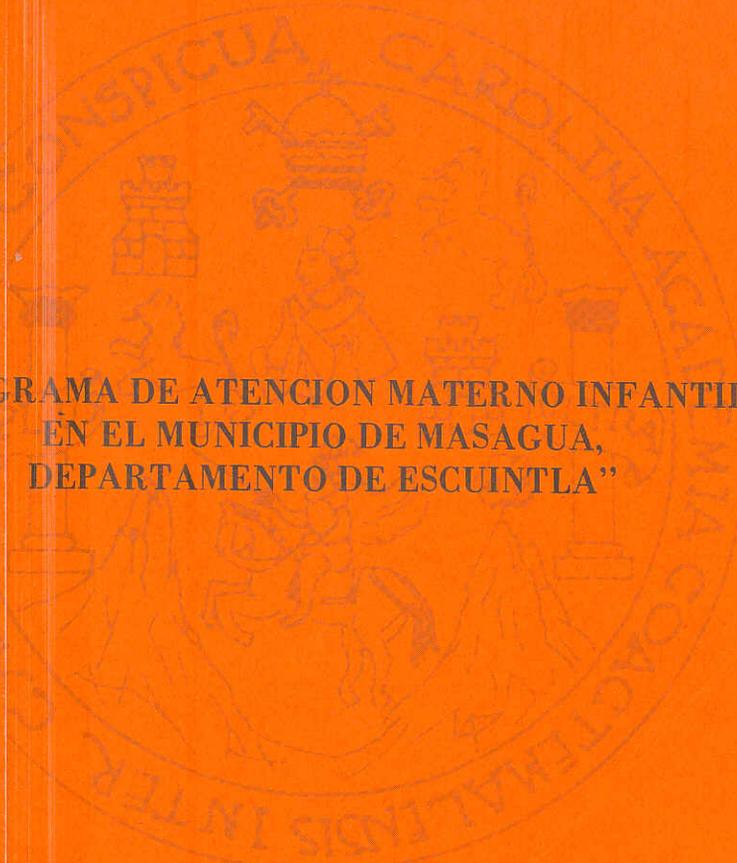


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**“PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL
EN EL MUNICIPIO DE MASAGUA,
DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA”**

GUILLERMO EFRAIM ZEA FLORES

Guatemala, Mayo de 1976.

CONTENIDO

- I) **Introducción**
- II) **Objetivos**
- III) **Justificación**
- IV) **Consideraciones generales sobre el área de Trabajo**
 - a) Consideraciones Históricas
 - b) Consideraciones Geográficas
 - c) Consideraciones Políticas
 - d) Consideraciones Sociales
 - e) Consideraciones Económicas
- V) **Hipótesis**
- VI) **Material y Métodos**
- VII) **Duración y Extensión**
- VIII) **Recursos para la elaboración del presente trabajo**
- IX) **Análisis y discusión de Resultados:**
 - 1) Análisis de los recursos
 - 2) El programa materno-infantil
 - 2.1 Definición del Problema
 - 2.2 Objetivos del Programa
 - 2.3 Metas y Cobertura
 - 2.4 Sub-Programas
 - 2.5 Componentes
 - 2.6 Rendimiento
 - 2.7 Horas disponibles
 - 2.8 Horas requeridas

CONTENIDO

- I) **Introducción**
- II) **Objetivos**
- III) **Justificación**
- IV) **Consideraciones generales sobre el área de Trabajo**
 - a) Consideraciones Históricas
 - b) Consideraciones Geográficas
 - c) Consideraciones Políticas
 - d) Consideraciones Sociales
 - e) Consideraciones Económicas
- V) **Hipótesis**
- VI) **Material y Métodos**
- VII) **Duración y Extensión**
- VIII) **Recursos para la elaboración del presente trabajo**
- IX) **Análisis y discusión de Resultados:**
 - 1) Análisis de los recursos
 - 2) El programa materno-infantil
 - 2.1 Definición del Problema
 - 2.2 Objetivos del Programa
 - 2.3 Metas y Cobertura
 - 2.4 Sub-Programas
 - 2.5 Componentes
 - 2.6 Rendimiento
 - 2.7 Horas disponibles
 - 2.8 Horas requeridas
 - 2.9 Balanceo

- X) Conclusiones
- XI) Recomendaciones
- XII) Bibliografía
- XIII) Anexos

I. INTRODUCCION:

Conociendo, en base a trabajos anteriores, la situación de Salud de la Población de Masagua, Escuintla, y particularmente sobre la morbo-mortalidad de la población que comprende el grupo Materno-Infantil, comprobamos que es este grupo el mayormente afectado por diversas enfermedades que, como observaremos posteriormente, son prevenibles; nos daremos cuenta que esencialmente lo que falta es la elaboración de un programa que brinde verdadera cobertura a dicha población.

Es en áreas rurales como la que hoy nos ocupa, en donde en general, nos hemos dedicado a efectuar una medicina esencialmente curativa; pero los trabajos que los compañeros de EPS han efectuado anteriormente, indican que los problemas de morbo-mortalidad en las áreas rurales en general, necesitan para su control de una medicina esencialmente preventiva. Una de las maneras de hacerlo, es la elaboración de programas de promoción de salud que, inicialmente, cubran a los grupos de la población mayormente afectados y cuyas metas sean, al final, la cobertura de la totalidad de la población.

Es de esperarse, que el presente trabajo sirva de base de conducta médica a los próximos compañeros de EPS, que hagan su práctica en Masagua, ya que de llevarse a su realización, se brindará directa protección al grupo tan vulnerable como lo es la población Materno-Infantil.

II. OBJETIVOS DEL TRABAJO:

a) Generales:

- Que el estudiante EPS tenga contacto real con la situación del área rural en general, y del área en que le corresponda trabajar en particular, y que participe, con pleno conocimiento, de todas las actividades de su comunidad.
- Que el estudiante ponga en práctica los conocimientos adquiridos a través de su paso por aulas y hospitales urbanos.
- Que tomando en cuenta dichos conocimientos y considerando también los recursos con que se cuenta en el área rural, sea capaz de elaborar programas de salud adecuados a su población, y dentro de ésta, a los grupos con más riesgos de enfermar y morir.
- Que dichos programas sean técnica y científicamente bien elaborados.

b) Específicos:

- Reducir los riesgos de enfermar y morir a que están expuestos en la actualidad madres y niños, y extender la cobertura de los servicios de salud materno-infantil.
- Elaborar una programación de salud que brinde, con los recursos físicos y materiales con que contamos, una mayor protección al sector más vulnerable de la población, como lo es el grupo materno-infantil.

III. JUSTIFICACION:

El 64.11o/o de la totalidad de las defunciones en el municipio de Masagua durante 1974,(4) correspondió al grupo comprendido en menores de cuatro años, y la estrecha relación entre este grupo y el materno, hace imprescindible la elaboración de un programa que brinde protección adecuada al binomio materno-infantil. Ya que las causas de la morbo-mortalidad en la población son, en su mayoría prevenibles, sólo mediante una adecuada educación y concientización de la población en general, y la elaboración y posterior puesta en práctica de programas dirigidos a impactar directamente en los factores condicionantes, pueden cambiar favorablemente la situación.

Muchas veces se concreta a "curar pacientes en serie", sin meditar que con la elaboración de buenos programas de salud, podríamos prevenir, en gran número, las enfermedades que aquejan a los mismos.

Es de mucha importancia tomar en cuenta que mediante una programación técnica de Salud lograremos emplear con eficacia y eficiencia los recursos de que se dispone.

Considerando estos aspectos, lograremos una buena cobertura materno-infantil brindando salud a la mujer fértil, atención adecuada a la gestante, mejoramiento de los partos atendidos por el personal empírico, control sobre la puérpera y protección en todos sus aspectos al niño.

Si logramos realizar la cobertura de estos aspectos de una manera temprana y continua, nuestros esfuerzos se verán traducidos en descenso de la mortalidad.

