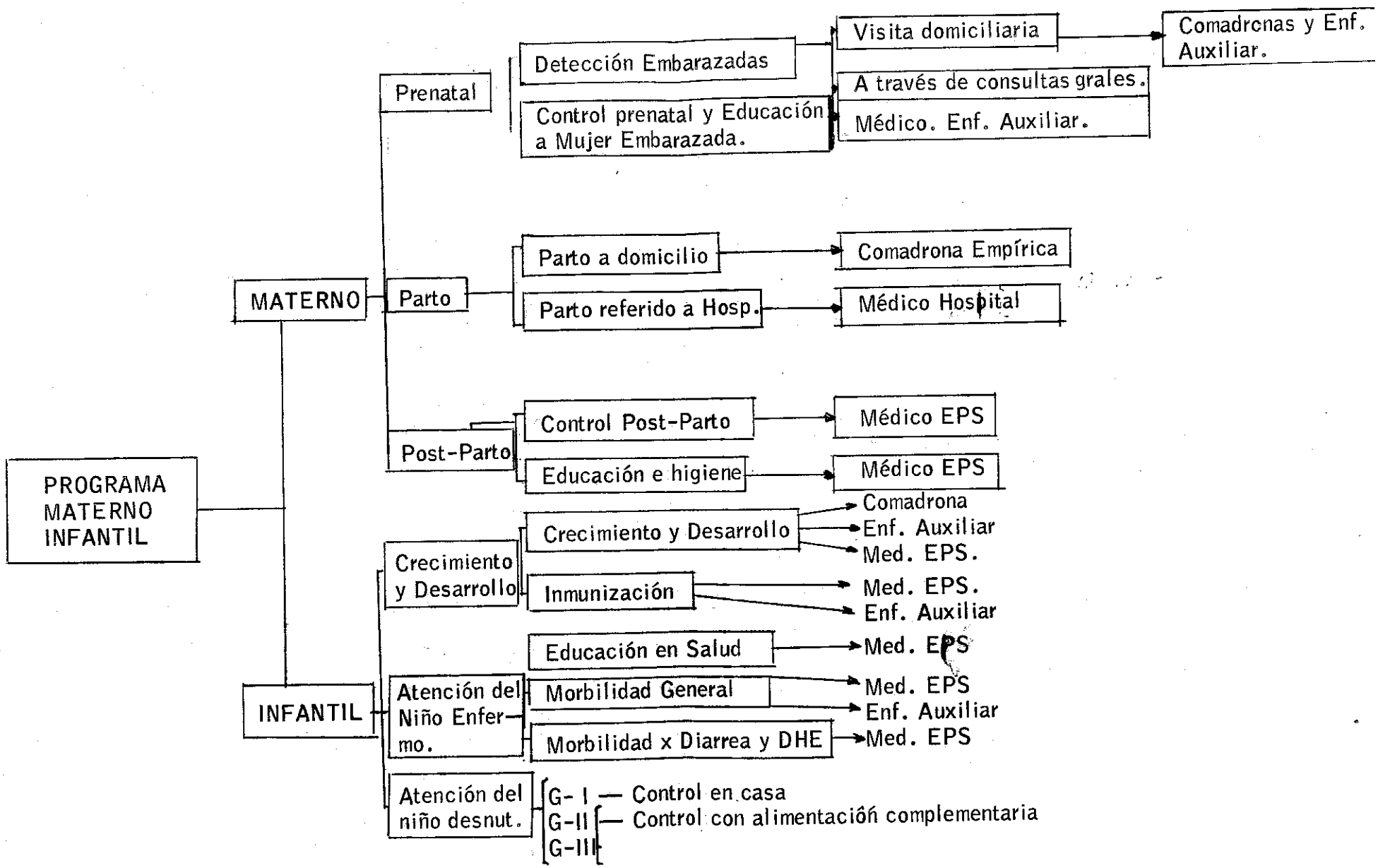
c-4 EDUCACION: Ambas actividades ya fueron tratadas.

Ver Anexo del subprograma Infantil.

ANEXO No. 2

SUBPROGRAMA INFANTIL AÑO 1976

Componentes:	Población:	Cobertura:	Actividades:	Concentración:	Rendimiento del instrumento.	Instrumento:	Tiempo requerido por el instrumento.	Disponibilidad tiepo para sub programa.	Balance:
Crecimiento y Desarrollo Inmunización.	menores 1 año son 60 menores de 5 años son 161 total: 221	100% 100%	-Vigilancia Crecim y Desarrollo. -Inmunización. -Educ. en Salud.	11 Con.x N 2 Con.x N 281 Vac. 180 Vac. 88 Charlas dinámicos.	6 Con/Hr. Med. 4 Con./hr. Enferm. 12 Vac/H med. 12 Vac/H enf. Charla/Hr.	Hr./Med. EPS. Hr./Enf. Aux. Hrs./Med. EPS. Hrs./Enf. Aux. Hr./med. EPS.	77 hrs. 130 hrs. 24 hrs. 15 hrs. 88 hrs.	1081 hrs. 1551 hrs. 1004 hrs. 1421 hrs. 980 Hrs.	≠ 1004 hrs. ≠ 1421 hrs. ≠ 980 hrs. ≠ 1406 hrs. ≠ 892 hrs.
Atención del Niño Enfermo.	serán 138 niños los que tendrán consulta de morb.	100%	Morbilidad general. Educación	138 consultadas. Ya se tomó en cuenta hr/med. EPS enf/Com no cuantificada	6 Con/hrs. med.	Hr./med. EPS.	23 hrs.	892 Hrs.	≠ 869 hrs. No se tomó en cuenta el tiempo que utilizará la Enf. en estas actividades.
Atención del niño desnutrido y con síndrome Diarreico. DHE.	Serán 181 niños con dif. grados	100%	-Visita Domiciliaria. -Conducta de referencia. -Alimentación. -Educac.	No se puede cuantificar. Nota: Ya se tomó en cuenta el tiempo que emplea el médico EPS en estas dos actividades.				No se tomó en cuenta el tiempo que utilizará la enfermera en estas visitas a los niños desnutridos.	


