

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"PROGRAMA MATERNO-INFANTIL PARA LA  
ALDEA SAN ANTONIO LAS FLORES, CHINAUTLA"

RAFAEL ROBERTO MIJANGOS MOLINA

GUATEMALA, MAYO DE 1977

## CONTENIDO

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIONES
- III. OBJETIVOS
- IV. HIPOTESIS
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. PRESENTACION DE RESULTADOS
  - A. DIAGNOSTICO:
    - A.1. Descripción del Área
    - A.2. Nivel de Salud de la Población
  - B. FACTORES CONDICIONANTES:
    - B.1. Población
    - B.2. Agentes
    - B.3. Ambiente
    - B.4. Factores Sociales
    - B.5. Economía
  - C. POLITICA DE SALUD
    - C.1 Evaluación Cualitativa y Análisis de:
      - Recursos humanos, naturales e institucionales.
      - Recursos físicos, equipo médico-quirúrgico y

de oficina; medicinas y material médico-quirúrgico.

#### C.2. Recursos de Atención de Salud que se disponen.

### VII. INTERPRETACION

### VIII. PROGRAMAS DE SALUD

- D.1. Sub-Programa Materno
- D.2. Sub-Programa Post-Natal
- D.3. Sub-Programa Infantil
- D.4. Programa de Atención Médica General
- D.5. Programa de Inmunizaciones
- D.6. Programa de Organización Comunal
- D.7. Programa de Vigilancia Epidemiológica y Saneamiento Básico
- D.8. Evaluación de los Programas

### IX. CONCLUSIONES

### X. RECOMENDACIONES

### XI. BIBLIOGRAFIA

### XII. ANEXO

## I. INTRODUCCION:

Al tener experiencia sobre la problemática de salud en la Aldea San Antonio Las Flores y conociendo la falta de un programa adecuado en el cual se puedan utilizar los recursos reales tanto humanos como materiales, agregándose la participación de la comunidad en forma activa en su problemática de salud, se efectuó el siguiente programa para una atención al grupo Materno Infantil adecuado, en el cual no sólo se contemplan sus bases en las condiciones de la Aldea, sino que le ofrece a la misma una atención mejor planificada y por otra parte al Ministerio de Salud y Asistencia Social, un programa con mucha factibilidad de llevarse a cabo, para si lograr la meta que tanto se aspira de resolver la problemática a nivel del grupo materno-infantil disminuyendo la alta morbi-mortalidad a dicho nivel.

## II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIONES:

Con anterioridad no existe ningún estudio sobre la Aldea San Antonio Las Flores y por ser el primer E.P.S. que labora en bien de la comunidad, se estructura el presente programa materno-infantil, como medio de resolver en parte la alta morbi-mortalidad a dicho nivel; además quiero justificar la norma que aparece en los programas establecidos en la presente tesis de que un médico es capaz de atender a cuatro pacientes por hora y no seis por hora como lo requieren los programas de salud oficiales ya que considero es un período insuficiente para proporcionar un máximo y mejor rendimiento en que se desenvuelve y conoce. Dicho programa sería puesto en marcha por un médico E.P.S. por no existir médico graduado.

### III. OBJETIVOS:

- 1.- Contribuir a mejorar la situación actual de salud de San Antonio Las Flores.
- 2.- Crear las medidas necesarias que encaminen a mejorar la situación de salud de la población, haciendo participar en forma activa a la misma para resolver los problemas que a este respecto se presenten.

#### IV. HIPOTESIS:

Considero que es factible ejecutar un programa de atención médica, principalmente a nivel del grupo materno-infantil, si se efectúa una racional utilización de los recursos con que se cuenta para cubrir el 100% del grupo mencionado.

#### V. MATERIAL Y METODOS:

Para realizar el presente trabajo se revisó:

- 1.- Protocolo de trabajo de investigación, Práctica E.P.S. - Rural 2o. semestre 1975, Facultad de Medicina.
- 2.- Diagnóstico de la situación de salud del municipio de Chiautla Ministerio de Salud Pública-Facultad de Medicina 1973 (datos poco confiables).
- 3.- Registro de morbilidad y mortalidad, Enero a Diciembre - 1976.  
Dirección General de Servicios de Salud. Archivo Puesto de Salud San Antonio Las Flores.

#### METODOLOGIA:

- 1.- Simplificada del método OPS-CENDES.

## VI. PRESENTACION DE RESULTADOS

### A. DIAGNOSTICO:

#### A.1. DESCRIPCION DEL AREA:

La Aldea San Antonio Las Flores, pertenece al municipio de Chinautla; situada a una altura de 1640 pies sobre el nivel del mar, colinda al norte con la Aldea San Rafael Las Flores del mismo municipio y el municipio de Churrانcho, al Este con la Aldea San José Nacahuil y Aldea Tres Sabanas; al Sur con la cabecera municipal Chinautla; al Oeste con San Raymundo. Está situada en el kilómetro #18 de la ruta departamental #4. Cuenta con un área de 31 caballerías, 25 manzanas y 8807 varas cuadradas.

Características Físicas: San Antonio Las Flores posee un clima templado, los cambios de temperatura están asociados a un invierno benigno; el carácter del clima es húmedo su vegetación natural característica es bosques, zonas de vida vegetal sub-tropical seca. Temperatura media anual es de 18°C. Complejo montañoso, plegado y fallado, el suelo desarrollado sobre cenizas volcánicas, a elevación mediada rocas plutónicas sin dividir, incluye granito y diosita de edad pre-pérnico, cretacico y terciario, tipo de suelo franco-arcilloso, alta susceptibilidad a la erosión. Cuenta con cuatro cantones, dos caseríos que en su orden son Cantón El Centro, Cantón Las Vacas, Cantón Zapote, Cantón Los Ruches, Caseríos Morales y Ranchos Viejos; de los cerros bajan los ríos: Los Ruches, Quinicuil, las Sidras y el de los Choc que se unen al de las vacas; los ríos San Pedro y la Tuna que llegan al Za-

pote y el riachuelo las Gavias que va al de Quezada.

#### A.2. NIVEL DE SALUD DE LA POBLACION:

Para poder medir este parámetro lo haremos en base a los daños que produce la salud colectiva, siendo estos la morbi-mortalidad. Para investigar la morbilidad se analizaron 12 meses de consulta atendida durante el año 1975 en el centro de salud de San Antonio Las Flores como puede verse en el Cuadro No. 1. En lo referente a la mortalidad, se utilizó el análisis retrospectivo de los fallecimientos ocurridos durante el año de 1975, como puede verse en el Cuadro No. 2.

## CUADRO No. 1

ANALISIS DE MORBILIDAD GENERAL POR CAUSA Y GRUPOS DE EDAD  
 ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD DE SAN ANTONIO LAS FLORES  
 DURANTE 1976

CODIGO CAUSA	TOTAL	% TOTAL	días													
			0-364	1-4	5-9	10-14	15-44	45/	%	0-364	1-4	5-9	10-14	15-44	45/	%
09	212	22.14	21	2.27	70	7.30	34	3.54	14	1.66	46	4.80	27	2.81		
13	110	11.20	18	1.97	65	6.78	11	1.14	5	0.5	6	0.6	5	0.5		
05	75	8.0	7	0.7	26	2.72	22	2.59	5	0.5	8	0.8	7	0.7		
23	48	5.0	9	0.9	11	1.2	6	0.6	7	0.7	17	1.7	5	0.5		
07	48	5.0	2	0.2	7	0.7	3	0.3	1	0.1	6	0.6	2	0.2		
22	46	4.8	2	0.2	8	0.8	6	0.6	5	0.5	23	2.3	2	0.2		
40	38	3.9	7	0.7	22	2.3	1	0.1	2	0.2	2	0.2	4	0.4		
19	33	3.54	0	0	1	0.1	5	0.5	3	0.3	17	1.7	7	0.7		
20	33	3.54	2	0.2	15	1.5	6	0.6	5	0.5	2	0.2	3	0.3		
17	28	2.92	0		0	0	0	0	1	0.1	23	2.3	0	0		
Demás Causas	287	29.96	18	1.8	62	6.4	33	3.3	20	2.13	113	11.7	51	5.3		
TOTAL	958	100	86	8.97	287	29.95	127	13.55	70	7.63	264	26.90	115			

## CUADRO N°. 2

DEFUNCIONES POR CAUSA Y EDAD EN LA  
ALDEA SAN ANTONIO LAS FLORES  
DURANTE EL AÑO 1976

CODIGO	días - 29	días 29-364	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45/	%	TOTAL	
0-1		2	3									2	50.02	7	
03				1									7.14	1	
09					1								7.14	1	
06	1												7.14	1	
07	1												7.14	1	
08											1		7.14	1	
10											1		7.14	1	
05	1												7.14	1	
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>								1		<b>3</b>	<b>100</b>	<b>14</b>

B. FACTORES CONDICIONANTES:

B.1. POBLACION:

Los datos de población fueron obtenidos por medio del censo post-terremoto, efectuado por el autor durante el mes de mayo de 1976, cuya distribución por grupos de edad se representa en el cuadro No. 3.