IV. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL AREA DE TRABAJO:(5)

A) Consideraciones Históricas:

"Lo que hoy conocemos como el departamento de Escuintla, constituyó parte de la región Tolteca extendida desde Soconusco hasta Cuscatlán.

A la llegada de los conquistadores, lo correspondiente a la comarca comprendida entre Santa Lucía y Guazacapán se conocía con el nombre de Nahua, Atacat o Panatacat. Pero las tribus mexicanas que los acompañaban, cambiaron los nombres de la mayor parte de las regiones guatemaltecas, re bautizándolas con nombres de aztecas, considerando a sus habitantes como Pipiles que anteriormente eran llamados Yaquis.

El vocablo Escuintla tiene dos etimologías: Fuentes y Guzmán en su obra "Recordación Florida", menciona que el pueblo primitivamente se llamó Izquintepeque, nombre que en Pipil significa "Cerro de los Perros", e Itsuintli, que significa "Lugar de escuintles, patojos o niños". Los habitantes tenían como dios a Quetzalcoatl, mismo dios que adoraban los Mayas.

El sacrificio humano tenía para ellos gran importancia, puesto que en su legislación lo habían establecido, siendo muy estrictos los sacrificios de sus ídolos, al que poseyera mujer ajena y el que forzaba una doncella.

No se han descubierto grandes edificios en esta zona, pero sí valiosas piezas especialmente en la Democracia, Sta. Lucía Cotz., Sta. Ana Mixtán, Cuyuta y otros lugares.

Estos descubrimientos permiten deducir que el arte tolteca-pipil era de tipo escultórico, ocupando la arquitectura y cerámica al igual que el resto de sus manifestaciones artísticas.

La actual población de Escuintla, difícilmente podía identificarse como la antigua Izquintepeque, la que fue totalmente arrasada e incendiada.

Los restos arqueológicos de las poblaciones más grandes de los pipiles estaban en la región de Boca-Costa y Costa Grande, hoy fincas El Baúl, Pantaleón, Los Tarros, Sta. Lucía Cotz., y la Democracia.

La ciudad de Izquintepeque, debe de haber estado más arriba de lo que hoy es Escuintla y más hacia el Volcán de Fuego. Durante la época colonial, Escuintla fue una provincia con una extensión de 80 leguas de largo y más de 30 leguas de ancho. Se dividía en dos corregimientos, Escuintla en la parte Occidental y Guzacapán en la parte oriental.

El 4 de Noviembre de 1825, fue erigido Departamento por decreto de la Asamblea Constituyente. Según Acuerdo gubernativo del 19 de febrero de 1887, se concedió a Escuintla, que tenía la categoría de villa, el título de Ciudad, siendo la cabecera departamental y del Municipio que lleva su mismo nombre.

Masagua, uno de los trece municipios que comprende el Departamento de Escuintla, fue fundada por Acuerdo Gubernativo Central el 1o. de Mayo de 1931 con posesión en la Aldea San Juan Mixtán y 30 años después fue situada en el actual lugar con el nombre de San Luis Masagua, las dos aldeas están contempladas como ruinas.

Etimológicamente, Masagua significa "venado que se huye o que se va", formando de Mazatl-venado (odocoileu-virginianus), laguique significa "que huye". Voces mexicanas según la aceptación de Fuentes y Guzmán.

b) Consideraciones Geográficas:

Masagua, Municipio del Departamento de Escuintla, con Municipalidad de tercera categoría, extensión aproximada de 448

Kms. cuadrados, a 368 pies sobre el nivel del mar, latitud 14°12'10", longitud 90°50'55". Colinda al Norte con Escuintla y San Vicente Pacaya, al Este con Guanagazapa e Iztapa, al Sur con San José, al Oeste con la Democracia.

Bañado por los ríos Achiguate, Piedras Coloradas, Escalante, Guacalate, La Virgen, Quita Sombrero, Las Hojas, Mijangos, éste también llamado El Cuero, Zanjón de Oruego que divide Guanagazapa y Masagua por el lado oriente.

Carreteras y Caminos: Las rutas nacionales No.3-6W-E, asfaltadas y numerosos caminos departamentales de los cuales doce se consideran buenos y transitables para toda clase de vehículos. A través de dichas rutas nacionales, la cabecera departamental se comunica con la cabecera municipal de Masagua, distando 13.5 Km y con la ciudad capital distando 70 Kms. Así mismo, la cabecera municipal cuenta con caminos de herradura y veredas que la unen con sus poblados y municipios vecinos.

Cuenta además, con paso de ferrocarril, llamándosele la Estación: Santa María.

e) Consideraciones Políticas:

El gobierno de Masagua está integrado de la manera siguiente: Alcalde, Síndicos y Regidores, siguiendo el mismo tipo de gobierno de los otros municipios de la República.

El Alcalde en este Municipio tiene otras atribuciones tales como la de Juez.

d) Consideraciones Sociales:

El Municipio de Masagua cuenta con una Escuela de educación primaria que da albergue a más o menos 300 alumnos de ambos sexos (ésta es la capacidad total, pero son menos los alumnos que regularmente asisten).

Sus fiestas titulares son dos al año. Una el 2 de Febrero que es la considerada fiesta chica y se le llama fiesta de Candelaria. La otra es la fiesta del tercer viernes de Cuaresma, llamándosele la fiesta grande.

La religión es la católica y la evangélica. La población cuenta con una iglesia construída en 1553 al 58.

e) Consideraciones Económicas:

Es de tomar en cuenta que en el Municipio de Masagua, existe el latifundio, lo que comprende fincas de más de 5 caballerías y un número muy pequeño de campesinos hacen sus cultivos en parcelas que se les da en arrendamiento.

La producción principalmente es de caña, algodón y en mínima parte maíz y frijol.

Dentro de la jurisdicción existen más o menos 150 fincas, que además se dedican a la ganadería. Sus habitantes se valen del ferrocarril, del servicio de buses, y del telégrafo para sus transacciones comerciales."(5).

V. HIPOTESIS:

1. Hay carencia de recursos, tanto físicos como materiales, como para explicar la deficiente cobertura que se presta a la población.
2. La deficiente cobertura a los diferentes núcleos de la población es debida a que se están usando mal los recursos disponibles.
3. Los daños que padece la población materno-infantil, justifica el mejoramiento en el uso de los recursos con que contamos.

VI. MATERIAL Y METODOS:

Material:

Libros del Registro Civil, Municipalidad de Masagua, años 1974-1975.

Registros Clínicos del Centro de Salud Tipo "C" de Masagua, año 1974 y primer semestre 1975.

Informes finales de los Practicantes de EPS del Centro de Salud de Masagua, años 1974 y 1975.

Instrumentos de Trabajo elaborados bajo la supervisión de la Facultad de Ciencias Médicas, evaluando los conocimientos sobre aspectos médicos con que cuenta el personal natural de Salud y sobre los recursos físicos del área de trabajo.

Métodos:

Se hizo un análisis sobre la documentación previa, tanto en la Municipalidad de Masagua como de los informes finales de Practica de EPS realizados desde 1974 a la fecha, obteniéndose datos estadísticos sobre la morbo-mortalidad en el grupo materno-infantil.

En cuanto a la encuesta que se efectuó entre el personal natural de salud, ésta se hizo con el fin de valorar los conocimientos que dichas personas tenían acerca de los diferentes aspectos de la medicina.

Dicha encuesta se hizo por escrito, con preguntas de completación, con una terminología bastante popular para hacer pregunta más clara. En algunos casos, debido a que los encuestados eran analfabetas, las respuestas fueron verbales, pero en todo caso se iba simultáneamente llenando el formulario correspondiente.

El cuestionario fue contestado por 10 personas, las cuales representaron el 83o/o del personal de salud, ya que 2 de ellas (17o/o) se negaron a ser entrevistadas.