PROGRAMA MATERNO INFANTIL
MATERNO
Prenatal
Detección Embarazadas
Visita domiciliaria
Comadronas y Enf. Auxiliar.
Control prenatal y Educación a Mujer Embarazada.
A través de consultas grales.
Médico. Enf. Auxiliar.
Parto
Parto a domicilio
Comadrona Empírica
Parto referido a Hosp.
Médico Hospital
Post-Parto
Control Post-Parto
Médico EPS
Educación e higiene
Médico EPS
INFANTIL
Crecimiento y Desarrollo
Crecimiento y Desarrollo
Comadrona
Enf. Auxiliar
Med. EPS.
Inmunización
Med. EPS.
Enf. Auxiliar
Educación en Salud
Med. EPS
Atención del Niño Enfermo.
Morbilidad General
Med. EPS
Enf. Auxiliar
Morbilidad x Diarrea y DHE
Med. EPS
Atención del niño desnut.
G- I — Control en casa
G-II
G-III
— Control con alimentación complementaria

CAPITULO No. 3

I ORGANIZACION

ANALISIS DE LOS RECURSOS: Los recursos con que contamos para llevar a cabo el programa materno-infantil son:

a) HUMANOS:

-Un médico EPS con un tiempo de 1200 hrs. disponibles para llevar a cabo el programa.

-Una enfermera auxiliar con un tiempo de 1600 hrs. disponibles para dedicarle al programa.

-3 Comadronas que al incorporarlas al programa serán útiles en la captación de la población materno-infantil y la atención del parto, pero que no están sujetas a horario.

b) FINANCIEROS:

-1 Médico EPS	Q. 2,160.00 anual (2000 hrs.)
-1 Enfermera auxiliar SP-II	Q. 1,860.00 anual (2000 hrs.)
-3 Comadronas sin salario.	
TOTAL	Q. 4,020.00 anual

SUBPROGRAMA MATERNO: Tomando en cuenta que cada consulta prenatal representa un gasto promedio de Q.0.25 por concepto de material y medicamentos proporcionados. El gasto promedio de equipo es de Q.0.05 por consulta y -

con la cobertura que damos al programa esperamos 65 embarazos y 65 consultas post-parto, de donde podemos concluir: tendremos que dar 380 consultas, con un gasto de Q.95.00 en material y medicina; Q.19.00 gasto de equipo.

Esperando atender al 100% del total de embarazos y post-partos esperados, tenemos que el costo del subprograma materno es: Q.114.00

SUBPROGRAMA INFANTIL: En la atención de Crecimiento y desarrollo se darán un total de 982 consultas, no sabemos cuantos niños se enfermerán pero si tomamos el número que consultaron en el año 1975 se darán 127, y los niños que consultarán por diversos grados de DPC serán 181 dando un total de 1,290 consultas; no sabemos el costo de la consulta ni el costo del desgaste del equipo para la población infantil pero tomando cifras aproximadas tendremos que el costo de la consulta de los 3 grupos infantiles es: Q.387.00.

Si queremos darle a los desnutridos INCAPARINA, 3 vasos diarios por un año necesitaríamos 12,348 vasos y cada sobre pequeño de incaparina le sacamos 4 vasos, necesitaríamos 3,087 sobres y el costo de c/u de estos es de Q.0.04 de tal manera que esto nos costaría: Q.123.48.

Si deseamos proporcionar vitamina "A" a los DPC de G-II y G-III una perla diaria por 30 días; tenemos 72 niños de este tipo de DPC, necesitamos 2,160 perlas, cada perla tiene un costo de Q.0.15 total: Q.324.00.

COSTO DE LA VACUNACION: Los nuevos susceptibles de vacunarse se obtiene a partir de la mortalidad infantil, dependiendo del (neonatal y post-natal), restado a los nacidos vivos en 1976 los que se esperan que mueran por cada una de las tasas. Solo se vacunará a los nuevos susceptibles porque el programa nacional de vacunación ya vacunó al resto de la población. El otro dato que nos interesa saber es el costo por unidad de vacuna, y al parecer la vacuna antivariolosa, la DPT y la BCG tienen un precio por dosis de Q.0.25, la antisarampionosa de Q.1.50. BCG: se pondrá de 0 a 1 de vida, en una sola dosis.

La tasa de Mortalidad Neonatal: 53 x 1000 nacidos vivos (*).

Nuevos niños susceptibles: si x 1000 nacidos vivos mueren 53 en 60 (*) morirán 3 = 57 que también representa No. de dosis necesitadas cada una con un costo de Q.0.25 total Q.13.25.

DPT: Tres dosis, segundo, tercero y cuarto mes.

Nuevos susceptibles de primer dosis: Si en 1000 nacidos vivos mueren 53 (*) en 60 moriran 3 = 57, necesitando 57 dosis, cada vacuna tiene un costo de Q.0.25 total de costo es Q.13.25.

Nuevos susceptibles en segunda y tercera dosis: Si en 1000 nacidos vivos mueren 74 en 60 morirán 4, si restamos tenemos 56 que es igual al número de dosis y esto multiplicado por 2 tenemos 112 y cada dosis Q.0.25 de costo. Total de 2 dosis: Q.28.00.

ANTIPOLIO: Se pondrán 3 dosis, en el segundo, tercero y cuarto mes.

(*) La tasa de mortalidad infantil se obtuvo con datos extraídos del libro de registro de mortalidad de 1975 en la municipalidad de la cabecera de San Andres, Petén.

Nuevos susceptibles en primer dosis: 57, costo de cada vacuna: Q.0.25, total: Q.13.25.

Nuevos susceptibles en segunda y tercera dosis: 56 - niños, y 2 dosis 112 con un costo de Q.0.25 cada dosis, total: Q.28.00.

ANTIVARIOLICA: Se pondrá una dosis a los 18 meses.

Tasa de Mortalidad Infantil: 127 x 1000 nacidos vivos. En 221 niños nacidos vivos, mueren 28 de donde 193 - serán las dosis necesarias. Con un costo de Q.0.25, total - de costo: Q.48.25.

ANTISARAMPIONOSA: Se pondrá una sola dosis a los 6 meses.

Nuevos susceptibles: 193. La dosis por vacuna tiene un costo de aproximadamente Q.1.50, costo total: Q.289.50.

COSTO TOTAL DE TODAS LAS VACUNAS: Q.433.00.

NECESIDADES INDISPENSABLES PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA

Después de realizar un análisis de recursos físicos - (edificio y equipo médico-quirúrgico y de oficina), para ésto se utilizó el Instrumento 1-B (proporcionado por la Fase III de la Facultad de Ciencias Médicas), encontramos que:

1) Se cuenta con un edificio poco funcional, pero que - si se puede aprovechar, realizando nueva acomodación del mobiliario e incrementando lo mínimo que - exige la implantación de este PROGRAMA.