CUADRO No.3

POBLACION DE SAN ANTONIO LAS FLORES  
POR GRUPOS DE EDAD

EDAD	SEXO masc.	%	SEXO femen.	%	Población total	%
Menores de 1 año	27	2.03	26	1.97	54	4.00
1 a 4 años	94	7.03	87	6.59	183	13.62
5 a 14 años	196	14.60	185	13.72	882	28.42
15 a 44 años	272	20.30	284	21.19	557	41.49
45 años y más	84	6.29	84	6.28	167	12.47
TOTAL		1343				100.00

B.2. AGENTE:

En este aspecto San Antonio Las Flores es afectado por las aguas negras que atraviesan dicha al-

dea, ya que el río de Las Vacas es afluente de los drenajes de la capital, creando el mismo problema de insalubridad de su cabecera municipal como puede observarse más adelante en los cuadros No.4 y 4a. Los análisis del agua de la aldea son ilustrativos.

### B.3. AMBIENTE:

Físico: El poblado se encuentra a 1640 pies sobre el nivel del mar, el clima es templado, la temperatura media normal es de 18°C., la precipitación fluvial es de 1079.7 mm.

Vivienda: En San Antonio Las Flores encontramos actualmente de 95 a 98% de las casas están construidas principalmente de madera y lámina de zinc, con piso de tierra en su mayoría; algunos que fueron aprovechados de las casas matrices son de cemento o ladrillo poseen piso; un solo cuarto y la mayoría el 60.5% tiene para alumbrarse lámparas de gas.

Disposición de Basura: La basura es depositada por un 95% de las familias en aboneras sin procesamiento, al igual que las excretas a flor de tierra, ya que solamente el 16.5% tiene letrinas.

Fuentes de Agua: La principal fuente de obtención de agua está dada por un depósito de captación localizado a más o menos 4 kilómetros del Noreste de la aldea. De esta manera es conducida y distribuida en chorros públicos. El 4.6% posee agua entubada domiciliaria o sean 11 familias únicamente. Las condiciones de la misma se pueden observar en el Cuadro No. 4.

Medios de Comunicación Colectiva: Actualmente se enfrenta el problema de comunicación de transporte debido a que la ruta departamental No.4 se encuentra totalmente bloqueada lo que representa un verdadero problema en el desarrollo socio-económico de la aldea, bloqueo que se constituye en el tramo carretero a nivel de la cabecera municipal de Chinautla, que desde el mes de mayo de 1976, dicho tramo carretero, no ha sido restituido lo que viene a representar un problema más que influye en el desarrollo normal de la población; además no se cuenta con servicios de telégrafos ni teléfono, haciéndose llegar la correspondencia por regidores y auxiliares que transitan a pie hacia la aldea, llegando como consecuencia toda correspondencia con retraso; para lo cual sería conveniente formar conciencia en el Ministerio de Comunicaciones para resolver el problema de comunicación que adolece dicha aldea para proporcionar mejores medios comunicativos.

A continuación se reproducen los Cuadros #4 y 4a mencionados anteriormente.

## EXAMEN BACTERIOLOGICO

## 1 DATOS DEL AGUA

Fuente ... Sistema de abastecimiento (tuberia) ...  
 Sitio ... Ilens cultivos Publicos (Arrijo)  
 Poblac. o ciudad ... Aldea San Antonio Las Flores  
 Municipio ... Chinantla ... Departamento ... Chamula  
 Persona que tomó la muestra ... Mario López Rojas  
 Condiciones de transporte al laboratorio ... Aislante  
 Fecha de captación de la muestra ... 12 de Abril ... Hora 11:45'  
 Fecha de entrega al Laboratorio ... 13 de Abril ... Hora 14:30'  
 Fecha en que se principió el examen ... 12 de Abril ... Hora 15:15'

## 2 CARACTERES GENERALES

Color ... Clara ... Color ... --  
 Aspecto ... Caja ... Subst. Suspensión ... Sf ... Sedimenta ... Sf

## 3 NUMERACION TOTAL DE CERMEÑOS

a) Siembras en gelosa, incubación 24 horas a 37° C

Cantidad sombrada	1.00 cc	1.00 cc	1.00 cc	0.10 cc	0.01 cc	0
No. de colonias desarrolladas						

b) Siembras en gelosa, incubación 48 horas a temp. ambiente.

Cantidad sombrada	1.00 cc	1.00 cc	1.00 cc	0.10 cc	0.01 cc	0
No. de colonias desarrolladas						

RESULTADO: No. de bacterias por cc. Inmunes  
 Bact. Cromogenas ... Sf ... No  
 Hongos ... No  
 Pseudomonas ... No

## 4 INVESTIGACION DE COLOFACILLO

(GRUPO COLI-AEROGENOS)

a) Prueba de presunción: caldo lactosado, incub. 48 horas a 37° C

Cantidad sombrada	Formación de gas					
	10.0 cc	1.0 cc	0.1 cc	0.01 cc	0.001 cc	0
10.0 cc	-	-	-	-	-	-
1.0 cc	-	-	-	-	-	-
0.1 cc	-	-	-	-	-	-
0.01 cc	-	-	-	-	-	-
0.001 cc	-	-	-	-	-	-

b) Prueba de confirmación: P.D.S.-T.I.V.A. -

RESULTADO: No. de colifacilos por 10 cc. 0.47 -

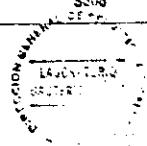
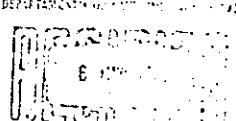
## 5 CONCLUSIONES

Desde el punto de vista bacteriológico esta agua es

Jefe del Laboratorio

M A L A -

OBSERVACIONES: No se observaron signos de contaminación por parte de los depósitos que se realizó en el laboratorio.



**EXAMEN BACTERIOLOGICO****1 DATOS DEL AGUA**

Fuente Agua Pública ( tubería )  
 Sitio Casa Particular ( rifo )  
 Poblac. o ciudad San Antonio Las Flores  
 Municipio Chimaltenango Departamento Guatemala  
 Persona que tomó la muestra Luis Vives Ruiz  
 Condición de transporte al Laboratorio Transporte en envase  
 Fecha de captación de la muestra 12 de Abril Hora 11:30  
 Fecha de entrega al Laboratorio 12 de Abril Hora 14:30  
 Fecha en que se principió el examen 12 de Abril Hora 15 hrs.

**2 CARACTERES GENERALES**

Color Claro Sabo - Olor -  
 Aspecto Líquido Suspensión Sedimentada

**3 NUMERACION TOTAL DE CÉRVECIMOS**

a) Siembras en gelosa, incubación 24 horas a 37°C

Cantidad sembrada	100 cc	1.00 cc	1.00 cc	0.10 cc	0.01 cc
No. de colonias desarrolladas			Innum	Innum	

b) Siembras en gelosa, incubación 48 horas a temperatura ambiente.

Cantidad sembrada	100 cc	1.00 cc	1.00 cc	0.10 cc	0.01 cc
No. de colonias desarrolladas			Innum	Innum	

RESULTADO: No. de bacterias por cc.....

Bact. Gramnegativas.....

Mongos.....

Pseudomonas.....

**4 INVESTIGACION DE COLICACIO**

(GRUPO COLICRUCIGENOS)

a) Prueba de presunción: caldo lactosado, Incub. 48 horas a 37°C

Cantidad sembrada	Formación de gas					
	10.0 cc	1.0 cc	0.1 cc	0.01 cc	0.001 cc	-
10.0 cc	+	+	-	-	-	-
1.0 cc	-	-	-	-	-	-
0.1 cc	-	-	-	-	-	-
0.01 cc	-	-	-	-	-	-
0.001 cc	-	-	-	-	-	-

b) Prueba de confirmación.....

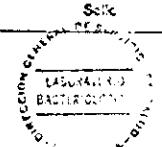
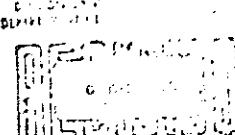
RESULTADO: No. de colibacilos por 10 cc.....

**5 CONCLUSIONES**

Desde el punto de vista bacteriológico esta agua es.....

M A L A .

Jefe del Laboratorio.....

**OBSERVACIONES:**

Sello de la Oficina de Salud Pública

Lugar de análisis

BACTERIOLOGICO

Por acuerdo del 29 de septiembre de 1939 San Antonio Las Flores es segregado del Municipio de San Pedro Ayampuc y se adosa al municipio de Chiautla.

#### Educación en Salud:

Tiempo atrás los habitantes de la aldea estuvieron en contacto con autoridades en salud y educación, durante los siglos XVIII y XIX. Como toda población que mayoritariamente es indígena tiende a ser conservadora en cuanto a sus costumbres las cuales se trasmitten de generación en generación sin que se verifiquen cambios significativos.

La enfermedad ha sido para la mayoría de dichos habitantes algo que puede presentarse en cualquier etapa de la vida, en cualquier persona que sea, se piensa que es un mandato de Dios y según las creencias el tipo de asistencia que se reciba no va a variar en nada el cuadro, el cual continúa con un mismo curso o bien hacia la remisión o hacia la muerte, ya que únicamente Dios decide sobre ellos, si va a morir, el médico no podrá salvarlo ni importando que medicina sea la que utilice, si va a vivir unos días más tampoco es necesario el médico de donde "Dios decide de acuerdo a sus necesidades" premisa bajo la cual es inconcebible que la vacunación o tratamiento médico pueda cambiar el curso de cualquier enfermedad.

#### B.5. ECONOMIA

La economía de la aldea es eminentemente agrícola, los productos mayoritarios son maíz, frijol, chuisquill, los cuales forman como base la alimentación de los habitantes, el ingreso anual per cápita es de Q.402.40,

funcionan en la aldea pequeñas industrias como: lecheras, materiales de construcción los cuales no tienen consumo interno sino son transportados a la capital para una mejor remuneración; la mano de obra es difícil de lograr en la aldea ya que la emigración hacia fábricas fuertes en la capital consumen un 50% de la fuerza de trabajo.