De esas 10 personas que contestaron, 8 eran comadronas de la localidad, 1 era vendedora en la farmacia local (el cual afirmó que "recetaba" medicina con bastante frecuencia), y otra persona era enfermero de la localidad. Las preguntas podían dar la posibilidad de diversas respuestas.

De las 10 personas encuestadas, 8 (66.4o/o del total del personal natural de salud) eran comadronas de la localidad, siendo importante hacer notar que la edad promedio de ellas fue de 52 años, y el tiempo que tienen de ejercer este trabajo, en promedio, es de 26 años. El número de madres atendidas por ellas fue de aproximadamente 48 personas, (por cada comadrona) en el período de un año.

Se hizo un inventario de los recursos materiales del Centro de Salud, con el objeto de cuantificar dichos recursos, ya que se tendrán en cuenta para la elaboración de programas de salud. Se hizo en base al inventario que se encuentra en la Dirección General de Servicios de Salud y que corresponden al Departamento de Escuintla.

VII. DURACION Y EXTENSION:

El presente trabajo lo realicé en el Centro de Salud Tipo "C" de Masagua, Escuintla, durante la Práctica de Ejercicio Profesional Supervisado Rural, con una duración de 6 meses comprendidos entre agosto 1975 y enero 1976.

VIII. RECURSOS PARA LA ELABORACION DEL PRESENTE PROGRAMA:

1. Humanos:

Los recursos humanos con que se cuenta para el desarrollo práctico de este programa de atención materno-infantil, consiste en 1 practicante de Ejercicio Profesional Supervisado Rural con 2,000 horas al año de trabajo disponibles, una enfermera auxiliar con igual número de horas por año, y 8 comadronas empíricas en toda la región.

2. Materiales:

Dentro de los recursos materiales, se cuenta con el Centro de Salud Tipo "C" de Masagua, y su mobiliario, el cual se detallará posteriormente, así como del equipo y medicamento con que se dispone.

Además, se harán visitas domiciliarias en los casos en que lo amerite. Para los casos en los que se considere necesario por su gravedad, se cuenta con la colaboración del Hospital Nacional de Escuintla, para su referencia y traslado.

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS:

I. Indicadores del nivel y estructura de la Salud del Municipio de Masagua:

TABLA No.1

POBLACION ESTIMADA DEL MUNICIPIO DE MASAGUA PARA 1976.

Grupos de edad	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
0-4 años	184	2525	190	2648	3374	5173
5-9 años	192	2683	178	2532	370	5215
10-14 años	142	1961	142	1959	284	4204
15-19 años	91	1236	106	1424	197	2660
20-24 años	58	788	65	875	123	1786
25-29 años	55	750	63	826	118	1684
30-34 años	55	756	60	820	115	1576
35-39 años	49	683	56	750	105	1433
40-44 años	43	639	43	539	86	1232
45-49 años	29	410	28	368	57	778
50-54 años	24	342	27	353	51	695
55-59 años	22	286	23	321	45	607
60-64 años	19	250	19	232	38	482
65-69 años	17	214	17	222	34	436
70-74 años	15	171	14	183	29	354
75-79 años	9	65	8	62	17	127
80-84 años	6	23	6	45	12	80
85 y más	2	21	3	22	5	48
TOTAL	1012	13803	1048	14235	2060	28038

Fuente: Unidad Sectorial de Planificación de Salud. Ministerio de Salud Pública y A. S.

TABLA No.2

POBLACION DE MASAGUA, EN PORCENTAJES, POR GRUPOS ETAREOS Y SEXO:

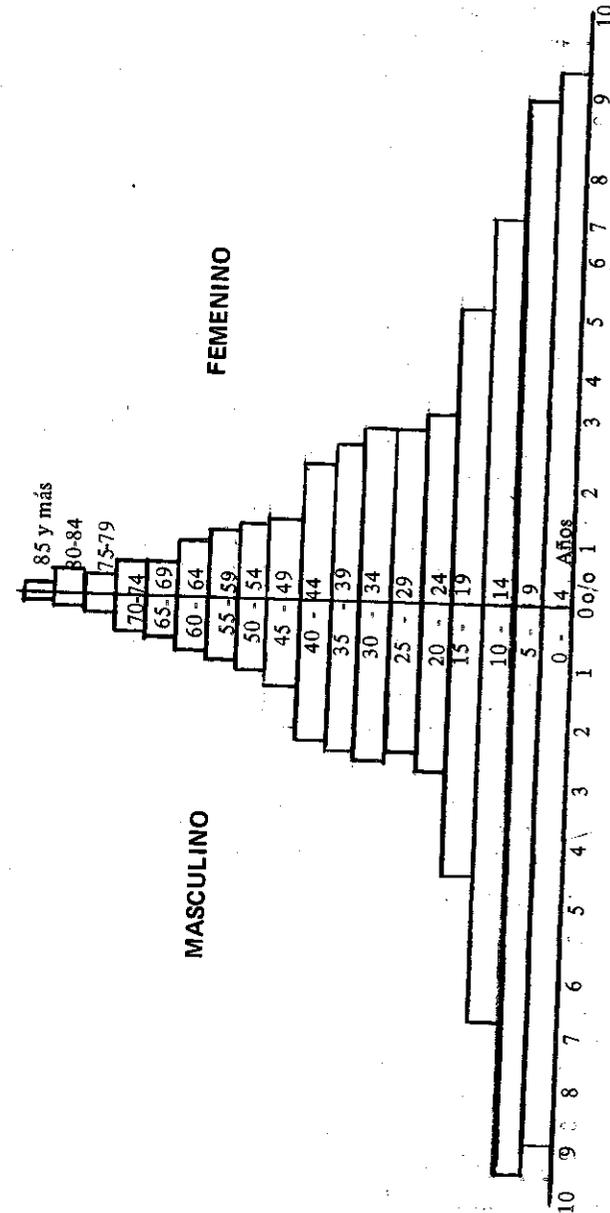
Edad	Hombres	Mujeres	Total
0-4 años	9.00o/o	9.43o/o	18.43o/o
5-9 años	9.55	9.00	18.55
10-14 años	6.99	6.97	13.96
15-19 años	4.41	5.08	9.49
20-24 años	2.81	3.12	5.93
25-29 años	2.67	2.95	5.62
30-34 años	2.69	2.92	5.61
35-39 años	2.43	2.68	5.11
40-44 años	2.26	2.12	4.38
45-49 años	1.46	1.31	2.77
50-54 años	1.21	1.26	2.47
55-59 años	1.02	1.14	2.16
60-64 años	0.89	0.83	1.72
65-69 años	0.77	0.79	1.56
70-74 años	0.61	0.66	1.27
75-79 años	0.25	0.23	0.48
80-84 años	0.10	0.16	0.26
85 y más	0.08	0.08	0.16
Total	49.27o/o	50.73o/o	100.00o/o

Como puede observarse en el cuadro anterior, el cual fue calculado en base a la tabla No.1, la población de menores de 4 años corresponde al 18.43o/o y el total de menores de 15 años sobrepasa a la mitad de la población total, siendo de 50.94o/o del total.

Las mujeres en edad fértil corresponden al 36.16o/o del total de la población. Por los datos anteriores, nos podremos dar cuenta de la importancia del programa de Atención Materno-Infantil, ya que brindará protección a un buen número de ese grupo, el cual representará el 69.84o/o del total de la población.

En la Gráfica No.1, en la cual se representa la pirámide de la población, se nota gráficamente lo extenso de la población menor de los 15 años y el de las mujeres comprendidas entre los 15 y los 44 años.

GRAFICA No.1
Pirámide de Población del Municipio de
Masagua, Escuintla, (Población estimada para 1976)



CUADRO No.3

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION DE MASAGUA

Población Total:	30,098	100o/o
Población Urbana:	2,060	6.84o/o
Población Rural:	28,038	93.15o/o
Población Infantil (0-4 a.)	5,547	18.43o/o
Mujeres edad fértil (15-44 a.)	10,884	36.16o/o
Embarazos esperados. (5o/o de población total)	1,505	
Abortos esperados (10o/o de Embarazos esperados)	150	
Población Objetivo Prenatal (Embarazos esperados - Abortos esperados).	1,355	

TABLA No.4

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD. TODA LA POBLACION (AMBOS SEXOS) MASAGUA AÑO 1974.