2) El Puesto de Salud de San Andrés, Petén cuenta con una asignación de Q.600.00 anualmente que proporciona el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La cantidad mencionada anteriormente no es dinero en efectivo sino que suministrado en medicinas y material médico-quirúrgico, el que no llena con - las exigencias y requerimientos del programa materno infantil.

3) Para la implantación del Programa Materno-Infantil se necesita un mínimo de equipo médico-quirúrgico el que incluye:

a)	Una mesa para examen ginecológico	Q 300.00
b)	Un cartabón	10.00
c)	Cinta métrica	1.25
d)	Diez espéculos (5 medianos, 3 grandes y dos pequeños)	32.50
e)	5 equipos para realizar examen ginecológico (riñón, pinza de anillos)	25.00
f)	Un aparato de refrigeración de gas propano o similar, mediano	450.00
g)	Un aparato de esterilización mediano, de gas propano	300.00
h)	Un equipo completo de parto (para urgencias)	90.00
i)	Diez cajas de guantes de cirugía medianos	20.00
j)	Un presupuesto o asignación mensual de Q8.00 para comprar gas propano. Anual	96.00
k)	Antiséptico del tipo Dakin o Zephiran 5 galones	16.80
	TOTAL	Q1,341.55

También se hace indispensable:

Una ambulancia pequeña	Q15,000.00
Crear la plaza para el piloto de la ambulancia Q120.00 mensuales. Anualmente	1,440.00
Combustible que gastará mensualmente el vehículo Q100.00	Q1,200.00
TOTAL	Q17,640.00

CAPITULO No. 4

EVALUACION DEL PROGRAMA

La evaluación del programa materno-infantil se realizará en base a los resultados y efectos:

a.-) EN BASE A LOS RESULTADOS (EVALUACION INTERNA): Esta se refiere al grado de eficiencia y aprovechamiento de los recursos utilizados. Será la autoevaluación del programa. El programa se evaluará:

1) Si la cobertura alcanzada fue del 100% y si se cumplió con lo planificado.

2) Si los objetivos alcanzados cumplen con los que fueron planificados.

3) Si las metas alcanzadas cumplieron los propósitos propuestos para la atención del grupo materno-infantil.

Para poder determinar lo anteriormente expuesto se realizará un análisis al finalizar el año de atención materno-infantil y teniendo a la vista los informes de la población materna e infantil que se inscribió, la cantidad de controles prenatales y postnatales que se dieron, la cantidad de niños atendidos en el control de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones, etc...

b.-) EN BASE A LOS EFECTOS (EVALUACION EXTERNA): Tal vez en este tipo de evaluación será donde por primera vez se le de la oportunidad a la población para que exteriorise su pensamiento y participe opinando, señalando errores, dando nuevas ideas, dejando de ser instrumento para constituirse en participante, para esto se realizará:

1) Una reunión en el salón municipal con todos los padres de familia y se les pedirá que opinen sobre el programa materno-infantil con la concurrencia del Alcalde municipal y el sacerdote.

2) Una encuesta.

3) El impacto que ocasione el programa se medirá en base a los cambios cualitativos y cuantitativos en los aspectos de morbimortalidad en la población de San Andrés a partir de la fecha de que se ponga en marcha hasta su finalización.

4) Y las inquietudes que deje el programa por mejorar las condiciones de vida del poblador de San Andres, Petén.

CAPITULO No. 5

PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO DE COMADRONAS

1. INTRODUCCION:

Como podemos observar durante el desarrollo del programa materno-infantil, el recurso natural titulado COMADRONA EMPIRICA juega un papel importante dentro de éste y no podía ser menor ya que ella representa la piedra angular, siendo la encargada de efectuar la captación de estos grupos etarios. Estas personas son altamente conocidas dentro de la comunidad e incluso podemos decir que representan cierto liderazgo, esta fue una de las razones de por qué se les incluyo dentro del Programa Materno-Infantil.

Dentro del área urbana de San Andrés, Petén los recursos médico-natural reconocidos por la población son seis, de los cuales tres son comadronas, 2 talladoras de huesos y un hierbatero. Estas personas han venido desempeñando su trabajo de Salud por no menos de 15 años. Estos personajes son de edad avanzada el menos anciano de ellos tiene 56 años y muestran ciertas reservas en cuanto a los quehaceres de su trabajo de salud.

Para el año de 1976 las 3 comadronas atenderán un total de 54 partos, esto nos implica que cada una de ellas tendrá que atender un mes 2 partos y el otro solo uno esto naturalmente que no representa ningún problema y el incremento de la tasa de crecimiento es del orden del 9 ó 10 por

% pero no para que de uno a otro año aumente desmesura - damente. Lo cierto a corto plazo, las 3 comadronas tendrán que retirarse de sus labores a consecuencia de su anciani-- dad, y surgirá la necesidad de nuevo personal para este tra bajo de salud. En ningún momento se ha puesto en tela de duda la experiencia que tienen estas comadronas en aten-- der un parto, sin embargo hay cosas que deben aprender, es por ello que se les incorporará al programa de Atención - Materno-Infantil.

El inicio del Programa Adiestramiento de Comadro-- nas corresponde a un análisis de cuánto saben las comadro- nas, y qué no saben y lo que saben cómo lo aplican. Para esto se empleó el Instrumento No. 2 (entrevista al recurso - natural, material proporcionado por la Fase III de la Facul tad de CC.MM.)

2. EL INSTRUMENTO No. 2

Contenido del instrumento No. 2

GRUPO MATERNO:

a) Con qué enfermedad se puede complicar el embara-- zo?

b) Cuáles son las complicaciones más frecuentes del par to?

c) De qué se enferman más las señoras después del par- to?

d) Por qué nacen niños pequeños?

e) Qué le recomienda que coma a la madre cuando está embarazada o dando de mamar?

f) Qué le recomienda a la madre que haga para el cui dado del niño antes de los 28 días?

g) Qué le recomienda a la madre que haga para el cui dado del niño después del primer mes hasta el año de edad?

h) Qué le recomienda a la madre que haga para el cui- dado del niño de 1 a 4 años?

i) Cuánto tiempo cree usted que debe dar de mamar la madre?

j) A qué edad se le pueden dar otros alimentos al niño además del pecho?

k) A qué edad el niño ya puede comer de todo?

l) 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 mueren más frecuentemente los niños de 0 a 28 días?

b) De qué se enferman y se 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 se mueren más frecuentemente los niños de 10 a 14 años?

PROBLEMAS DE SALUD GENERAL DE LA POBLACION:

a) De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los hombres de 15 a 44 años?

b) De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los hombres y las mujeres después de los 45 años?