En cuanto a la tenencia de la tierra predomina el minifundismo en donde el 55.8% de familias son propietarios, 16.2% arrendantes 27.9% no dan información; de los poseedores 75% poseen microfincas (menores de 1 manzana) solo 24% poseen fincas sub-familiares (1 a 9.9 manzanas) solamente 1% posee finca familiar (10 a 65 manzanas).

#### C. POLITICA DE SALUD:

Una de las realidades más importantes (con que se encuentra) al dirigir un centro o puesto de salud es que nos encontramos con la falta de planificación, el ser médico dentro de la comunidad, como elemento de cambios se tiene en la obligación de efectuar programaciones acordes a la realidad de la comunidad en que se desenvuelve, sin circunscribirse a sistemas extranjeros. En cada comunidad se debe de planificar inicialmente de acuerdo a los recursos que la misma posee para resolver problemas concretos, tratándose por todos los medios posibles que dichas planificaciones sean puestas en práctica para beneficio de la comunidad.

De acuerdo a lo anterior se procedió a:

Analizar la demanda por morbilidad durante el año de 1976, clasificando las diez principales causas de morbilidad y los recursos con que se contaron (equipo médico quirúrgico, in-

ventario sobre los medicamentos, mobiliario y personal disponible durante el año) para proyectar la demanda durante el año 1977 y cuantificar así la capacidad local para llevar a cabo la programación.

Se analizó las 10 principales causas de morbilidad por consulta durante el año 1986 y se relacionaron con los medicamentos básicos necesarios y los disponibles para la terapia específica, lo cual se logró revisando los pedidos trimestrales enviados durante el mismo año.

Los cuadros números 6, 7 y 8 ilustran parcialmente la política de salud actual.

**CUADRO No. 4**  
**ANALISIS DE LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD**  
**EN RELACION A LOS RECURSOS DISPONIBLES**

CAUSAS Principales	Medicamento Básico	Disponible	No Disponible	Recurso Anual
I.R.S.	ASA adulto e infantil espectorante, efedrina antígrupal	ASA adulto e infantil, espectorante, efedrina antígrupal		ASA 0.2 y 0.5 grs. 5000 tab. Efedrina 30 fcos. antígripales 1000 tab.
GECA ECA	Parasimpaticolíticos electrolitos antihelminticos, ampicilina cloramfenicol, sulfas	Parasimpaticolíticos, Electrolitos, sulfas, antiarréficos ampicilina, cloramfenicol	Ampicilina, Cloranfenicol, susp. pediátrica, soluciones IV KCl, antihelminticos	E. paregórico 7 fcos. Belladona 4 litros, ampicilina cloramfenicol 350 caps.
Parasitarias	Piperazina, pamoato de pirantel	Piperazina	Pamoato de Pirantel	Piperazina 3 galones
Enfermedades de la piel	Benzan, antimicóticos penicilina, procaina - antihistamínicos, jabón quirúrgico	Benzan, p. procaina antimicóticos; jabones antisépticos	Antihistamínicos	P. procaina 110 fcos. Hidrocortisona 30 tubos, Hibiscrub 2 fcos. Benzan 3 gls. jabón 1 gl.
Desnutrición	Suplemento Nutricional	Incaparina, leche, bulgur, CBS, sorgo	bulgur, CBS, sorgo	Incaparina 100 lbs. leche 100 lbs.
Anemia por Deficiencias	Fumarato ferroso, complejo B, Vitamina B12, ácido fólico	Fumarato ferroso, complejo B. Vitamina B12	Ácido Fólico	Fumarato ferroso 6 gls. complejo B 53 fcos. vitamina B 12 40 fcos.
Neumonía y Bronconeumonía	P. Procaina, cristalina, tetraciclina, eritromicina, espectorante, Broncodilatadores, ASA	P. Procaina y cristalina tetraciclina, broncodilatadores, ASA espectorante	Eritromicina fab. y suspensión pediátrica	Procaina 110 fcos. tetraciclina 1000 caps. espectorante 4 gls. Broncodilatadores 3 gls. ASA 0.2 y 0.5 grs. 5000 tab.
Trauma toda forma	Algésicos I.M. I.V.; P.O.; mertiolate mercurio-cromo alcohol yeso, sutura	Algésicos P.O. mertiolate, mercurio-cromo, alcohol	Yeso, sutura	ASA 0.2 y 0.5 grs. 5000 tab. mertiolate 3 lts. mercurio-cromo 4 lts. alcohol 5 gls.
Amigdalitis	Penicilina, eritromicina, bucofaringeos, ASA	P. procaina, ASA	Eritromicina Bucofaringeos	P. Procaina 110 fcos. ASA 0.02 y 0.5 grs. 5000 tab.
	Fumarato ferroso, suplemento nutricional	Fumarato ferroso, suplemento nutricional pre-natales		Fumarato ferroso 6 gls. Prenatales 3500 caps. Incaparina 100 lbs.

CUADRO No. 7  
ANALISIS DE MEDICINAS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

Nombre de medicinas y materiales	Cantidad Ter. Trim. en 2o. Trim.	Cantidad recibida en 3er. Trim.	C/trimestre	Unidades 3er. Trim.	Costo 4o. Trim.	Existen- cia	
						Unitario	Actual
Entero-sedv. Sobres	25	50			0.13c/u	20	
Antigripales tab.	1000	1000	1000		0.60%	200	
Belladona tintura lts.		2	2	2	2.00c/u	1	
Neomelubrina ampollas			20		0.08c/u	0	
Dextrofilito sobres			10	25	0.18	5	
Efedrina adultos			10	15	0.32	15	
Ergonovina tab.	100				2.00%	80	
Efedrina niños			10		0.30	25	
Agua oxigenada Fcos.	3	1			0.30	1	
Malox Fcos.	12	12	12		0.62	0	
Extracto de Hígado Fcos.				10	0.39	1	
Aspirina niños 0.10 g.	2000	1000	2000	1000	0.29	200	
Aspirina adultos 500 mg.	2000	3000	2000	1000	0.29	500	
Agua destilada Fcos.	10	6	4	4	0.25	10	
Alcohol coloreado lts.	6	3.7	5	1.8	0.87	1	
Anestesin Fcos.	2	5	1		0.50	2	
Acabel grageas	100		200		2.26	30	
Hist-aller. tabs.	100				1.32	0	
Acabel Ampollas	20				0.47	5	
Broncodilatadores Tab.	100				1.20	90	
Broncodilatadores Gal.	1	1			12.50	1	
Gluconato de calcio Amp.	2	5			0.09	5	
Dihidrosulfon Fcos.	10	10			1.70	0	
D/a5% Fcos. 500 cc.	10				0.55	8	
Diazapan Tab.	200	100		50	0.70	0	
Yodohidroxiquin-250 mg.	500	1000		250	0.84	200	
Ergonovina ampollas	15				0.10	0	
Estreptomicina fcos.	20	10			0.40	10	
Expectorante, galones	2	1	3	2	4.00	1	
Fenobarbital, tab.	100	100			0.65	50	
Fenobarbital elixir lts.	2	1			4.00	5	
Tx-hidrocortisona tubos	10	10			0.68	2	
Meprobamato tab.	100	50	100		0.65	0	
Multivitaminas grageas	1000	1000	100		0.60	0	
Prenalin grageas	2000	1000	500		1.90	200	
Elixir Paregorico Fcos.	2	5			0.75	6	
Hostacilina fcos. 4 mil.	25	40	40	30	0.30	10	
Talco en Polvo libras	1				0.18	0.5	
Complejo B. Fcos.	10	20			0.24	5	
Tiamina Fcos.	10				0.25	5	
Vitamina B-12 Fcos.	10				0.28	4	
Hibitane Germicina 500 miligramos	1				3.18	1	

Nombre de medicinas y materiales	Cantidad Ter.Trim.	Recibida en 2o.Trim.	C/trimestre	Unidades	Costo Unitario	Existen- cia Actual	
Hibiscrub Germicida 500 ml.	1	1			3.08	0	
Kaopectate Galones	3	3	2	3	6.60	5	
Benzcato de Bencilo Gal.		4			18.00	4	
Fumarato Ferroso Gal.	1		2	2	5.90	1	
Cloramfenicol cápsulas		500			2.62	400	
Diyhidroxiquin tab. 650 mg.	1000	1000	1000		1.66	200	
Tintura de Drosera 500 cc.			3		1.25	2	
Piperazina galones	1	2	1		6.25	2	
Sulfadiazina tab.	500	250			0.84	500	
Sulfaguanidina tab.	500				0.61	450	
Violeta de Genciana fcos. 250cc.	2	1			0.38	1	
Lassix Tab. Fco. 250					23.00	0	
Pasta Lassar Tarros			1		1.50	1	
Mercurio cromo tintura 500 cc			2		0.90	1	
Tetraciclina cápsula	300	500			2.63	90	
Ampicilina cápsulas	250	100			0.14	80	
Agujas hipodérmicas #22 docenas		10			0.80	12	
Agujas hipodérmicas #25 docenas		10			0.80	12	
Jeringas 5 cc		5			1.00	5	
Jeringas 10cc		2			1.45	2	
Jeringas 2cc		5			0.70	5	
Tabletas Ferruginosas adulto	1000	1000		500	0.30	200	
Tabletas Ferrugíosas niños	1000	1000		500	0.20	300	