Código	Causa o Enfermedad	Código	Casos	Tasa X 100,000
1.	I.R.S.	29	400	194.55
2.	Bronquitis	31	396	192.62
3.	Anemia	21	280	136.36
4.	Parasitismo Intestinal	16	296	143.90
5.	D. Amebiana	02	12	05.82
6.	Dermatosis	44	80	38.90
7.	Enterocolitis	03	255	124.00
8.	Enfermedad Hepática	32	16	7.72
9.	Sarcoptiosis	44	80	38.96
10.	Gran mal	44	10	4.84
11.	Hepatopatía	35	21	10.41
12.	D.P.C.	37	170	82.60
13.	Otitis	16	5	2.42
14.	Conjuntivitis	16	6	2.90
15.	Tos ferina	07	4	1.90
16.	Amigdalitis	16	20	9.72
Totales			2056	

Fuente: "Diagnóstico de Salud Materno-Infantil, Masagua, Escuintla", Informe Final. Práctica EPS, Br. Amílcar Anleu. Julio de 1975.

TABLA No.5

MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO (AMBOS SEXOS) TASAS. MASAGUA AÑO 1974.

Orden	Causa o Enfermedad	Código	No.	Tasa X 100,000
1.	I.R.S.	29	132	161.76
2.	G.E.C.A.	03	128	156.86
3.	D.P.C.	37	136	166.66
4.	Conjuntivitis	16	3	3.67
5.	Anemia	21	174	213.23
6.	Dermatosis	44	38	46.56
7.	Otitis media	16	5	6.12
8.	Tos Ferina	07	4	4.90
9.	Bronquitis	37	196	240.19
Total			816	

Fuente: "Diagnóstico de Salud Materno-Infantil, Masagua, Escuintla", Informe final de la Práctica de EPS. Br. Amílcar Anleu. Masagua, Julio de 1975.

TABLA No.6

MORTALIDAD GENERAL Y POR GRUPOS ETARES A No. ABSOLUTO Y PORCENTAJE EN EL MUNICIPIO DE MASAGUA, 1974.

Grupo Etareo	No. de Casos	Porcentaje
De 0 a 28 días	44	21.05o/o
De 29 a 364 días	65	31.10o/o
De 1 a 4 años	25	11.96o/o
De 5 a 14 años	20	9.56o/o
De 15 a 44 años	6	2.87o/o
De 45 y más años	49	23.44o/o
Totales	209	100.00o/o

Fuente: "Diagnóstico de Salud Materno-Infantil, Masagua, Escuintla", Informe final de la Práctica de EPS, Br. Amílcar Anleu, Masagua, Julio de 1975.

TABLA No.7

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MASAGUA.
MORTALIDAD GENERAL POR CAUSAS Y TASA ESPECIFICA.**

Orden	Causa de Muerte	Código	No.	o/o	Tasa X 100,000
1.	A.C.V.	28	1	0.4	0.478
2.	Bronconeumonía	30	28	13.3	13.397
3.	Cáncer	17	1	0.4	0.478
4.	Desnutrición P.C.	49	25	11.9	11.961
5.	Enterocolitis	03	30	14.3	14.354
6.	Pre madurez	37	10	4.7	4.784
7.	DHE	49	29	13.8	13.875
8.	Mortinato	50	26	12.4	12.440
9.	Parasitismo				
	Intestinal	43	40	19.4	19.138
10.	Senilidad y mal definidas	43	22	10.5	10.526
Total				100.0	

Fuente: Archivo Municipal, Masagua, 1974.

2. Análisis de los recursos:

2.1 "Análisis de Recursos Humanos institucionales, según tiempos contratados al año, hora costo y distribución de actividades o programas".

El personal del Centro de Salud tipo "C" de Masagua, Escuintla, está integrado por una enfermera Auxiliar y un estudiante de Medicina en sus prácticas de Ejercicio Profesional Supervisado. El tiempo de trabajo en ambos casos, es de 2,000 horas al año, distribuidas en diferentes actividades.

Respecto a la distribución del horario, según actividades, la Enfermera Auxiliar es la encargada de Preparar las fichas clínicas de los pacientes al inicio de la consulta, lo cual incluye la toma de signos vitales y datos personales del paciente.

Dedica dos horas diariamente para administraciones hipodérmicas, curaciones menores, y limpieza del Centro de Salud.

Es labor del Estudiante EPS la atención de la Consulta diariamente, en las diferentes ramas de la medicina. También la elaboración de programas de trabajo, que incluyen pláticas periódicas al personal de Salud.

Las visitas domiciliarias, dependiendo la causa, son cubiertas tanto por la Enfermera Auxiliar como por el Practicante EPS.

2.2 Análisis de Recursos Físicos:

Para la elaboración de este instrumento se necesitaba del inventario del Centro de Salud, con su listado de equipo, mobiliario y en general, los recursos físicos con que se cuentan, además de los valores de los mismos, para de allí poder hacer las depreciaciones correspondientes, pero desafortunadamente este listado fue imposible de conseguir, tanto en Masagua, Escuintla como en la capital. De tal suerte, no se incluyen aquí valores estimados, pues hubieran sido datos muy subjetivos y sin valor real.

Por lo anteriormente expuesto, me limitaré a enumerar los objetos, equipo y mobiliario, allí presentes;

2. Estanterías de Madera de pino,
4. Sillas de metal
3. Mesas-escritorio de pino
1. Gavetero de Madera
1. Mesa para exámenes clínicos
1. Refrigeradora de Gas
1. Equipo completo para esterilización de material
1. Equipo incompleto de Cirugía Menor
1. Báscula para adultos
1. Báscula para niños
1. Equipo para diagnóstico clínico (Estetoscopio, Otorrinolaringoscopio esfigmomanómetro)

2.3 "Análisis de Medicinas y Material Médico-Quirúrgico". Ver Anexo pág. 56 y 57.

En cuanto a la medina con que cuenta el Centro de Salud, ésta proviene de la Dirección General de Servicios de Salud; se efectúa una remesa trimestral, de acuerdo a una solicitud previa, consistente en diversos medicamentos que, en general, cubren las necesidades en relación a la patología de la región.

En esa dependencia, rama del Ministerio de Salud Pública, se cotiza el envío, por precios unitarios y se otorga medicina por una cantidad que oscila en Q.150.00 por trimestre.

En cuanto a equipo para mantenimiento del Centro de Salud, que incluye escobas, desinfectantes etc. y equipo de oficina (papel, sobres etc.) se envía por una cantidad aproximada de 15 quetzales trimestrales.

En lo que respecta a material quirúrgico el envío es prácticamente nulo, ya que se tiene que improvisar mucho para casos de Cirugía Menor.

2.4 "Evaluación Cualitativa" (Ver anexo, pag. 47)

Mediante este instrumento, se evaluaron los conocimientos, que sobre diversos aspectos de la práctica diaria de la Medicina, posee el personal natural de Salud. La metodología de las mismas, fue descrita en la pag. 13.

2.4.1 Grupo Materno:

En cuanto a las enfermedades con que se puede complicar el embarazo y el post-parto, se asociaron principalmente a anemia y en el caso del post-parto a fiebre, sin poder precisar la causa.

Respecto a la alimentación del niño hasta 1 años de edad, hay tendencia a continuar exclusivamente con alimentación materna. La enfermedad más frecuente en las mujeres en edad fértil, fue relacionada con la menstruación y complicaciones de la misma.

2.4.2 Grupo Infantil, pre-escolar y escolar:

Las causas de morbo-mortalidad se atribuyeron a problemas gastrointestinales como diarrea.