PROBLEMAS ESPECIFICOS:

Tuberculosis:

a- Conoce la Tuberculosis? b- Se pega? c- Se cura? - d- Hay vacuna? e- Qué la produce?

Malaria:

a- Conoce la malaria? b- Se pega? c- Se cura? d- Hay vacuna? e- Cómo la contrae? f- Cómo se combate?

Desnutrición:

a- Conoce la desnutrición? b- Se pega? c- Se cura? d- Qué la produce? e- Cómo se cura? f- Qué recomien - da para que ya no dé?

Accidentes:

a- Hay muchos accidentes? b- Cuáles son los más frecuen_ tes? c- Cómo los trata? d- Cómo se evita?

OTROS PROBLEMAS DEL AREA. CIENCIA Y TECNOLO_ GIA QUE APLICA ANTE LOS PROBLEMAS

a- Cómo conoce o diagnóstica los riesgos de enfermar y mo_ rir por grupos etarios? b- Cómo previene o evita que den esos males? c- Cómo cura estos males? d- Las enfermeda- des de la embarazada cómo las conoce o diagnóstica? - e- Cómo las trata? f- Cómo las previene? g- Los proble - mas del parto cómo los conoce o diagnóstica? h- Cómo los previene? i- Cómo los trata?

3. DE ACUERDO A UN CRITERIO MEDICO SE DA - RESPUESTA A LAS PREGUNTAS QUE PLANTEA EL INSTRUMENTO No. 2:

Se responderá el cuestionario que se corrió a las co- madronas, conforme el criterio médico, el cual nos servirá de base para considerar las respuestas que dieron las coma_ dronas dentro de normas o fuera de normas. Se aceptará - dentro de norma cuando una enfermedad la describan solo - por los signos y síntomas.

GRUPO MATERNO:

RESPUESTAS:

PREGUNTA a- 1) Hiperemesis gravídica. 2) Toxemia. - 3) Hemorragias las que comprenden: aborto, mola embara-

zo ectópico, placenta previa, desprendimiento prematuro - de placenta, ruptura uterina. 4) Infección urinaria. 5) DPC y anemia.

RESPUESTA b- 1) Retención de placenta. 2) Rasgaduras perineales. 3) Procidencia de miembros. 4) Hemorragias. - 5) Trastornos de la contractilidad uterina.

PREGUNTA c- 1) Mastitis. b) Endometritis.

PREGUNTA d- 1) Causas maternas: toxemias, infecciones, tumores, trastornos psíquicos, desnutrición madres, fumadores, disfunción placentaria. 2) Causas fetales: embarazo - múltiple. 3) Causas desconocidas.

PREGUNTA e- 1) Carbohidratos: cereales, azúcares, verduras, etc. 2) Proteínas: carne, huevos, leche y derivados. 3) Grasas: leche, carnes, aceites y huevos. 4) Vitaminas: las liposolubles y las hidrosolubles. 5) Sales y minerales: calcio, fósforo, potasio y hierro.

PREGUNTA f- 1) De higiene: cuidados del cordón baño - diario, cuidar los pliegues genitales, la cavidad oral, ojos, nariz, y oídos, vestidos suaves, mantenerlos abrigados, alejarlos del polvo, ruidos intensos, tabaco, aglomeraciones, sacarlo a pasear a los 8 días en el verano y a los 15 en invierno. 2) Lactancia: de preferencia natural, cuidados de los senos o bien de las pachas.

PREGUNTA g- 1) Inmunizaciones, control médico periódico. 2) Alimentación: agregar cada mes los alimentos que están indicados para que al año de edad coma lo mismo que el adulto. 3) Vestido limpio, baño diario.

PREGUNTA h- 1) Controles médicos periódicos, refuerzos de inmunizaciones. 2) Alimentación variada que contenga los tres grupos alimenticios, además de vitaminas y minerales. 3) Inicio de educación preprimaria.

PREGUNTA i- 1) Al año.

PREGUNTA j- 1) Al mes.

PREGUNTA k- 1) Al año.

PREGUNTA l- No se dio respuesta a esta pregunta porque no hay estudio propio de la región que indique la - respuesta.

GRUPO INFANTIL:

RESPUESTAS.

PREGUNTA a- 1) Enferman: parasitismo, gastroenterocolitis, DHE, IRS, bronconeumonía, DPC, encefalitis. 2) Mueren de GECA, DHE, muerte intrautero, prematurez, bronconeumonía, DPC, septicemias.

PREGUNTA b- Igual que a-.

PREGUNTA c- 1) Enferman: infecciones, parasitismo, IRS, GECA, ECA, DHE, bronquitis A y C, asma, amebiasis. 2) - Mueren: GECA, DHE, DPC, bronconeumonías.

PREGUNTA d- 1) Enferman: Infecciones y parasitismo, - IRS, GECA, ECA, DHE, bronquitis, traumatismos y violencias, bronconeumonía. 2) Mueren: por las mismas enfermedades.

PREGUNTA e- 1) Enfermar: infecciones y parasitismo, accidentes y envenenamiento, GECA, IRS, DPC, leshmaniasis cutánea.

PROBLEMAS DE SALUD GENERAL DE LA POBLACION:

RESPUESTAS.

PREGUNTA a-
PREGUNTA b- No se da respuesta a estas preguntas porque no existe diagnóstico de salud, razón por lo que se desconoce la incidencia de enfermedad en las edades preguntadas.

PROBLEMAS ESPECIFICOS:

RESPUESTAS:

Tuberculosis: a- 1) Sí. 2) Sí. 3) Sí. 4) Sí, 5) Bacilo de Koch.

Malaria: a- 1) Sí. 2) Nó. 3) Sí. 4) Nó. 5) Por medio de la picadura del anopheles. 6) Roseando casas y charcas con insecticidas específicos.

Desnutrición: a- 1) Sí, 2) Nó. 3) Sí. 4) Falta de buena alimentación. 5) Que tome en cuenta factores socioeconómicos. 6) Depende de lo que opine cada persona.

Accidentes: a- 1) Sí. 2) Objeto contra persona (atropellados por auto), persona contra objeto (caídas de árbol). 3) Según la etiología y severidad de cada uno. Enviarlo al médico. 4) Se debe tener el concepto que los accidente no son producto de la casualidad si no que son consecuencia de la imprudencia.

OTROS PROBLEMAS DEL AREA:

1) Dermatitis a Chechen. b) Mordedura de serpiente. c) Leshmaniasis cutánea. d) Miasis (colmoyote).