**CUADRO No. 8**  
**ANALISIS DE RECURSOS FISICOS**  
**EQUIPO MEDICO-QUIRURGICO**

RECURSO	No. de Unida- des	Precio U en inven- tario	Tiempo en Servicio	Precio Unitario por De- preciación	Régimen de Pro- piedad	Grado de uso
Aspirador de hule	1	Q 0.40	3 años	0.12	DGSS	mínimo
Agujas de sutura	30	0.10	3 años	0.03	"	mínimo
Atrill doble gancho	1	17.50	3 años	5.25	"	mínimo
Baja-lengua metal inoxidable	1	0.50	3 años	0.15	"	máximo
Bandeja de acero inoxidable	1	6.74	3 años	2.02	"	máximo
Bote de metal para desechos	1	7.92	3 años	2.31	"	máximo
Bandeja plana para desechos	1	2.06	3 años	0.61	"	máximo
Bandeja para apositos	1	2.72	3 años	0.81	"	máximo
Balanza para adultos marca detecto MK 305	1	20.00	3 años	6.00	"	máximo
Bancas de pino	3	5.00	3 años	0.75	prestadas	máximo
Copas acero inoxidable 60cc.	2	2.58	3 años	0.77	DGSS	máximo
Copa medidora 500 ml. acero	1	1.71	3 años	0.51	"	mínimo
Cepillo para manos	1	1.50	3 años	0.45	"	mínimo
Engrapadora marca Swingline	1	4.00	3 años	0.90	"	máximo
Esterilizador pequeño	1	2.00	3 años	0.60	"	máximo
Estanterías	2	15.00	3 años	2.25	prestadas	máximo
Esfigomanómetro marca Erka Reg.#18347	1	9.40	4 años	2.82	DGSS	máximo
Estetoscopio tipo Ford	1	1.10	4 años	0.33	"	mínimo
Estetoscopio tipo Pinard	1	0.50	4 años	0.15	"	mínimo
Espéculo vaginal bivalvo	1	1.79	4 años	0.52	"	mediano
Estufa gas Kerossene	1	6.44	4 años	1.9	"	máximo
Estufa Bompani Shellane con Regulador y manguera	1	35.00	1 año	10.5	"	máximo
Grada de madera	1	1.00	3 años	0.15	prestada	máximo
Hemoglobinómetro tipo Shalli (juego)	1	6.00	4 años	1.80	DGSS	mínimo
Hojas bisturí (mal estado)	14	0.10	3 años	0.03	"	mínimo
Irrigador acero inoxidable 1.5 Lts.	1	2.12	3 años	0.63	"	mínimo
Jarras para apositos de acero inoxidable	2	2.62	4 años	1.04	"	mínimo
Mango de bisturí #3	1	0.36	3 años	0.10	"	mínimo
Mesa de pino pintada de gris (camilla)	1	15.00	4 años	3.00	"	máximo
Palanganas profundas para soluciones	2	14.00	3 años	4.20	"	máximo
Pinza para tejido #6	1	1.06	4 años	0.42	"	mínimo
Pinzas Hemostáticas Kelly rectas de 5 1/2	2	0.68	4 años	0.27	"	mínimo
Pinza para esterilizador Vanglin de 5 1/2	1	0.33	4 años	0.13	"	máximo
Pera rectal para infantes	1	0.45	4 años	0.18	"	mínimo
Protectores de Pezón	5	0.10	4 años	0.04	"	mínimo
Palanganas de Bola de acero inoxidable	4	1.46	3 años	0.43	"	mediano
Riñones acero inoxidable 16 oz.	2	1.46	3 años	0.43	"	mediano
Riñones acero inoxidable 28 oz.	2	1.50	3 años	0.45	"	mediano
Sondas Nelaton #14	2	1.50	3 años	0.45	"	mínimo
Sondas Nelaton #20	1	1.50	3 años	0.45	"	mínimo
Tijera para gasa de 8 1/2	1	0.50	3 años	0.15	"	máximo
Tijera quirúrgica recta de 5 1/1	1	0.50	3 años	0.15	"	máximo
Tiraleche manual	1	0.50	3 años	0.15	"	mínimo
Tubos de ensayo	11	0.25	3 años	0.07	"	mínimo

## C-1 RECURSOS HUMANOS

Como puede observarse en el cuadro No.9, los recursos humanos y su distribución de tiempo de trabajo, tanto tiempo - médico como auxiliar de Enfermería se computó en base a 2000 horas anuales contratadas.

CUADRO No. 9

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

Nombre del cargo	Distribución de tiempo en Actividades									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
EPS Febrero-Julio	1000	1980	19.08	936	208	100	208		132	416
EPS Agosto-Enero	1000	1980	19.08	936	208	100	208		132	416
Auxiliar de Enfermería	2000	1560	0.68	936	104	100		520	100	240

A.- Horas Año contratadas  
 B.- Salario anual  
 C.- Costo Hora  
 D.- Consulta  
 E.- Visita  
 F.- Vacunación  
 G.- Investigación  
 H.- Hipodermia y curación  
 I.- Administración  
 J.- Organización comunal

C.2. RECURSOS DE ATENCION DE SALUD QUE SE DISPONE:

Después de haber efectuado el análisis de morbi-mortalidad y demostrado los recursos con que se contó durante 1976. (Cuadro No.1, 2, 7 y 8), vemos que disponemos de varios recursos para hacerle frente a la morbilidad, pero notamos que estos no están bien delineados, ya que hay medicamentos que tienen mucha demanda y de los cuales, o no disponemos o su cantidad es insuficiente para cubrir las necesidades. Por ejemplo: Aspirina para adultos e infantil que se utiliza para cubrir muchos casos de enfermedad, así como también Penicilina Procaína los cuales son insuficientes; en tanto que se acumulan en el centro de salud otros de poco uso, tales como el Kaopectate, sulfas, gluconato de calcio, etc. Se debe también de analizar que la disponibilidad debe estar en relación directa de su aplicación, más que la frecuencia del uso, debería de educarse a la gente a utilizar sus propios recursos y a la vez ampliar la disponibilidad de fármacos de urgencia, (Lanicor, Lassix, etc.).

De todo lo anterior deducimos que, la política de salud nacional tanto como local, se encuentran mal orientadas por falta de programación lo que trae como consecuencia que los recursos sean mal utilizados.

Esto nos motiva a programar el siguiente plan de salud dirigido a la atención primordial del grupo más afectado, el materno-infantil; además de no olvidarnos de los programas de atención médica general, vigilancia epidemiológica y del programa de organización comunal que es uno de los bastiones principales para la realización de las metas impuestas.

## VII. INTERPRETACION.

Al analizar el punto de vista salud a una población, podemos observar que hay una serie casi ilimitada de factores, los cuales los podemos clasificar, dividir, estudiar, medir y que al final su inter-relación va a llegar a producir cambios de suma importancia sobre el triángulo ecológico de agente huésped y enfermedad.

Para nuestro medio podemos ver claramente que dichos factores son el resultado de una gran falta de organización a todo nivel y pobre desarrollo político y socioeconómico.

Así por ejemplo, si intentamos clasificarlos analizamos - que hay factores de los cuales de inmediato los precisamos y vemos que están mal, y como causa de esto tenemos el desequilibrio ecológico permanente de nuestras comunidades, lo que lleva a las mismas a un ir y venir permanente como un círculo vicioso de enfermedad y muerte. Para hacer mención de algunos tenemos el insuficiente saneamiento ambiental, que crónicamente se viene padeciendo a nivel rural, la deficiencia cuantificable sobre el factor nutrición. Se habla además de actitudes respecto a salud y enfermedad que las comunidades poseen y las cuales de generación en generación se vienen transmitiendo.

Bien hasta aquí, con esfuerzo podríamos lograr producir un cambio que a corto plazo fuese significativo, pero tropezamos con algo mucho más importante como es todo aquello que en forma solapada influye sobre toda una escala de cambios que se desea efectuar; contemos para esto con el bajo nivel socioeconómico de la vida, que para nuestro medio es un patrón o guía de generación a generación, donde con él se nace, se muere y cotidianamente es el fiel amigo inseparable, porque la re-

lación del hombre con el medio depende de su estado económico.

Si agregamos a esto el control de medios de producción, concentración y mala utilización de la fuerza de trabajo, nos traduce a cualquier lengua o idioma un estado de "dependencia" característica fundamental de nuestro sub-desarrollo. Aun podemos agregar la falta de concientización y el alto grado de analfabetismo prevalente en nuestro medio; el desperdicio de recursos humanos y materiales que muchas veces es concentrado donde no es efectivo. Y, al final podemos ver que a todo nivel necesitamos un replanteamiento completo del problema vida-prevención-enfermedad y muerte, y señalar con claridad hacia un objetivo primordial: "La vida humana sobre la tierra".

## VIII. PROGRAMA DE SALUD

### D.1. SUB-PROGRAMA MATERNO PARA LA ALDEA SAN ANTONIO LAS FLORES 1977:

#### 1. OBJETIVOS GENERALES:

- a. Hacer participar a la población en su problemática de salud directamente.
- b. Disminuir la morbi-mortalidad materna.
- c. Contribuir a mejorar el nivel de salud o bienestar de la población con un programa elaborado a base de los recursos reales, encaminados a resolver los problemas detectados.
- d. Contribuir a mejorar la eficacia de los puestos de salud, en relación a la coordinación y organización de la atención prestada.