2.4.3 Problemas de Salud Generales de la Población:

Los conocimientos sobre las causas de morbo-mortalidad en los adultos de ambos sexos, es muy vago, atribuyendoles algunas tales como exceso de trabajo, disnea.

En cuanto a enfermedades específicas como Tuberculosis, Desnutrición, Paludismo etc, los conocimientos en cuanto a diagnóstico parecen ser aceptables, pero respecto a su prevención y tratamiento son prácticamente nulos.

2.4.4 Ciencia y tecnología que aplica ante los problemas:

Respecto al modo de diagnóstico de las diferentes patología en la mujer embarazada, éstos se hacen por un sólo síntoma, generalmente, rara vez por una asociación de ellos. En general, puede decirse que hay conocimientos deficientes en el personal natural de salud, y en algunos casos, incluso, se desconocen totalmente aspectos ligados a las entidades patológicas cuestionadas.

Uno de los principales contratiempos para el aprendizaje en estas personas, es su analfabetismo, ya que sí tienen la buena voluntad y el deseo de aprender.

IX.2 El Programa Materno Infantil

2.1 Definición del Problema:

Los grupos expuestos a riesgos en el campo de la salud materno-infantil —que incluye las mujeres en edad fértil y los menores de 15 años— constituyen el 69.84o/o de la población total de Masagua Escuintla. El crecimiento demográfico acelerado de países como el nuestro, hará aumentar, en particular en los grupos mencionados, las demandas de servicios sociales, incluidos los de salud.

En la última década se lograron limitados progresos en materia de Salud Materno-infantil, pero en general, las tasas de mortalidad materna, probablemente muy subvaloradas, fueron de cinco a siete veces más elevada en América Latina (13.5 a 18.8 por 10,000) que en América del Sur (2.5 por 10,000) (1)

A continuación y para ilustrar mejor aún la situación real del Municipio de Masagua, se dan las tasas de Mortalidad del grupo Materno-infantil:

La mortalidad infantil es de 136.10 x 1000 nacidos vivos (2), siendo mayor que las cifras para el resto de la República. La tasa de Mortalidad de uno a cuatro años es de 16.0 por mil nacidos vivos (2) y el porcentaje de fallecidos en este grupo comparado con el total, es mayor al 50o/o del total de los fallecidos (2). La Mortalidad neo-natal es de 49 por 1000 nacidos vivos (2), lo cual indica un gran daño para los recién nacidos (hasta los 28 días de edad) y una deficiente atención del parto; y la tasa de mortalidad post-neonatal es de 87.10 por mil nacidos vivos, lo cual indica un daño bastante elevado, secundario a factores externos.

La tasa de mortalidad materna de 9.2 por 1000 nacidos vivos resulta sumamente elevada comparándola con la tasa de mortalidad materna del país, que es alrededor de 1.8 por 1000 nacidos vivos (2).

Las causas registradas de defunción en la niñez, son comúnmente reducibles. Entre ellas destacan la gastroenteritis, las enfermedades transmisibles y las respiratorias. No es fácil ponderar el papel de ciertas causas comprendidas en los rubros de "pre madurez" o "causas perinatales" y "Desnutrición P.C.". Este último transtorno es sin duda, una importante causa básica o asociada, aunque no bien registrada, de las defunciones infantiles.

Los factores sociales y económicos en otras palabras el reducido ingreso nacional y su distorsionada distribución entre las familias, influyen en los elevados riesgos de éstas y de madres y niños por su efecto desfavorable sobre la nutrición sobre el

nivel de los servicios obstétricos y pediátricos y sobre la educación.

Por otra parte, es evidente que la extensión de los servicios de salud materno infantil es limitada, discontinua y comúnmente de eficiencia restringida. La cobertura de embarazadas es generalmente inferior al 20o/o (4), la atención institucional del parto es inferior al 12o/o en la población de Masagua (4), la asistencia en el puerperio con frecuencia está por debajo de un 5o/o (4). Asimismo, la atención de los menores de cuatro años suele ser tardía, de escasa cobertura y de inadecuada integración. Los hechos anteriores explican, en gran medida, la debilidad de la infraestructura administrativa de los servicios de salud materno infantil; la limitación e inexistencia de una asignación definida de recursos a los programas en referencia; la limitada disponibilidad de personal profesional y auxiliar especializado y su distorsionada distribución; las dificultades existentes en comunicaciones, transporte y equipamiento.

Ha existido consenso en el propósito de reducir los riesgos de enfermar y morir que en la actualidad se comprueban en madres y niños, y en extender la cobertura de los servicios de salud materno infantil, velando al mismo tiempo por una adecuada concentración de las actividades.

2.2 Objetivos del Programa:

a) Objetivos generales:

En la Madre:

Controlar los riesgos propios del binomio madre-hijo para que el embarazo transcurra normalmente, que el parto se realice sin complicaciones y termine con el nacimiento de un niño normal y a término.

30

En el niño:

Controlar los riesgos propios del niño pre-escolar (menor de 4 años), promover que su crecimiento y nutrición transcurran dentro de los canales normales, de tal manera que su incorporación a la vida escolar lo haga con el máximo de sus potencialidades orgánicas e intelectuales.

En la Pareja:

Facilitar a las parejas que así lo deseen o evitar los embarazos no deseados, prevenir el aborto y motivarla para que lleve una vida familiar responsable.

b) Objetivos específicos:

1. Llegar a cubrir con los diferentes servicios que ofrece el programa Materno Infantil el 100o/o de la población del área.
2. Detectar y seleccionar tempranamente las madres y niños que presenten alguna evidencia de enfermedad para enviarlos a los diferentes niveles de atención según las necesidades de su caso particular.
3. Orientar y educar a las familias con el objeto de promover la salud, prevenir las enfermedades y utilizar adecuadamente los servicios de salud.
4. Inmunizar al 100o/o de la Población pre-escolar contra tétanos, tos ferina, difteria, poliomielitis, sarampión y Tuberculosis, de acuerdo a los Programas Nacionales de Vacunación.

2.3 Metas y cobertura:

2.3.1 Metas

- a. Reducción entre el 50o/o y 60o/o de las actuales tasas de mortalidad infantil para 1980.

- b. Reducción de 60o/o de las actuales tasas de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años de edad, para 1980.

- c. Reducción del 50o/o de las actuales tasas de mortalidad materna, en un período de 5 años.

2.3.2 Cobertura:

a. Cobertura de Atención Prenatal:

Actualmente la cobertura que se presenta en atención prenatal corresponde al 20o/o de las embarazadas (4). Con el presente programa, perseguimos una cobertura no menor del 60o/o inicialmente en el área rural y 100o/o en el área urbana. La cobertura para el área rural deberá ser incrementada en un 5 a 10o/o anual. La población objetivo, estará comprendida por las mujeres a quienes se le hubiese comprobado ya el embarazo. Se les darán 4 consultas prenatales, dos por la Auxiliar de Enfermería y dos por el Médico EPS, una de las cuales, será en las últimas semanas del embarazo para determinar el sitio de atención del parto y si éste será o no institucional.

b. Cobertura de Atención del Parto:

Actualmente, la atención institucional del parto es de 12o/o (4) de las embarazadas. Con el presente programa pretendemos que el 20o/o sea institucional y el resto, si no hay complicaciones, sean atendidos por comadronas con buen entrenamiento. Según las experiencias obtenidas, por cada parto el Médico EPS necesitará de 1 hora, incluyendo la atención al Recién Nacido.