CIENCIA Y TECNOLOGIA QUE APLICA ANTE LOS PROBLEMAS:

RESPUESTAS:

PREGUNTA a- 1) Qué lleve una estadística o tenga noción de los problemas por grupos etarios. 2) y 3) Dando medidas preventivas y curativas a cada patología en el ambiente, huésped y el agente. 4) Se diagnostican: por historia, por examen físico, por observación, o bien por conocimientos transmitidos oralmente. 5) Dando medidas específicas para cada caso y referirlas al médico. 6) Se diagnostican conociendo la historia y epidemiología de la enfermedad y conociendo la evolución prenatal. 7) Por medio de: observación, palpación, tacto vaginal e historia de la enfermedad. 8) Igual respuesta a la 6. 9) Igual respuesta a la 5.

A continuación se procederá a clasificar las respuestas que dieron las 3 comadronas en base al patrón de calificación establecido que consiste: DENTRO DE NORMA Y FUERA DE NORMA.

GRUPO MATERNO:	dentro de norma	fuera de norma
Comadrona del sector A	SI	
Comadrona del sector B	SI	
Comadrona del sector C	SI	

GRUPO INFANTIL:

	dentro de norma	fuera de norma
Comadrona del sector A	SI	
Comadrona del sector B		SI
Comadrona del sector C		SI

PROBLEMAS DE SALUD GENERAL DE LA POBLACION:

Estas preguntas fueron omitidas del cuestionario, por lo indicado en el criterio médico.

PROBLEMAS ESPECIFICOS:

	dentro de norma	fuera de norma
TUBERCULOSIS:		
Comadrona del sector A	SI	
Comadrona del sector B	SI	
Comadrona del sector C	SI	
MALARIA:		
Comadrona del sector A		SI
Comadrona del sector B	SI	
Comadrona del sector C	SI	
DESNUTRICION:		
Comadrona del sector A	SI	
Comadrona del sector B		SI
Comadrona del sector C		SI
ACCIDENTES:		
Comadrona del sector A		SI

	dentro de norma	fuera de norma
Comadrona del sector B		SI
Comadrona del sector C		SI

CIENCIAS Y TECNOLOGIA QUE APLICA ANTE LOS PROBLEMAS:

Comadrona del sector A	SI
Comadrona del sector B	SI
Comadrona del sector C	SI

RESUMIENDO LOS RESULTADOS TENEMOS:

En lo referente a los problemas maternos las 3 comadronas se encuentran dentro de normas. En lo que respecta a conocimientos de los problemas infantiles dos comadronas están dentro de las normas y una fuera de normas.

En cuanto al conocimiento que tienen dentro de lo concerniente a problemas específicos, la tuberculosis la conocen las 3 por lo tanto se encuentran dentro de las normas. De malaria dos son las que tienen conocimientos de esta enfermedad y una fuera de normas. El problema de la desnutrición solo una comadrona tiene conocimientos de esta enfermedad y las otras dos desconocen la desnutrición. No tienen conocimientos sobre problemas de accidentes.

En cuanto al conocimiento sobre Ciencia y tecnología que aplican ante los problemas no tienen ningún conocimiento y fueron deficientes especialmente en los aspectos de tipo preventivo.

POR LO TANTO:

Será necesario completar los conocimientos gineco--obstétricos, los problemas pediátricos (especialmente en lo referente a la desnutrición y su origen económico-cultural), signos de alarma. El DHE, la diarrea con o sin sangre, que es la inmunización, la medicina preventiva, explicarles - cual será su trabajo y labores frente a la comunidad en lo que respecta al papel materno-infantil en que fueron incluidas. Y enseñarlas a captar al grupo materno infantil y las patologías más frecuentes de la región.

PROGRAMA ADIESTRAMIENTO DE COMADRONAS:

4- DEFINICION DEL PROBLEMA:

Contando el municipio de San Andrés, Petén para el año de 1976 con un grupo materno-infantil de: 481 habi--tantes (dato obtenido de la encuesta de vivienda y pobla--ción realizada en los meses de diciembre a enero del presente año). Se incorporará al recurso natural "Comadrona Empírica" al programa Materno-Infantil con el fin de obtener control y supervisión del mismo.

5- DIAGNOSTICO DE SALUD:

Sabiendo que existen 3 comadronas empíricas las - que tienen un sector de 80 casas (por comadrona), el que tendrán que visitar en tiempo estipulado de dos meses y realizar 3 visitas anuales con intervalo de cada dos meses.

A) POBLACION:

Con 3 Comadronas incorporadas al Programa Materno Infantil captará a:

	65 Embarazos.
	221 Niños menores de 6 años.
	181 Niños con DPC.
	467 Población *
	14 Mujeres en edad fértil
TOTAL:	481

PARTOS: Cantidad de partos para el año de 1976.

-Sabemos que el 5% de la población total son embarazos - esperados. 65 Mujeres

-Abortos esperados (pérdidas concepcionales) es el 10% - del total de embarazos esperados (2) 6 Mujeres

-Partos de mujeres primígestas representa el 4% del total - de embarazos esperados (2) 3 Mujeres

-Partos distócicos representa el 3% del total de embarazos esperados (2) 2 Mujeres

-De donde los partos eutócicos simples esperados son: 54 Mujeres

* 467 representa la población objetivo el cual no corres--ponde al total de la población Materno-Infantil para - 1976 que es de 481 porque en esta última están incluidas todas las mujeres de edad reproductiva (15 a 44 años) y en el cálculo anterior se incluyen solo los embarazos esperados.

Podemos concluir diciendo que cada Comadrona tendrá que atender 18 partos para el año de 1976, dentro de su sector; lo ideal sería que los 18 partos estuvieran dentro de su sector lo cual será difícil por lo cual corresponderá a la simpatía que tenga determinada parturienta por las comadronas disponibles. Las primígestas y las posibles distocias al descubrirlas se les indicará que su parto tendrá que ser institucional.

6- METAS:

a) Utilizar el recurso Comadrona Incorporada para el mejor bienestar de la comunidad y en especial del grupo Materno-Infantil.

b) Dar adiestramiento al recurso natural "Comadrona Empírica" con el fin de lograr una cobertura del 100 % de la población materno-infantil.

c) Dar orientación, conocimientos científicos y supervisión a las comadronas empíricas con el fin de tener un mejor control sobre la morbimortalidad del grupo materno-infantil.

d) Dar a conocer a las comadronas empíricas técnicas para la captación y la obtención de información que requiere el programa materno-infantil, además de técnicas para realizar diagnóstico precoz de embarazo, atención de parto, desnutrición, problemas de diarrea, DHE, signos de alarma en procesos infecciosos, saneamiento ambiental, alimentación del grupo materno-infantil, cuidados del R.N. y nociones de tuberculosis, malaria, desnutrición proteico calórica y otros problemas que surjan dentro del desarrollo del adiestramiento.

e) Dar a conocer a las comadronas Incorporadas un sistema de referencia de los casos que descubra patología o bien prevención de morbilidad.