#### NORMAS PARA EL PROGRAMA DE ATENCION MATERNA

1. Proteger con los servicios que brinda el programa al 100% de la población materna urbana.
2. Detección temprana del embarazo antes del 5o. mes.
3. Detectar el embarazo de riesgo, para su referencia a nivel hospitalario, cuando no pueda ser atendido en el Centro de Salud. Clasificando como embarazo de alto riesgo:

Pacientes menores de 14 y mayores de 34 años, primigestas.

Mayor de 38 años gran multípara.

Diagnóstico de Hipertensión, pre-eclampsia, toxemias en embarazos anteriores.

Historia de dos abortos o más consecutivos previos.

Historia de partos prematuros.

Intervalo menor de un año y mayor de 7 años entre cada embarazo.

Historia de diabetes familiar.

Historia de Mortinatos.

Historia de Diabetes personal.

Historia de Cardiopatías.

Historia de incompatibilidad Rh/ o ABO.

Historia de infección urinaria.

Ausencia de movimientos fetales.

Contracciones uterinas intensas y frecuentes.

Embarazos múltiples.

Presentaciones anómadas.

Patología de los senos.

Salida de líquido amniótico por vagina.

Flujo vaginal purulento.

Hemorragia vaginal.

Enfermedad venérea.

Várices en miembros inferiores complicadas.

Hemoglobina menor de 9 gramos.

Peso menor de 80 libras y mayor de 176 en relación a talla.

Talla menor de 1.40 metros.

Incremento en el peso de más de una libra por semana, entre el 4 y 8 mes del embarazo.

4. Proporcionar a toda embarazada 5 consultas prenatales de la siguiente manera:

CITAS	Control/sem.	Evaluación	Lugar
1	21	Médico	Centro de Salud
2	28	Enf. Auxiliar	Centro de Salud
3	32	Enf. Auxiliar	Centro de Salud
4	36	Enf. Auxiliar	Centro de Salud
5	38	Médico	Centro de Salud

5. Proporcionar a cada embarazada de alto riesgo dos visitas

a domicilio por la auxiliar de enfermería. La primera a las 30 semanas y la segunda a las 38 semanas, para verificar y para insistir su asistencia a nivel hospitalario, con excepción de las que se les haya encontrado complicación más tempranamente y hayan sido referidas con anterioridad.

6. Efectuar a cada embarazada un examen mínimo de orina, vdrl, hemoglobina y papanicolau.
7. Proporcionar a cada embarazada mensualmente suplemento nutricional de la siguiente manera:
  - 3 libras de leche
  - 3 libras de sorgo
  - 3 libras de Bulgur
  - 3 libras de CBS
  - 2 libras de Incaparina
8. Será dado a cada embarazada Fumarato Ferroso de la siguiente manera:

A partir del primer mes del tercer trimestre, 600 miligramos diarios divididos en tres dosis durante 10 días.
9. Captar a comadronas empíricas tradicionales.
10. Proporcionar planificación familiar a quien lo solicite.
11. Ofrecer y educar a la familia, respecto a paternidad responsable, prevención de aborto, fisiología de la reproducción y el embarazo así como prevención de enfermedades durante el mismo. Educar a la futura madre sobre cuidados del niño.

12. Evaluación conjunta con el médico y la comadrona de la paciente por lo menos en una consulta, de preferencia la final.
13. Se dará una charla semanal a mujeres embarazadas.

#### NORMAS DE RENDIMIENTO

1. Serán vistas por el médico 4 pacientes por hora.
2. Serán vistas por la Enfermera auxiliar 6 pacientes por hora. (Ver actividades de auxiliar de enfermería).

#### NORMAS DE CALIDAD

1. Atención de la embarazada: primera consulta: se efectuará lo siguiente:

- a. Pre-consulta:

Inscribirla en el programa materno.

Establecer un acercamiento con la futura madre.

Interiorizarse en la historia de la embarazada.

Antecedentes médicos, quirúrgicos, traumáticos, familiares, alérgicos, obstétricos.

Enfasis en antecedentes obstétricos, respecto número de embarazos, sitios de atención, tipo de atención, peso del último hijo, fecha de última regla, y todo lo

relacionado con Embarzo de alto riesgo.

Control de peso, talla, presión arterial, pulso, temperatura, presencia de edemas.

- b. Corroborar datos de la pre-consulta de interés de acuerdo al caso.

Indagar acerca de molestias propias del embarazo.

Indagar signos de alarma (relación a embarazos de alto riesgo)

-Examen físico completo.

-Papanicolaou (1ra. consulta)

-Toma de sangre para hemoglobina.

-Orden de Laboratorio para muestra de orina y muestra de sangre para VDRL.

Clasificación y anotación especial de embarazada de alto riesgo o no.

Orden para el programa de suplemento alimenticio, indicación de Fecha, donde y con quien del personal del centro de salud, tendrá el próximo control.

- c. Post-consulta:

Cumplir órdenes médicas.

Dar indicaciones nuevamente sobre la importancia de

la muestra de sangre y orina.

Si es de alto riesgo, clasificarla en sobre familiar especial.

Hacer ficha para suplemento nutricional.

Dar educación según tiempo de embarazo y necesidades de la madre.

Hacer carnet materno y hacer nuevamente énfasis en el próximo control.

Indicar nombre y dirección de las comadronas tradicionales activas, para la elección de atención del parto en dado caso de no ser de alto riesgo.

#### ATENCIÓN POR AUXILIAR DE ENFERMERIA

Control de peso, talla, presión arterial, pulso.

Temperatura, presencia de edemas.

Indagar signos y síntomas de alarma, (alto riesgo);

Ver si hay presencia de albuminuria en el examen de orina efectuado.

Examen de la embarazada, especial atención:

Observación de la forma y tamaño de abdomen, medición (altura uterina), presentación y posición del feto, auscultación del foco fetal.

#### Indicaciones sobre próximo control.

Referir al médico, cualquier paciente que presente síntomas de alarma, de cualquier embarazo evaluado por ella y/o ellos.

Repartir el suplemento nutricional.

#### ACTIVIDADES

1. Se atenderán un total de 60 embarazadas, que serán cubiertas por el programa materno, atendidas en el centro de salud, cálculo efectuado en base al 5% de la población que se espera quede embarazada para un año determinado.

Para su captación precoz, antes del 5º. mes se llevará a cabo: una amplia divulgación de lo que brinda el programa por medio de la auxiliar de enfermería, comadronas, trabajadora social, enfermera comunitaria. La comadrona y promotora de salud, entrevistarán a las mujeres de 15-44 bajo el esquema siguiente:

Cada dos meses, si tienen niños de 0-4 años; cada año si hay niños mayores de 5 años.

Se indagará en la madre en cada visita sobre la fecha de su última menstruación, si hay sospecha de embarazo se envía al Centro de Salud, se notifica el nombre y dirección de la madre con sospecha de embarazo dato que se corrobora al llegar al centro de salud.

Además de este sistema se captarán por otras personas de

la comunidad y las que espontáneamente acudan al programa.

Toda mujer que se le compruebe el embarazo se le inscribe en el programa materno. De no ser así vuelve al control regular.

2. Se efectuarán un total de 240 exámenes de laboratorio.
3. Se referirán un total de 13 pacientes al área hospitalaria en base al 20% de embarazos de alto riesgo calculados.
4. Serán entregadas un total de 840 libras de suplemento alimenticio al total de embarazadas.
5. Serán dados para el grupo de embarazadas un total calculado de 360 gramos de Fumarato Ferroso.
6. Serán dadas un total de 300 consultas para el número de embarazadas esperadas.
7. Serán dadas un total de 24 visitas a domicilio por embarazo de alto riesgo.

RESUMEN PROGRAMA MATERNO

Atención Pre-Natal

Vienen... 2000 2000

Actividades a Realizar	Población Susceptible Emb. esperados	Cobertura	Concentración	Número de Actividades a realizar	Rendimiento	Tiempo Necesario	Balance Md AE
1. Consulta Prenatal	60	100	5 consultas por embarazadas	Md 120 Ae 180	Md 4xH AE 6xH	Md 30h AE 30h	1970 1970
Laboratorio	60	100	4 exámenes de laboratorio por embarazada	240			
Visitas a Domicilio	12	20	2 visitas a domicilio por embarazo de alto riesgo	12 12	1xH 1xH	12 12	1958 1958
Suplemento Alimenticio	60	100	5 Entregadas de suplemento alimenticio de acuerdo a norma	52 sesiones	10 Emb. x sesión	208	1958 1750
Charlas a Embarazadas	60	100	1 charla por semana	52	1xH	52	1906 1750
Charlas a Comadronas	6	100	1 charla por semana	52	1xH	52	1854 1750
Hospitalización	12	20		12			
						Van... 1854	1750

## D.2 SUB-PROGRAMA DE ATENCION POST-NATAL

### I OBJETIVOS GENERALES:

1. Contribuir a mejorar la eficacia de los puestos de salud, mejorando el nivel de salud o bienestar de la población.
2. Disminuir la morbitmortalidad puerperal.

### NORMAS PARA EL PROGRAMA DE ATENCION POST-NATAL

1. Atender al 100% de la población materna en el período post-natal.
2. Se proporcionará 1 consulta post-parto a 60 pacientes susceptibles.
3. Se dará suplemento alimenticio en la misma forma que lo establecido en programa materno.