De esta manera, esperamos poder cubrir el 60o/o de los partos de la población rural aumentando un 10o/o cada año, y el 100o/o de los de la población urbana; esto se debe a que habrá que hacer campañas de educación dentro de la población, lo cual no se podría hacer de manera inmediata.

c. Cobertura de atención del Post-Parto:

Actualmente la asistencia en el puerperio, con frecuencia está por debajo de un 50/o (4). Esperamos con este programa, una cobertura del 60o/o en el área rural y del 100o/o en el área urbana. Se cubrirá a las madres en su post-parto, independientemente del sitio de atención del parto. El Médico EPS dará 1 consulta por cada una de estas pacientes, haciendo en total 6 por hora.

d. Cobertura para regulación de Fecundidad:

En este programa no entraremos a considerar la cobertura de este renglón, ya que consideramos que merece un Programa aparte; por su especial interés, la cobertura y forma de desarrollo de las actividades de la planificación familiar, dependerá de una decisión política a nivel nacional.

e. Cobertura de supervisión de crecimiento y desarrollo del niño:

En la actualidad, la atención de los menores de cuatro años suele ser tardía, de escasa cobertura y de inadecuada integración. Se espera con este programa, una cobertura del 60o/o de los infantes del área rural y del 100o/o en el área urbana. Se brindarán 4 consultas a cada niño, en condiciones normales. De ellas, serán 2 consultas por el médico y dos por la Enfermera Auxiliar. Se dará especial atención a aspectos nutricionales, higiénicos y educacionales.

f. Cobertura de Morbilidad del niño:

Ameritará, generalmente, de programas separados al actual, con el concurso de todo el personal de salud.

TABLA No. 8

SUB-PROGRAMA MATERNO POBLACION URBANA. COBERTURA 100o/o

Actividad	Universo	Población Objetivo	Nombre de la Actividad	Concentración de Actividades	Denominación del Instrumento	Rendimiento	Instrumentos Horas Requeridas	Horas Disponibles	Balance	Metas de Actividad
Atención Prenatal	93	93	Consulta Prenatal	2 Consultas	Hora-Médico	6 Cons-Hora	31	2000	+1969 Horas	186 Cons
			Consulta Prenatal	2 Consultas	Hora-Enfermera	6 Cons-Hora	31	2000	+1969	186 Cons
Educación higiene y salud	93	93	Platica	1 platica-Semanal	Hora-Médico	1 Platica-Hora	48	1969	+1921	48 Plati
			Platica	1 platica-Semanal	Hora-Enfermera	1 PlaticaxHora	48	1969	+1921	48 Plati
Atención del parto	93	19	Parto institucional	1 parto	Hora-Médico	1 Parto-Hora	19	1921	+1902	19 Partos
Atención Post Natal	93	93	Consulta Post-Natal	1 Consulta	Hora-Médico	6 Cons-Hora	15	1902	+1887	93 Cons

TABLA No. 9

SUB PROGRAMA MATERNO POBLACION RURAL (60o/o COBERTURA)

Actividad	Universo	Población Objetivo	Nombre de la Actividad	Concentración de Actividades	Denominación del Instrumento	Rendimiento	Instrumentos		Balance	Metas de Actividad
							Horas Requeridas	Horas Disponibles		
Atención Prenatal	1262	757	Consulta Prenatal	2 Consultas	Hora-Médico	6 Cons-Hora	252	1887	+1635	1514 Cons
Prenatal	1262	757	Consulta Prenatal	2 Consultas	Hora-Enfermera	6 Cons-Hora	252	1921	+1669	1514 Cons
Educación	1262	757	Plática	1 Plática-Semanal	Hora-Médico	1 Pláticaxhora	48	1635	+1587	48 Plátic al A
Higiene y Salud	1262	757	Plática	1 Plática-Semanal	Hora Enfermera	1 PláticaxHora	48	1669	+1621	48 Plátic al A
Atención del Parto	1262	252	Parto Institucional	1 Parto	Hora-Médico	1 Parto-Hora	252	1587	+1335	252 Parto al A
Atención Post Natal	1262	757	Consulta Post Natal	1 Consulta	Hora-Médico	6 Cons-Hora	126	1335	+1209	757 Con tas-A

TABLA No. 10

SUB PROGRAMA INFANTIL. POBLACION URBANA (COBERTURA 100o/o)

Actividad	Universo	Población Objetivo	Nombre de la Actividad	Concentración de Actividades	Denominación del Instrumento	Rendimiento	Instrumentos		Balance	Metas de Actividad
							Horas Requeridas	Horas Disponibles		
Crecimiento y Desarrollo del Niño	374	374	Consulta Crecimiento y Desarrollo	2 Consultas-Niño	Hora-Médico	6 Cons.-Hora	125	1209	+1084	748 Cons-Año
del Niño	374	374	Consulta Crecimiento y Desarrollo	2 Consultas-Niño	Hora-Enfermera	6 Cons-Hora	125	1621	+1496	748 Cons-Año
Educación	374	374	Plática	1 Plática Cada 2 Semanas	Hora-Médico	1 Plática-Hora	24	1084	+1060	24 Pláticas-Año
Higiene y Nutrición	374	374	Plática	1 Plática Cada 2 Semanas	Hora-Enfermera	1 Plática-Hora	24	1496	+1472	24 Pláticas-Año

TABLA No. 11
SUB PROGRAMA INFANTIL POBLACION RURAL (COBERTURA 600/o)

Actividad	Universo	Población Objetivo	Nombre de la Actividad	Concentración de Actividades	Denominación del Instrumento	Rendimiento	Instrumentos		Balance	Metas de Actividad
							Horas Requeridas	Horas Disponibles		
Crecimiento y Desarrollo del Niño	5173	3104	Consulta Crecimiento y Desarrollo	2 Consultas-Niño	Hora-Médico	6 Cons-Hora	1035	1060	+15	6208 Cons-Año
			Consulta Crecimiento y Desarrollo	2 Consultas-Niño	Hora-Enfermera	6 Cons-Hora	1035	1472	+437	6208 Cons-Año
Educación	5173	3104	Plática	1 Plática Cada 2 Semanas	Hora-Médico	1 Plática-Hora	24	15	-9	24 Pláticas-Año
			Plática	1 Plática Cada 2 Semanas	Hora-Enfermera	1 Plática-Hora	24	437	+413	24 Pláticas-Año

EVALUACION DEL PROGRAMA:

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

Mediante la evaluación longitudinal, se estará evaluando a través de la evolución en la marcha del mismo, con resultados parciales (período corto de tiempo v.gr. semanales). En la evaluación vertical se analizarán anualmente los resultados de todos los componentes.

Estas evaluaciones se harán en base a indicadores previamente establecidos.

Así, para la **evaluación del contenido**, se analizarán si los aspectos técnicos y científicos se están llevando de acuerdo a las necesidades de la comunidad.

En cuanto a la **evaluación de la estructura**: Si se cuenta con el equipo humano y material planeados para la elaboración del programa. Se evaluará si estos recursos están siendo correctamente utilizados a través de las horas que se ha planeado y sean dedicados a cada unidad.

EVALUACION POR LA COMUNIDAD:

Es totalmente importante conocer la opinión de la comunidad hacia el programa. En primer lugar, es un derecho que tiene el paciente, de opinar acerca del trabajo que CON EL, se está haciendo, en segundo lugar, es muy importante para el médico conocer esa opinión para modificar o no el programa. Es conveniente que por medio de líderes comunales se indague acerca de esta opinión.

EVALUACION INTERNA: (eficacia del programa):

Aquí se evaluará el grado de rendimiento o eficacia que tuvo y tiene el programa.

Los parámetros a evaluar serán:

- a) Comparar la cobertura obtenida con la propuesta al inicio del programa.
- b) Comparar las metas con las propuestas al inicio del programa.
- c) Comparar los objetivos planeados y los alcanzados al final del programa.

EVALUACION EXTERNA:

Aquí es muy importante, como se dijo al inicio de la evaluación, la opinión que la comunidad tiene del programa.

La evaluación de la comunidad, debe también comprender los alcances que para ellos tiene el programa, así como también los cambios cualitativos y cuantitativos logrados, éstos últimos, tomando como parámetros las modificaciones a la morbomortalidad de la población.