7- PROPOSITOS DEL PROGRAMA:

a) Utilizar a la Comadrona como instrumento de captación (para una cobertura del 100%) a la población materno-infantil y entrenarla para ésto.

b) El adiestramiento de comadronas estará a cargo del médico EPS y la enfermera auxiliar y tendrá como objeto modificar, corregir y aumentar conocimientos aprovechando los ya existentes y utilizando la popularidad y aceptación que tienen en la comunidad para atraer al grupo materno-infantil al centro de salud.

c) Tener supervisión constante de la comadrona para prevenir y detectar morbilidad del grupo materno-infantil.

8- OBJETIVOS:

PSICOMOTORES: La comadrona al terminar el adiestramiento deberá saber:

a) Hacer diagnóstico precoz del embarazo por reconocimiento de signos de probabilidad y certeza y por medio del examen físico.

b) Realizar un examen obstétrico: maniobras de leopold tacto ginecológico (para determinar dilatación de cuello e integridad de membranas y rectificar presentación.)

COGNOSCITIVOS: Al finalizar el adiestramiento la comadrona tiene que saber.

a) Entrevistar a la madre de la familia sobre los datos necesarios para la captación del grupo materno-infantil, saber reconocer signos de alarma y patología para prevenir enfermedad, o bien referir a los enfermos al Centro de Salud local.

b) Saber cuáles son las principales complicaciones del embarazo, parto y puerperio, distinguiendo signos y síntomas de las mismas.

c) Saber cuales son las enfermedades más frecuentes del grupo infantil, cuidados, higiene y alimentación del niño.

d) Tener conocimientos básicos sobre desnutrición, malaria y tuberculosis, prevención de estas enfermedades.

AFECTIVOS: Estimular a la comadrona por adquirir nuevos conocimientos.

a) Interesar a la comadrona para la captación del grupo materno-infantil, por medio del adiestramiento con el fin de recibir educación médica continua.

b) Hacer conciencia en las comadronas de los problemas que afectan al municipio de San Andrés y dejarles inquietudes para modificar el nivel educacional de los pobladores.

9- NORMAS:

-El adiestramiento de comadronas se llevará a cabo durante 4 días, que serán los sábados en horario de 8:00 a 12:00 hrs. (duración de 16 hrs).

-Los temas se desarrollarán a través de una dinámica de grupo, en la que cada comadrona participe activamente y lleguen a sus propias conclusiones, bajo la dirección del médico EPS o bien enfermera auxiliar.

-El material didáctico que utilice el médico EPS será yeso, pizarrón, gráficas e ilustraciones de libros de texto.

-Se impartirán dos cursillos anuales en el primer mes de cada semestre.

-Cada tema de discusión tendrá una duración de 2 horas.

-Los temas que se discuten serán flexibles y si en el desarrollo del programa surgieran otros de importancia se incluirán.

10- ACTIVIDADES: Temas a enseñar

a.1 TECNICA DE ENTREVISTA: Introducción a la entrevista (explicar motivo de la misma), detectar al grupo materno infantil (nombre de la familia, preguntar el estado general de la familia, la

localización de la vivienda, cuántas mujeres en estado de fertilidad hay?, hay algunas que tenga más de dos meses de amenorrea?, si la paciente percibe estar embarazada?, fecha de la última menstruación? y si en caso hay alguna paciente dentro del programa se le dará cita al Centro de Salud al primer control prenatal cuando entre al 5to. mes (explicándole que será para control prenatal), darle indicaciones sobre normas de higiene, alimentación y actividad que tiene que tener la embarazada y si en caso presentara algún problema p. ej.: náusea y vómitos matutinos, cefalea, edema, etc. referirla de inmediato al Centro de Salud para ser evaluada por el médico EPS.

En caso que la comadrona no pueda realizar diagnóstico de embarazo le indicará a la paciente que la enfermera auxiliar del Centro de Salud la visitará dentro de una semana conforme al horario de control prenatal solo que en horas de la tarde (16:00 a 18:00).

Luego tendrá que investigar y efectuar otra lista para el grupo infantil y preguntará: Cuántos niños menores de 6 años hay en la vivienda? la edad y nombre, el sexo de cada uno de estos, después que ella los examine dar diagnóstico de salud de cada uno conforme ACEPTABLE o no ACEPTABLE, y referir a todos los niños de acuerdo al horario del subprograma infantil y finalmente indicarle a la madre de estos niños del programa de inmunización que se llevará a cabo en el Centro de Salud a los niños inscritos en el

control de crecimiento y desarrollo, para evaluar esta actividad se realizará ejemplificación de una entrevista entre las mismas comadronas. A CARGO del médico EPS. DURACION 2 hrs.

a.2 AMENORREA Y EMBARAZO EN MUJER DE EDAD FERTIL:

Enseñanza de signos de sospecha y de certeza del embarazo así como de síntomas función de la placenta, líquido amniótico y cordón umbilical. Esta actividad estará a CARGO del médico EPS. DURACION 1 hora.

a.3 CONTROL PRENATAL:

Hábitos de alimentación e higiene de la embarazada, examen obstétrico: maniobras de leopold, edad calculada y edad referida, a CARGO del médico EPS. DURACION 1 hora.

a.4 NOCIONES DE IMPORTANCIA SOBRE EL PARTO Y PUERPERIO:

Signos y síntomas del parto (contracciones, frecuencia, complicaciones de la ruptura prematura de membranas. Explicación de los 3 períodos del parto. Dilatación de cuello y tracto ginecológico (para no poner a "pujar" a las pacientes antes de tiempo.) Loquios y sus características. DURACION 2 horas. A CARGO del médico EPS.

a.5 COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DEL - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:

EMBARAZO: Hemorragias (aborto), hiperemesis gravídica. Infecciones (urinaria alarma de existir fiebre) palidez (anemia); edema y palidez - (desnutrición), cómo reconocerlos en base a signos y síntomas. A CARGO: médico EPS. DURACION: 1 hora.