### NORMAS DE RENDIMIENTO

1. Serán vistas por médico, cuatro pacientes por hora.
2. Serán vistas por enfermería auxiliar, seis pacientes por hora.

### NORMAS DE CALIDAD

1. Atención a la puerpera.

a. Preconsulta

Control de peso, talla, temperatura, pulso, presión arterial.

b. Consulta: Indagar: lugar y condiciones en que se atendió el parto. Si fue atendido por comadrona tradicional o centro hospitalario.

- Duración del trabajo de parto y establecer si hubo sufrimiento materno y/o fetal o no.
- Tipo de parto, cantidad y características de secreciones vaginales, fiebre, etc.
- Cumplir órdenes médicas.
- Suministro de suplemento alimenticio completándose siete entregas a más de las del control prenatal.
- Orientación sobre cuidados principales que deben conservarse con el recién nacido el cual se integrará al programa infantil.

c. Consultas subsiguientes a la consulta post-natal, - serán reconsideradas en el programa de atención médica general.

**RESUMEN PROGRAMA ATENCION POST-NATAL**

Vienen... 1854 1750

Actividades a Realizar	Población Susceptible	Cobertura %	Concentración	Número de Actividades a Realizar	Rendimiento	Tiempo Necesario	Balance Horas
				Md AE	Md AE	Md AE	Md AE
1. Consulta Post-natal	60	100	1 consulta post-parto	60	4xH	15	1839 1750
2. Suplemento Alimenticio	60	100	7 entregadas de suplemento alimenticio de acuerdo a norma	52	10 puerperas por sesión	208	1839 1542

D.3 SUB-PROGRAMA INFANTIL PARA LA ALDEA SAN ANTONIO LAS FLORES 1977

OBJETIVOS GENERALES:

1. Disminución de la morbi-mortalidad infantil

NORMAS PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INFANTIL

1. Atención del 100% de la población infantil en la Aldea San Antonio Las Flores de 1-4 años.
2. Proporcionar a los niños menores de un año, 6 consultas en el centro de salud de la siguiente manera:

1)	1 mes	Médico
2)	2 meses	Enfermera Auxiliar
3)	4 meses	Médico
4)	7 meses	Enfermera Auxiliar
5)	9 meses	Enfermera Auxiliar
6)	12 meses	Médico

Y además cualquier consulta por morbilidad, la cual será dada por el médico.

- Proporcionar a los niños de 1-4 años dos consultas anuales por control de niño sano y dos consultas anuales por morbilidad, de la siguiente manera:

Cada seis meses

Una por médico y otra por auxiliar de enfermería, y dos controles por morbilidad datos únicamente por el

médico.

4. Detectar niños de alto riesgo para su referencia a nivel hospitalario que no puedan ser atendidos en el centro de salud.

Clasificando como niños de alto riesgo a:

Recién nacidos prematuros en caso de morbilidad.

Recién nacidos con historia de sufrimientos fetales sépsis neonatal.

Ictericia.

Síndrome de dificultad respiratoria.

Lues - Gonocemia.

Gemelos, en caso de morbilidad.

Anomalías congénitas.

Desnutrición protéico calórica grado III.

DHE, severo

Bronconeumonía con déficit respiratorio.

Tuberculosis.

5. Efectuar a cada niño de 1-4 años un examen de heces y hemoglobina como mínimo, que deberá efectuarse a nivel hospitalario.

6. Proporcionar a cada niño de 1-4 años suplemento alimenticio, bajo la norma establecida en el programa materno.
7. Proporcionar a cada niño de alto riesgo 2 visitas a domicilio.
8. Proporcionar a todo niño menor de un año inmunización con triple, polio, BCG y sarampión al año, de acuerdo a normas de vacunación.
9. Educación familiar sobre la prevención y confianza sobre los métodos actuales de tratamiento.

#### NORMAS DE RENDIMIENTO

1. Serán vistos por el médico 4 pacientes por hora.
2. Serán vistos por la enfermera auxiliar 6 pacientes por hora.

#### NORMAS DE CALIDAD

##### 1. Atención de la Primera Consulta:

###### A. PRECONSULTA

Registro e inscripción en el programa infantil antecedentes obstétricos, patológicos, familiares, quirúrgicos, traumáticos, inmunizaciones.

Personales: Tiempo de lactancia, alimentación actual.

## B. CONSULTA:

Corroborar datos de la preconsulta de acuerdo al caso.

Examen general, circunferenciacefálica, torácica y abdominal, los cuales no deben olvidarse nunca. (menores de un año).

Prescripción de inmunizaciones.

Prescripción de medicamentos.

Educación en salud a la madre.

Toma de sangre para hemoglobina.

Orden de laboratorio para examen de heces.

Inscripción para el programa de suplemento nutricional.

Indicación de fecha, donde y con quien del personal del centro de salud tendrá el próximo control.

## C. POST-CONSULTA:

Cumplir órdenes médicas.

Dar indicaciones sobre la importancia de la muestra de heces.

Si es de alto riesgo insistir en la madre para que sea llevado al hospital.

Hacer ficha para suplemento nutricional.

Hacer carnet y poner énfasis en el próximo control.

Efectuar inmunización si ha sido ordenado por el médico.

## ATENCION POR ENFERMERA AUXILIAR

1. Indagar acerca de la presencia de patología entre la última fecha de consulta y la actual.
2. Ver evolución de Peso, Talla y dar explicación a la madre sobre alimentación.
3. Hacer énfasis en la importancia del programa de vacunación.
4. Indicaciones acerca de la higiene personal.
5. Tipo de alimentación de acuerdo a la edad.

## ACTIVIDADES

1. Se atenderán un total de 54 niños menores de un año que serán cubiertos por el programa infantil, atendidos en el centro de salud. Cálculo efectuado en base al 3.5% el cual corresponde a este grupo de la población total.
2. Se efectuarán 2 visitas a domicilio a niños de alto riesgo menores de un año.

3. Se atenderán un total de 183 niños de 1-4 años que serán cubiertos por el programa infantil, atendidos en el centro de salud. Cálculo efectuado en base al 13.62 el cual corresponde este grupo de la población total.
4. Se efectuarán dos exámenes por un total de pacientes, en total 366 exámenes de laboratorio.
5. Se efectuarán un total de 36 visitas a domicilio a niños de alto riesgo de 1-4 años.
6. Serán entregados un total de 2413 libras de suplemento alimenticio al total de niños.
7. Serán dados un total de 324 consultas a niños menores de un año.
8. Serán dados un total de 366 consultas a niños de 1-4 años.

RESUMEN PROGRAMA ATENCION INFANTIL

Vienen... 1839 1542

Actividades a Realizar	Población Susceptible	Cobertura %	Concentración	Número de Actividades a Realizar	Rendimiento	Tiempo Necesario	Balance
Consulta niño sano -de 1 a	54	100	6 consultas a niños - 1 año	Md 162 AE 162	Md 4xH AE 6xH 27	Md 41 AE 27	Md 1798 AE 1515
Visita a domicilio a niños - de alto riesgo	4	100	2 visitas a domicilio por alto riesgo		8	1xH	8H 1507
Morbilidad	54	100	Será proporcionada 1 consulta x morbilidad	54	4xH	14	1784 1507
Consulta niño sano de 1-4 a	183	100	2 consultas a niños de 1-4 a	183	183 4xH 6xH	46 30	1738 1477
Laboratorios	183	100	2 exámenes de Laboratorio	3	66		
Morbilidad	183	100	Se darán dos consultas por morbilidad	366	4xH	92	1646 1477
Visitas a Domicilio	18	100	Se darán 2 visitas a domicilio a niños de alto riesgo		36	1xH	36 1441
Suplemento Nutricional	183	100	Se dará dos entregas de suplemento alimenticio de acuerdo a la norma				
Educación a Escolares	178	100	Una charla por semana	52	1xH	52	1594 1441

## D.4 PROGRAMA DE ATENCION MEDICA GENERAL

### PARA LA ALDEA SAN ANTONIO LAS FLORES PARA 1977

#### 1. OBJETIVOS

- A. Atender la demanda de morbilidad general en consulta en el centro de salud, según causa específica.
- B. Disminuir la mortalidad por causas susceptibles a ser tratada.
- C. Referir al hospital toda persona en alto riesgo de morir.

#### NORMAS PARA EL PROGRAMA DE ATENCION MEDICA GENERAL:

1. Proporcionar dos consultas por morbilidad por paciente que demande la atención.
2. Referir al hospital a pacientes de alto riesgo de morir.

#### ACTIVIDADES

1. Se analizó en base al incremento del 10% la cantidad de medicamentos básicos necesarios para la atención durante 1977.

2. Se atendió un total de 573 pacientes esperados para el año de 1977, para lo cual se utilizó la población en demanda de atención de 1976 a lo cual se le incrementó el 10%.
3. Se referirán un total de 27 pacientes, que es un cálculo estimado del 5% que van a ser pacientes de alto riesgo.