X. CONCLUSIONES:

1. El 64.11o/o de las defunciones totales, durante 1974 en Masagua, Escuintla, ocurrieron en niños de 0 a 4 años de edad.
2. La población rural del área estudiada es notoriamente superior a la urbana (28, 038 vrs. 2, 060-, estando este primer grupo aún más descubierto en cuando a programas de salud, promoción de cultura y educación.
3. La población menor de 15 años es la que ocupa la mayor parte de la totalidad de la Población. (50.94o/o).
4. Las principales causas de morbilidad en menores de 1 año, fueron debidas a problemas respiratorio y del tracto gastrointestinal.
5. En cuanto a las causas de mortalidad general en el Municipio, éstas fueron esencialmente problemas gastro-intestinales (23.7o/o del total).
6. El Material y los recursos físicos con que se cuenta en la actualidad en el Centro de Salud tipo "C" de Masagua, son suficientes para la implantación del Programa de Atención maternoinfantil.
7. El personal natural de Salud, carece de conocimientos suficientes para la realización de su trabajo.
8. La cobertura actual, en el renglón Salud, de la población es notablemente deficiente.
9. Se presenta un Programa de Atención Materno-Infantil con cobertura inicial de 60o/o de la población materno-infantil rural, y de 100o/o de la urbana.

- 40
10. Los recursos humanos, principalmente en lo que se refiere a Médicos, son INSUFICIENTES para la implantación del programa, pues un sólo Médico laboraría más de las horas asignadas.
 11. Con la cobertura fijada, el programa no es factible.

41

XI. RECOMENDACIONES:

- 1) Es imprescindible aumentar a dos médicos EPS, en el municipio, ya que sólo así lograrían cubrirse las metas propuestas, considerando, sobre todo, que solo se dará cobertura al 60o/o de la población rural, y que esta cobertura no es conveniente disminuirla.
- 2) Formular una política intersectorial de protección a la familia, la maternidad y la infancia, en la que se incluyan aspectos relacionados con disposiciones que garanticen sus derechos cívicos y reglamentaciones que aseguren su protección económico-laboral; la promoción en la niñez y en la juventud de actividades de recreación, educación y orientación vocacional y en la que se considere la ejecución de actividades programadas de salud materno-infantil y bienestar familiar.
- 3) Fortalecer en las organizaciones nacionales de Salud, técnicas responsables del desarrollo de las actividades de salud materno-infantil y bienestar familiar.
- 4) Ejecutar el programa como un todo continuo, en el que se incluyan las diversas actividades de protección de la familia y en especial de la madre y el niño; orientación hacia la vida familiar, en particular en la adolescencia; atención de las enfermedades ginecológicas, incluyendo las venéreas; diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del cáncer cervicouterino y el cáncer de la mama; atención médica integral durante la gestación, tanto de la madre como del feto; atención en el parto y en el puerperio; control del recién nacido y del niño durante todas las etapas de su vida, con énfasis en el primer año.
- 5) Reducir los riesgos de enfermar y morir a que está expuestos en la actualidad, madres y niños, y extender la cobertura de los servicios de salud materno-infantil.

- 6) Al inicio del presente programa, lograr una cobertura del 60o/o para la población rural y 100o/o para la población urbana, con un incremento del 10o/o anual, en el primero de esos grupos.
- 7) Adoptar sistemas de regionalización de servicios, en los que se contemple fundamentalmente el trabajo en equipo multidisciplinario, incluyendo parteras empíricas y la delagación de funciones, con adiestramiento y supervisión adecuados.
- 8) Formular sub-programas por daños específicos, en el ámbito de los programas de salud materno-infantil, cuando la magnitud de los problemas y las características locales y/o regionales lo requieran (por ejemplo: control de diarreas infantiles, enfermedades respiratorias, cáncer cervicouterino, etc.).
- 9) Estimular en el país la producción de medicamentos, materiales y equipos para la atención de salud materno-infantil.
- 10) Promover la creación y expansión de cursos regionales y subregionales para el adiestramiento del personal que participa en la dirección de los programas y en la administración de los servicios de salud materno-infantil y bienestar familiar.
- 11) Establecer la producción, divulgación e intercambio de normas técnicas de atención materno-infantil.
- 12) Promover la formación del personal profesional y auxiliar correspondiente, basándose en un sistema en que se asegure el adiestramiento contínuo.
- 13) Facilitar el establecimiento de un eficiente sistema de supervisión que se apoya en un proceso evolutivo racional.

- 14). Promover en cada etapa del programa la participación activa de la comunidad.
- 15) Utilizar al máximo posible los recursos locales.

XII. BIBLIOGRAFIA:

1. Organización Panamericana de la Salud, "Plan decenal de Salud para las Américas, Santiago de Chile 1973, p.p. 9-42.
2. De la Rosa Sánchez Juan Francisco Dr., "Diagnóstico de Salud del Municipio de Masagua, Escuintla", Guatemala, Julio de 1974, p.p. 14-18.
3. Rosselot Vicuña Jorge Dr., "La organización Panamericana de la Salud y los programas de salud Materno-Infantil y Bienestar Familiar en Latino América y El Caribe", México 1975 p.p. 45-51, 87-88.
4. Anleu Amílcar Dr., "Diagnóstico de Salud Materno Infantil en el Municipio de Masagua, Escuintla", Guatemala Julio 1975 p.p.
5. Aldana Siguí Fredy Augusto Dr., "Sobre la Mortalidad en el Municipio de Masagua, Departamento de Escuintla", Guatemala Marzo de 1975. p.p. 9-14.
6. Organización Panamericana de la Salud-Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá. "Seminario sobre nuevas tendencias para el diagnóstico y tratamiento del Síndrome diarreico en Centro América y Panamá", s.f. p.p. 3-26.
7. Del Valle Universidad. "Programa de Atención Médica, subprograma Materno-Infantil", Cali, Colombia 1972 p.p. 1-43.
8. Servicio Nacional de Salud. "Salud Materno-Infantil y Bienestar Familiar, proposiciones de cambios y Estrategia de Salud para la década 1971-1980". Chile 1973, p.p. 13-33.

- 40
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Unidad sectorial de Planificación de Salud. "República de Guatemala, Departamento de Escuintla, Población calculada años 1972-1980". Guatemala, 1972 p p. 33 .

47

XIII. ANEXOS

ANEXO NO. 1 EVALUACION CUALITATIVA

1. Grupo Materno:

a) Con qué enfermedad se puede complicar el embarazo?

Entidad	Número de Respuestas:
Anemia	6
Paludismo	3
Edemas	5
Mareos	4
Catarro	1

b) ¿Cuales son las complicaciones más frecuentes del parto?

Vahídos	7
Falta de apetito	7
Desganadas	5
Cóleras (Nerviosas)	3

c) ¿De qué se enferman más las señoras despues del parto?

Fiebre	9
Hemorragias vaginales	8
Cólicos	8
Anemias	9
Desnutrición	1

d) ¿Porqué nacen niños pequeños?

Desnutrición materna	10
Madre y/o padre enfermos	2
No respondieron	2

e) ¿Qué le recomiendan que coma la madre cuando está embarazada?

Incaparina	7
Alimentos Balanceados	5
Pollo	1
Atoles	4
Jugos	4

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

Lactancia materna	7
Aseo personal	2
Bañar a los niños	3
No respondieron	2

g) ¿Qué les recomienda a la madre que haga para el cuidado del niño, después del primer mes hasta el año de edad?

Darle alimentación balanceada	1
Tener una hora fija para alimentación del niño	2
Exclusivamente alimentación materna	7

h) ¿Qué le recomienda a la madre que haga para el cuidado del niño de 1 a 4 años?

Higiene personal	4
Buena alimentación	5
Armonía en el Hogar	1
Buena educación	1
A esa edad ya no los visita	1

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

6 meses	3
1 año	5
1 1/2 años	2

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

4 meses	1
6 meses	7
1 año	1
1 1/2 años	1

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

1 1/2 años	5
1 año	5

l) ¿De qué se enferman más frecuentemente las mujeres de 15 a 44 años cuando no están embarazadas?