PARTO: Hemorragias (retención de placenta, rasgaduras, presentación podálica y sus complicaciones, curculares al cuello. Procidencias. Problemas de no encajamiento de la presentación. Parto prolongado y signos de sufrimiento fetal. DURACION 2 hrs. A CARGO médico EPS.

a.6 TECNICA DE ATENCION DEL PARTO:

Lavado de manos, antisepsia, sábana. Maniobras usadas en la atención de un parto; alumbramiento: tiempo. Examen de placenta. Revisión de genitales externos. Uso del methergín y ergotrate. DURACION 1 hora. A CARGO: del médico - EPS.

a.7 USO CORRECTO DEL EQUIPO DE PARTO:

Componentes del equipo. Cuidados del equipo - incluyendo la esterilización. A CARGO del médico EPS. DURACION: ½ hora.

a.8 PUERPERIO: Loquios fétidos y purulentos (endometritis). Dolor de mamas (mastodinia) y fiebre.

Conducta a seguir ante presencia de un problema de este tipo. A CARGO del médico EPS. DURACION: ½ hora.

a.9 CUIDADOS INMEDIATOS DEL R.N.: Ligadura del cordón, uso de argyrol. Examen físico del R.N. para realizar diagnóstico precoz de p. ej.: ano imperforado. Cuidados del cordón: vigilar - por hemorragia, aparecimiento de cualquier patología y aspiración de flemas, posición en que se debe poner al R.N. Cuidados de higiene, alimentación, educación y crecimiento. DURACION: 2 horas. A CARGO del médico EPS.

a.10 PRINCIPAL PATOLOGIA DEL GRUPO M.I.: Diarrea con o sin sangre. Fiebre alta. IRS. Parasitarias. Infectocontagiosas. Asma. DHE. Conductas a seguir en estos problemas, dificultad - respiratoria. Flujo fétido. Venéreas. Etc. A - CARGO del médico EPS. DURACION 2 horas.

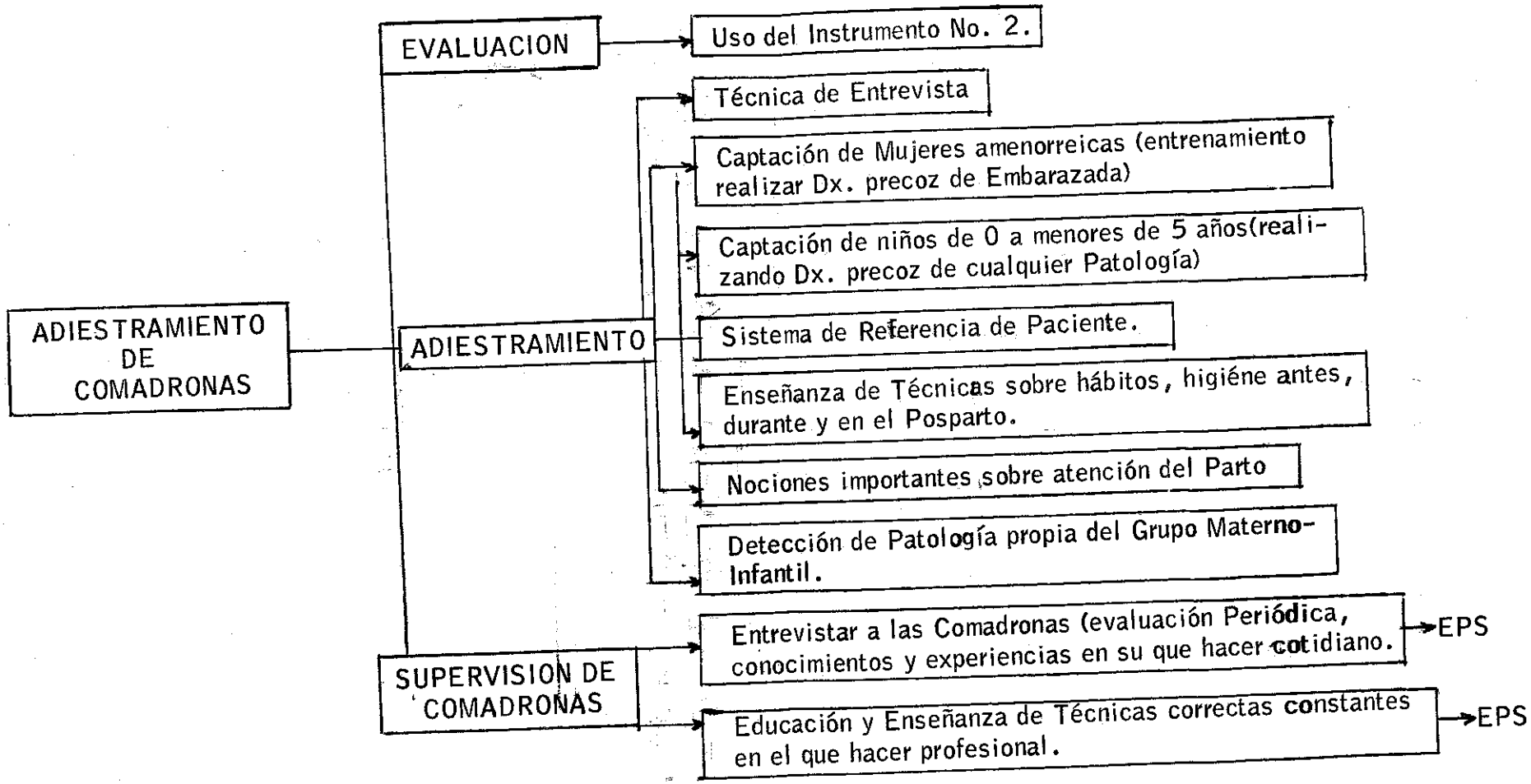
NOCIONES SOBRE LA DESNUTRICION: Qué es la DPC. Factores socioeconómicos que la provocan (sistema social de clases.) Signos de la desnutrición, tipos de desnutrición especialmente en niños. Vitaminas carenciales. Prevención. A CARGO del médico EPS. DURACION 1 hr.

NOCIONES SOBRE TUBERCULOSIS Y MALARIA. Etiología. Cuadro clínico, signos y síntomas más importantes, tratamiento, profilaxia. A CARGO del médico EPS. DURACION 1 hr.

10- EVALUACION:

La evaluación de las actividad se realizará al final de cada una de ellas y consistirá en preguntas por parte del médico EPS y demostraciones prácticas por parte de las comadronas.

DIAGRAMA DE FLUJO



CAPITULO No. 6

CONCLUSIONES

I. Es factible la programación de Atención Materno-Infantil para el municipio de San Andrés, El Petén (cabecera municipal). Necesitándose para ello la participación de un EPS, una enfermera auxiliar y 3 comadronas.