**RESUMEN PROGRAMA DE ATENCION MEDICA GENERAL**

Vienen... 1594 1441

Actividades a Realizar	Población	Cobertura %	Actividades	Concentración	Rendimiento		Tiempo Necesario	Balance	
					Md	AE		Md	AE
Atención por Morbilidad	573	100	Se darán dos Consultas por Morbilidad	1146		4xH	287	1307	1441
Tratamientos	573	100	Se dará un Tratamiento - por paciente	229	344	8xH	8xH	29	43
Hospitalización	27	100							

Van... 1278 1398

10 CAUSAS DE MORBILIDAD Y NECESIDADES TERAPEUTICAS PARA 1977

C A U S A	CASOS 76	CASOS 77	TERAPIA BASICA	Cantidad Anual de Medicamentos
I R S	212	233	ASA adulto e infantil; espectorante, efedrina, antigripal	ASA 0.5 grs. y 0.2 grs 5000 tab. Efedrina: 30 fcos. Espectorante 4 gls. Antigripal: 1000 tab.
G.E.C.A.	110	121	Parasimpaticolíticos Electrolitos, antiheméticos, Ampicilina cloramfenicol, sulfas	Elixir paregórico: 7 fcos. Belladona 4 litros, Ampicilina 250 mg. 1000 caps Cloramfenicol: 350 caps.
Parasitismo Intestinal	75	82	Piperazima	Piperazima: 3 galones
Dermatosis toda forma	48	52	Benzan, antimicóticos, antihistamínicos, antibióticos jabón antiséptico	Penicilina procaina: 110 fcos. Hidrocortizona 30 tubos; Benzan: 3 gls. Fenergan 100 tab.
D P C	48	52	Suplemento nutricional	Incaparina: 100 lbs.; leche 100 lbs.
Anemia Multicarencial	46	50	Fumarato ferroso. Complejo B; Vitamina B12, Ácido Fólico	Fumarato Ferroco 6 gls. comp.B. 53 fcos. Vitamina B12: 40 fcos.
B N M Neumonía	38	42	Penicilina procaina, Kanamicina, Cefalosporinas, Tetraciclina ASA, espectorantes	Peni-procaina: 110 fcos. tetraciclina 350 caps, espectorante 4 gls, Broncodilatadores: 3 gls.
Trauma Diversos	33	36	Alcohol - Mertiolate, mercurio cromo, yeso, sutura	Alcohol: 5 gls., mertiolate 3 lts. mercurio-cromo 3 lts.
Amigdalitis	33	36	Penicilina procaina, eritromicina, ASA, Bucoforingeos	Peni-procaina: 110 fcos.
Control Embarazo Parto-Puerperio	28	31	Fumarato ferroso, suplemento nutricional, vitaminas prenatales	Fumarato ferroso: 6 gls. Prenatales 3500 caps.

## D.5 PROGRAMA DE INMUNIZACIONES

### I. OBJETIVOS

- A. Proteger con vacunas al 100% de niños urbanos y al 80% de niños rurales susceptibles a: Tos Ferina, Difteria, Tétanos, Polio, Sarampión y Tuberculosis.
- B. Reforzar al 100% de niños urbanos y al 80% de niños rurales, vacunados el año anterior.

### II. ACTIVIDADES:

- A. Planificar períodos de vacunación en área rural y urbana,
- B. Amplia campaña de divulgación educación y organización para la comunidad.
- C. Serán cubiertos con la vacunación un total de 54 niños menores de 1 año a los cuales se les aplicará un total de 324 dosis .
- D. Serán cubiertos 21 niños urbanos con los cuales se utilizarán 126 vacunas .
- E. Serán cubiertos 33 niños rurales con los cuales se utilizarán 198 dosis de vacuna .

F. Se reforzará 24 niños urbanos nacidos en 1976 a los cuales se les aplicará 48 dosis de refuerzo.

G. Se reforzará un total de 35 niños rurales para lo cual se necesitarán 70 dosis.

H. El rendimiento será de 16 vacunas por hora.

**PROGRAMA DE INMUNIZACIONES**

Vienen... 1278 1398

Actividades a Realizar	Población Susceptible	Cobertura %	Concentración	Número de Actividades a Realizar		Rendimiento		Tiempo Necesario		Balance	
				Md	AE	Md	AE	Md	AE	Md	AE
Vacunación 0-1 años Urbanos	21	100	Se inmunizaron con 6 dosis de vacuna de acuerdo a norma.	126	126	16xH	16xH	8	8	1270	1390
Vacunación 0-1 año Rurales	33	100	Se inmunizaron con 6 dosis de vacuna de acuerdo a norma.	192	192	16xH	16xH	12	12	1258	1388
Refuerzos	24	100	Urbano reforzar al 100% niños urbanos vivos -1 año nacidos 1976 (2 ref.)	24	24			2	2	1256	1376
Refuerzos	35	100	Rurales	35	35			2	2	1254	1374

Van... 1254 1374

## D.6 PROGRAMA DE ORGANIZACION COMUNAL

### I. OBJETIVOS GENERALES:

- A. Organizar a la comunidad, para su mejor utilización en beneficio de los distintos programas de salud.
- B. Hacer por medio del objetivo anterior que la comunidad participe más activamente en resolver dichos problemas de salud.
- C. Realizar una amplia campaña de divulgación sobre las ventajas que ofrece los diversos programas, para mejoramiento del bienestar social, psíquico y ambiental del individuo.
- D. Fortalecer instituciones ya existentes y poner en marcha nuevos que sean encaminados al cumplimiento de los programas de salud.
- E. Enfocar la atención sobre los recursos y subsidios asequibles para el desarrollo de la comunidad.
- F. Lograr por medio de esto, que las diferentes dependencias del estado mejoren los servicios públicos de la comunidad.

### II. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- A. Proporcionar la asesoría necesaria, para la forma-

ción de diversos grupos comunales, a todos los niveles con fines de cooperación.

- B. Lograr una coordinación adecuada, en los diferentes niveles de la comunidad, para con el centro de salud y así juntos desarrollar a cabalidad los programas de salud.

### III. ACTIVIDADES:

- A. Lograr la cooperación de los organismos públicos y privados que funcionan en la comunidad; haciendo que participen y tomen parte de la organización de la comunidad y de la directriz de esta.
- B. Reunir a los vecinos de la comunidad por cantones o zonas, organizándolas por grupos afines. Estos sub-grupos tendrán una o dos personas responsables que dependerán totalmente de la dirección del comité central de organización de la comunidad.

Estos dirigentes serán entrenados como promotores - de salud.

- C. Serán creadas o fomentadas las siguientes organizaciones:

Club - juvenil, Club - de madres, Club - de maestros, Club de deportes, Asociación comité pro-salud.

Reuniones con autoridades.



PROGRAMA DE ORGANIZACION COMUNAL

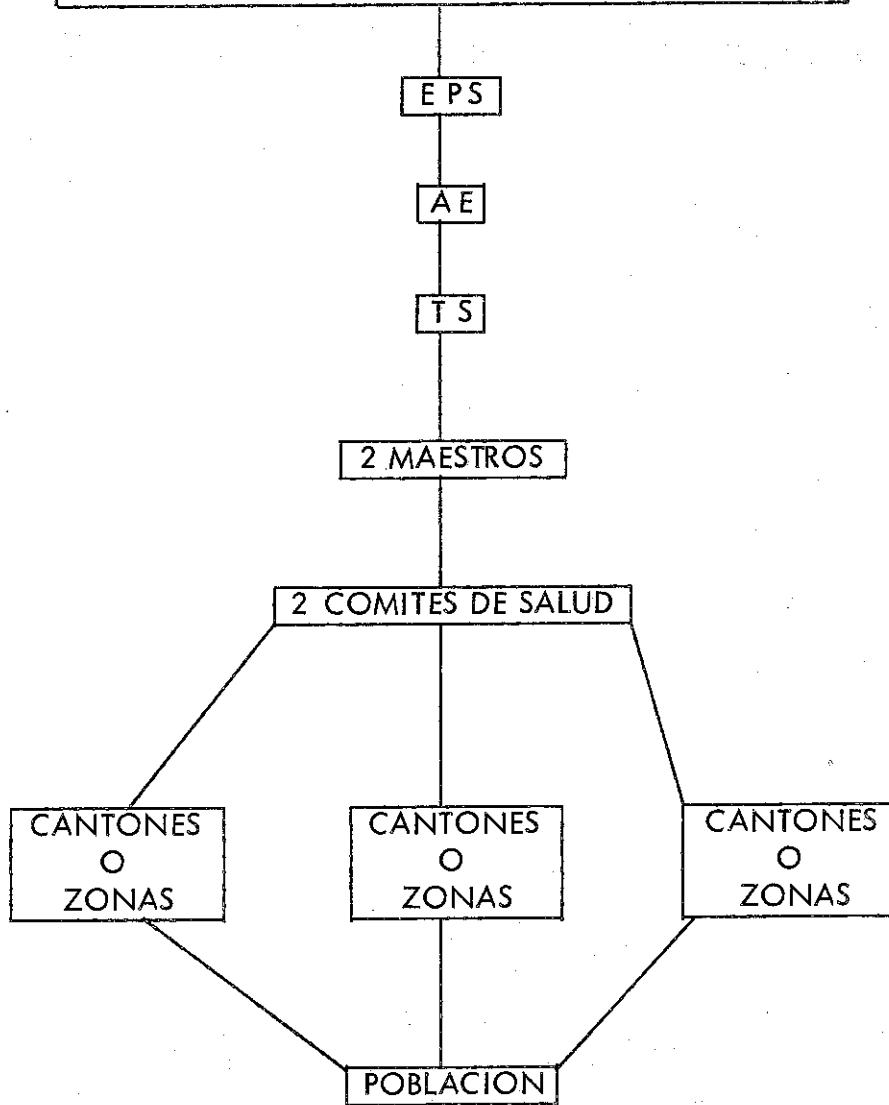
Vienen... 1254

1374

Concentración	Actividades	Rendimiento	Tiempo Necesario	Balance	Horas	
	Md	AE	Md	AE	Md	AE
Reunión Maestros	1	1	1	1	40	40
Club-Madres	1	1	1	1	52	52
Reunión-Autoridades	1	1	1	1	26	26
Reunión-Comité Salud	1	1	1	1	52	52
Club Juvenil	1	1	1	1	1084	1256
Reunión Promotores de Salud	1	1	1	1	52	52
Reunión con Fac. de Medicina	1	1	1	2 hrs.c.mes.	24	956
Supervisión Médico S.P	1	1	1	2 hrs.x sem.	104	104
Enfermera Comunitaria	1	1	1	2 hrs.x sem.	852	852
Administración	1	1	1	10 hrs.x sem.	104	892
Gestiones	1	1	1	1 hr. x sem.	500	392
					300	340
				Vien...	300	340

ORGANIGRAMA

COMITE CENTRAL DE ORGANIZACION COMUNAL



## D.7 PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y SANEAMIENTO BASICO

### OBJETIVOS GENERALES:

1. Lograr por medio de una vigilancia epidemiológica adecuada, un mejor control de la morbilidad que sufre la población ayudándose con medidas principales de saneamiento básico.