Menstruación (menarquía o menopausia)	6
Hemorragias y flujos vaginales	3
Gripes	1

Grupo Infantil, pre-escolar y escolar:

a) ¿De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los niños de 0 a 28 días?

Diareas	8
Problemas Respiratorios	1
Calenturas	2
Defectos hereditarios	1

b) ¿De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los niños desde el 2o. mes hasta cumplir el primer año?

Diarreas	8
Problemas Respiratorios	2
Calenturas	3
Varios	1

c) ¿De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los niños de 1 a 4 años de edad?

Descuidos maternos	3
Desnutrición	6
Diarreas	4
Tuberculosis	1
Anemia	6
No atiende niños de esa edad	2

d) ¿De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los niños de 5 a 9 años?

Tétanos	1
Paludismo	4
Aparato digestivo	8
Parásitos	9
Falta de apetito	1
Desnutrición	9
Anemia	1

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

Del desarrollo	7
Diarreas	3
Trabajo excesivo	2
Amebas	1
Accidentes	3
Falta de comprensión	1

3. ¿Problemas de Salud Generales de la Población?

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

Del desarrollo	3
Tifoidea	6
Difteria	1

Sífilis	1
Blenorragia	1
Exceso de trabajo	6
Accidentes	5

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

Problemas respiratorios (disnea principalmente)	8
Menopausia (Mujeres)	4
Parálisis	1
Enfermedades del hígado	4
Enfermedades Apto. Urinario	4
Derrame cerebral	3

c) Problemas específicos:

Tuberculosis:	Sí	No
Conoce la tuberculosis	10	
Se pega	8	2
Se cura	9	1
Hay vacuna	6	4
Qué la produce...		
Mal cuidado personal	8	
Bacilo Koch	1	
por el aire	1	

Malaria	Sí	No
Conoce la malaria	10	0
Se pega	9	1
Se cura	10	0
Hay vacuna	6	4
Qué la produce...		

mal cuidado personal	2	
Cómo se contrae...		
Por insectos	8	
Aguas negras	1	

g) ¿Los problemas del parto cómo los conoce o diagnóstica? Cuando el niño viene en posición

que no es de cabeza 7
 Cuando el niño tiene dificultad en ser expulsado 2

Análisis de los resultados anteriores:

Tal como puede observarse en las respuestas anteriormente dadas, hay mala preparación en el personal natural de salud. En algunos casos, incluso, se desconoce totalmente aspectos ligados a las entidades patológicas cuestionadas.

Uno de los principales contratiempos para el aprendizaje en estas personas es su analfabetismo, ya que sí tienen la buena voluntad y el deseo de aprender.

ANEXO No. 2 ANALISIS DE MEDICINAS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

Nombre de Medicinas y Materiales	Cantidad Recibida en Cada Trimestre (Unidades)				Costo Unitario Promedio	Existencias Actuales (Unidades)
	1er. Trim.	2o. Trim.	3er. Trim.	4o. Trim.		
Antihelmintico	1 Galón	1 Galón	1 Galón	1 Galón	4.20	1/2 Galón
Aspirina Adultos	1000 Tab.	500 Tab.	1000 Tab.	1000 Tab.	2.80	750 Tab
Aspirina Niños	1000 Tab.	1000 Tab.	1000 Tab.	1000 Tab.	2.80	600 Tab
Agua Tridestilada (50 cc)	4 Fcos	2 Fcos	4 Fcos	5 Fcos	0.56	4 Fcos
Alcohol Colorado	4 Ltos	4 Ltos	1 Ltos	3 Ltos	3.48	1.5 Ltos
Antidarreico	1 Galón	2 Galones	2 Galones	1 Galón	7.13	1/2 Galón
Anestesiin	2 Fcos	2 Fcos	2 Fcos	2 Fcos	0.50	3 Fcos
Antigripales	500 Tab	500 Tab	500 Tab	250 Tab	0.01	300 Tab
Agua Oxigenada	4 Fcos	4 Fcos	3 Fcos	4 Fcos	0.19	2 Fcos
Adeflor	1000 Grazeas	1000 Grazeas	1000 Grazeas	1000 Grazeas	0.02	625 grazeas
Antiásido Maalox	20 Fcos	15 Fcos	10 Fcos	10 Fcos	0.48	0 Fcos

ANALISIS DE MEDICINAS Y MATERIALES MEDICO QUIRURGICO

INSTRUMENTO 1-C

Nombre de Medicinas y Materiales	Cantidad Recibida en Cada Trimestre (Unidades)				Costo Unitario Promedio	Existencias Actuales (Unidades)
	1er. Trim.	2o. Trim.	3er. Trim.	4o. Trim.		
Mercurio Cromo (Fcos 500 cc)	1 Fco	1 Fco	0 Fcos	1 Fco	0.94	0 Fcos
Quemicitina	100 Caps	50 caps	50 Caps	100 Caps	0.02	100 Caps
Diyodohidroxiquin Adultos	1000 Tab	1000 Tab	500 Tab	500 Tab	0.01	350 Tab
Córizol al 1o/o	6 Fcos	6 Fcos	6 Fcos	6 Fcos	0.32	3 Fcos
Estreptomocina Sulfato	10 Fcos	5 Fcos	10 Fcos	10 Fcos	0.32	3 Fcos
Extracto de Hígado de 10 cc	25 Fcos	25 Fcos	25 Fcos	15 Fcos	0.34	8 Fcos
Elixir Paregórico de 100 cc	2 Fcos	1 Fco	2 Fcos	2 Fcos	0.75	2 Fcos
Gluconato de Calcio	12 Amp	10 Amp	10 Amp	-----	0.10	8 Amp
Hostasilina de 4,000,000 unidades	30 Fcos	30 Fcos	20 Fcos	20 Fcos	0.28	1 Fco
Meprobamato	100 Tab	50 Tab	100 Tab	50 Tab	0.06	75 Tab
Neomelubrina Ampollas	30 Amp	20 Amp	20 Amp	20 Amp	0.06	10 Amp

ANALISIS DE MEDICINA Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

INSTRUMENTO 1-C

Nombre de Medicinas y Materiales	Cantidad Recibida en Cada Trimestre (Unidades)				Costo Unitario Promedio	Existencias Actuales (Unidades)
	1er. Trim.	2o. Trim.	3er. Trim.	4o. Trim.		
Posolón Expectorante	3 Galones	2 Galones	1 Galón	2 Galones	3.68	1 Galón
Sulfadiazina	1000 Tab	500 Tab	500 Tab	1000 Tab	0.01	750 Tab
Tintura de Belladona (500 cc)	1 Fco	0 Fcos	0 Fcos	1 Fco	1.00	1 Fco
Violeta de Genciana (250 cc)	1 Fco	1 Fco	1 Fco	1 Fco	0.55	2 Fcos
Tiamina de 10 cc	20 Fcos	20 Fcos	15 Fcos	15 Fcos	0.25	8 Fcos
Yodocloro Hidroxiquin Niños	500 Tab	500 Tab	500 Tab	500 Tab	0.01	250 Tab
Algodón Absorbente	2 Libras	1 Libra	1 Libra	2 Libras	0.90	1 Libra
Esparadrapo 1 x 10"	4 Rollos	4 Rollos	4 Rollos	4 Rollos	0.67	2 Rollos
Baja Lengua (caja de 500 cc)	1 caja	1 caja	1 caja	1 caja	4.95	1/25 caja
Jeringas hipodérmicas (10 cc)	3 Jeringas	3 Jeringas	3 Jeringas	0 jeringas	1.10	7 Jeringas
Agujas Hipodérmicas	3 Docenas	1 docena	1 docena	1 docena	0.06	5 Docenas

Br. GUILLERMO ZEA FLORES

Dr. ANGEL F. SANCHEZ VIESCA
Asesor

Dr. CARLOS WALDHEIM
Revisor

Dr. JULIO DE LEON
Director de Fase III

Dr. MARIANO GUERRERO
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. CARLOS ARMANDO SOTO
Decano