II. Para que el Programa de atención materno infantil funcione conforme lo planificado será necesario el incremento de los recursos tanto materiales como financieros, los que ascienden a la cantidad de Q1245.55 y un presupuesto mensual de Q8.00 para sufragar el costo del combustible que se utilizará en esterilización de equipo y la refrigeración de las vacunas. El costo total del Programa incluyendo lo anterior es de Q4,507.03. En forma ideal sería conveniente la adquisición de una ambulancia pequeña con un costo de Q15,000.00, la creacción de una plaza de piloto (conductor de ambulancia) con un sueldo de Q1,440.00. Presupuesto anual de Q100.00 para el mantenimiento del vehículo, que en total da Q17,640.00 y sumándole el costo del programa materno infantil Q4,507.03. TOTAL Q22,047.03.

III. Es indispensable la implantación de un programa de atención Materno-Infantil en el área urbana del municipio, por las razones siguientes:

a) La población Materno-Infantil se encuentra en el olvido por parte de las autoridades de Salud Pública y sí como todo ser humano, tienen el derecho de recibir atención médica, porque no los de San Andrés.

b) Es difícil el transporte inmediato de los pacientes en especial los del grupo materno-infantil al Centro de Salud de Ciudad Flores o bien al hospital regional de San Benito.

c) La situación y diagnóstico de salud de los habitantes del área urbana de San Andrés, Petén se desconoce por no existir estudios al respecto por parte de las autoridades de Salud.

d) En su mayor parte los diagnósticos de defunción en especial los de estos dos grupos etarios no son de tipo médico, sino que se basan en signos y síntomas que consideran fueron la causa de muerte por parte de las autoridades municipales, esto posiblemente sea a consecuencia de que no ha existido médico en el poblado.

IV. Los servicios de Salud deberán darse en función de un trabajo productivo que es el que requiere la comunidad para la superación de los problemas de Salud y el Centro de Salud deberá proyectarse a la comunidad y sus componentes no ser gentes estáticas encerradas dentro de las cuatro paredes sino convertirse en instrumentos activos para la prevención y superación del diagnóstico de salud.

V. Atendiendo a que el grupo Materno-Infantil ocupa

el 67.5% de la población total y es donde se realiza la mayor tasa de mortalidad se hace necesario, por ahora, el establecer prioridades, esta fue la razón de la propuesta de un programa materno-infantil para el municipio (cabecera municipal).

VI. Las Comadronas Empíricas poseen conocimientos que han adquirido a través de su experiencia, los que podemos aprovechar y encausar con el fin de proporcionar a la población un servicio "médico-natural" más eficiente. Para lo cual será necesario incorporar al programa Materno-Infantil a este recurso natural y tenerlo en constante supervisión.

CAPITULO No. 7

RECOMENDACIONES

I. Se recomienda llevar a feliz término el Programa de atención Materno-Infantil y el Programa de adiestramiento de Comadronas propuesto, cumpliendo con las metas, cobertura y propósitos, darle supervisión al recurso natural, para garantizar el éxito del mismo.

II. Qué los recursos materiales y financieros con que dispone anualmente el Centro de Salud sean aprovechados conforme las exigencias y necesidades planteadas dentro del Programa; además será contar con el mínimo de recursos que se especifican en la sección correspondiente, para poner en marcha este Programa.

III. Qué el diagnóstico de defunción sea estrictamente de tipo médico, dado por el EPS y que éste sea quien proporcione estos datos a las autoridades municipales quienes serán las encargadas de llevarlo en estadística.

IV. Qué el médico EPS, sea mejor supervisado y se le informe del papel que debe desempeñar dentro de la comunidad y ser el transmisor de conocimientos científicos a la misma, para que juntos inicien la investigación y resolución de los problemas de salud; y los resultados deberán ser discutidos y analizados por

los tres elementos participantes: Comunidad-Estudiantes-Profesor, para que se cumpla el precepto de: "ID Y ENSEÑAD A TODOS".

V. Tomando en cuenta la labor que las comadronas realizarán para que el Programa Materno-Infantil funcione, se les autorice el cobro de Q10.00 por atención de parto.

VI. Dentro del servicio médico-preventivo que se dará al grupo Materno-Infantil se necesitará del consumo constante de antiséptico, gas propano y el suministro de suplementos dietéticos, además del consumo de vacunas, razón por la cual se propone que toda primera consulta para ambos grupos etarios se cobre la cantidad de Q0.25 dando un ticket el cual tiene que ser registrado y contabilizado por autoridades superiores.

CAPITULO No. 8

BIBLIOGRAFIA

1. Soza, José María. PEQUEÑA MONOGRAFIA DEL PETEN. Colección monográfica. Vol No. 4. Edit. del Ministerio de Educación Pública. 1957. Págs. 175 a la 178.

2. Reunión de Ministros de Salud. SALUD MATERNO - INFANTIL Y BIENESTAR FAMILIAR. Santiago - de Chile, Octubre de 1972. Mimeografiado, 20 págs. S.F.

3. Quiñónez, José A. LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LA MEJORIA DE LA ATENCION HOSPITALARIA EN RELACION AL PROBLEMA: MUERTE PERINATAL. Mimeografiado, 10 págs. USAC. Facultad de CCMM., Fase III. - Guatemala 25 octubre 1975.

4. 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.

5. Secretaría de Salud Municipal: Universidad del Valle. División de Salud: PROGRAMA DE ATENCION MEDICA, 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. Sánchez, José Romulo. LA PLANIFICACION DE LA SALUD. Mimeografiado. 16 págs. 1975. Facultad de CCMM. Fase III.

7. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Ciencias de la Conducta. Fase III. INTERPRETACIONES ACERCA DE LA INFORMACION GENERAL SOBRE LA SITUACION DEL GRUPO MATERNO INFANTIL EN GUATEMALA. Mimeografiado. 4 págs. Guatemala 27 - marzo de 1973.

8. Nuila E., Héctor A. M y C M.S.P. y López V., Victor M. M y C M.S.P. BASES PARA LA INTEGRACION DE LAS EDC en Medicina USAC. - Mimeografiado. 10 págs. USAC. Facultad de - Ciencias Médicas. Fase III. Guatemala 12 junio 1975.

9. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Fase III. Trabajo de Investigación del EPS. SALUD MATERNO-INFANTIL - II: ANALISIS DE RECURSOS. Mimeografiado. 7 págs. Julio de 1975.

Br. René Román Velásquez Dubón

Dr. Angel F. Sánchez Viesca
Revisor.

Dr. Héctor A. Nuila E.
Revisor.

Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto G.
Decano.