En general:

1. Establecer control de brotes epidémicos
2. Control anti-rábico a perros
3. Exterminio de animales
4. Muestras de Laboratorio
5. Control de Vectores
6. Mejoramiento de Vivienda
7. Condiciones de vivienda
8. Disposición de Excretas
9. Lefrinas
10. Recolección y Disposición de Basuras

### D.7 PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y SANEAMIENTO BASICO

	Vienen	Horas	300	340	Balance Horas
	Tiempo Necesario		Md	AE	
	Md	AE	Md	AE	
Control Brotes epidémicos					
Control antirrábico a perros					
Exterminio de Animales	150		150	150	190
Muestra de Laboratorio					
Control de Vectores					
Saneamiento del Medio	150		150	0	40

## D.8 EVALUACION DE LOS PROGRAMAS

Como parte principal de todo programa, la evaluación nos da la efectividad del mismo y a la vez es indicador de los cambios que se deban efectuar. Se puede realizar bajo dos puntos de vista:

- A. Evaluación interna: mide constantemente lo que se está alcanzando, con el programa, en qué y por qué se está fallando y su causa.
- B. Evaluación externa: lo hace la comunidad verificando las metas alcanzadas.

Todo programa que se ha proyectado metas, tiene que usar indicadores que cuantifiquen lo que está sucediendo.

### EVALUACION DEL PROGRAMA MATERNO

#### METAS

- 1. Atender el 100% de las embarazadas área urbana.  
Porcentaje de embarazadas que son atendidas mensualmente. - Para nuestra comunidad son 60 embarazadas lo que significa la atención de 5 embarazadas por mes.
- 2. Detección temprana del embarazo antes del 5o. mes.  
Medir el incremento mensual de pacientes, captadas antes del 5o. mes.

- 3. Detectar o referir embarazos de alto riesgo para su atención a nivel hospitalario, 13 embarazos para nuestra población.  
Se medirá por medio de las referencias de embarazadas a nivel hospitalario.
- 4. Proporcionar a toda embarazada 5 consultas prenatales  
300 consultas.  
Se medirá a través del porcentaje de control clínico de las pacientes en promedio 25 consultas por mes.
- 5. Efectuar a cada embarazada un examen de orina, vdrl hemoglobina papnicolau, un total de 240 exámenes al año.  
Se medirá por la cantidad de exámenes efectuados mensualmente: 20 exámenes por mes.
- 6. Proporcionar a cada embarazada suplemento nutricional leche 3 libras por mes incaparrina, bulgur sorgo cbs, 2 libras por mes.  
Se medirá por el porcentaje de embarazadas que recibieron suplemento alimenticio y lograron mejorar su peso.
- 7. Hacer dos visitas a domicilio a cada embarazada de alto riesgo.  
26 visitas.  
La primera a las 30 semanas y la segunda a las 38 semanas.  
Se medirá por el número de visitas efectivas realizadas a través del médico y de la enfermera auxiliar.  
(2 visitas por mes).

## EVALUACION DEL SUB-PROGRAMA POST-NATAL

### 1. Disminución de la Morbi-Mortalidad Puerperal

## EVALUACION DEL PROGRAMA INFANTIL

### A. 0-1 AÑO

#### METAS

- Atención del 100% de niños de 0-1 años área urbana.
- Proporcionar 6 consultas por año en el puesto de salud, Total 324 consultas.

#### INDICADORES

- Se medirá por el porcentaje de niños atendidos por mes o sea 4 niños por mes.
- Se medirá a través de los pacientes o sea un total de 27 por mes.

### B. 1-4 AÑOS

- Atender el 100% de niños de área urbana.
- Proporcionar 2 consultas anuales por sano y dos por morbilidad. En total 366 consultas por sano.
- Detención de niños de alto riesgo para referirlos a nivel hospitalario. Un total de 18.

- Efectuar un examen de heces y hemoglobina. Total 366 exámenes.

Se medirá por el número de exámenes por mes. Total 31 por mes.

- Proporcionar a cada niño suplemento alimenticio; - de acuerdo al esquema de distribución.

Se medirá por el porcentaje de niños que recibieron suplemento alimenticio y lograron aumentar de peso.

- Dos visitas domiciliares a niños de alto riesgo. Total 18.

Se medirá por el número de visitas efectivas. Un total de 1 visita efectiva al mes.

## EVALUACION DEL PROGRAMA DE INMUNIZACIONES

#### METAS

- Proteger con vacunas al 100% de niños urbanos susceptibles. Para nuestro estudio 54 susceptibles.

#### INDICADORES

Se medirá por el número de niños vacunados por mes. Un total de 5 niños por mes.

- Proteger o inmunizar al 100% de niños rurales susceptibles. Un total de 194 niños.

Se medirá por el número de niños vacunados por mes. Un total de 7 niños por mes.

- Reforzar al 100% de niños urbanos nacidos en 1976. Un total de 24 niños.

Se medirá por el número de niños reforzados por mes, un total de 3 niños por mes.

- Reforzar al 100% de niños

Se medirá por el número de ni

rurales nacidos en el año 1976 un total de 35 niños. Niños reforzados por mes un total de 3 niños por mes.

## EVALUACION DEL PROGRAMA DE ATENCION MEDICA GENERAL

### METAS

### INDICADORES

1. Proporcionar dos consultas por morbilidad por año. Un total de 573 consultas. Se medirá por la cantidad de consultas mensuales, o sea 48 pacientes por mes.
2. Pacientes de alto riesgo referirlos al Hospital un total de 27. Se medirá por el número de referencias del centro de salud al hospital.

## EVALUACION DE LOS PROGRAMAS DE ORGANIZACION COMUNAL VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y SANEAMIENTO BASICO

Se evaluarán por el cumplimiento de los programas establecidos, lo cual se medirá por la disminución de las tasas de morbi-mortalidad, encaminadas por un mejor desenvolvimiento de la comunidad de acuerdo a los recursos con que se cuenta.

## IX. CONCLUSIONES

1. El Grupo Materno-Infantil siendo el más numeroso de la población general, en consecuencia el más susceptible de enfermar y morir merece que se ponga especial atención a su salud mediante la elaboración de este programa.
2. Es factible el desarrollo del programa Materno-Infantil en la Aldea San Antonio Las Flores por medio de todos los recursos disponibles.
3. Los recursos humanos necesarios para llevar a cabo el programa son: un médico E.P.S., un auxiliar de enfermería, un trabajador social, dos maestros y mantener contacto con comadronas tradicionales.

## BIBLIOGRAFIA

### X. RECOMENDACIONES

1. Para poder dar una atención adecuada a la Aldea San Antonio Las Flores, se necesitará una amplia campaña de concientización a todo nivel así como el empleo racional de los recursos con que se cuentan y de hacer participar a la población de una forma activa de la problemática de salud que poseen.
2. Efectuar y evaluar programas de salud con periodicidad para el mejor desenvolvimiento de las actividades de salud que son sumamente necesarias en la aldea.
3. En la medida de lo posible y para el cumplimiento de los programas establecidos es necesario la presencia de un médico EPS que pueda brindar atención integral y diariamente a la población.

1. Poiteván P., Rodolfo. República de Guatemala, Departamento de Guatemala, población calculada año 1972-1980. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Unidad Sectorial de Planificación de Salud. Guatemala.
2. Sánchez, José Rómulo. La Planificación de la Salud, mimeografiado, 16 páginas 1975. Facultad de Ciencias Médicas Fase III.
3. Secretaría de Salud Municipal; Universidad del Valle, División de Salud, Programa de Atención Médica, Sub-Programa Materno-Infantil, Reunión del Grupo de Trabajo, Cali - Colombia, Julio y Agosto de 1972.
4. Reyna E., Rubén. La Ley de los Santos. Editorial José de Pineda Ibarra, Guatemala 1973.
5. Registros de Morbilidad-Mortalidad, Enero a Diciembre 1976. Dirección General de Servicios de Salud. Puesto de Salud San Antonio - Las Flores, archivo.

## XII ANEXO

### CODIGO CODIGO ENFERMEDAD

01	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA
02	DISENTERIA TODA FORMA
03	VARICELA
04	SARAMPIÓN
05	ENFERMEDADES PARASITARIAS
06	TUMORES MALIGNOS
07	DESNUTRICIÓN
08	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
09	INFECCIÓN RESPIRATORIA SUPERIOR, LARINGITIS
10	NEUMONIA Y BRONCONEUMONIA
11	ENFERMEDADES DE LOS DIENTES
12	BRONQUITIS
13	GASTROENTERITIS, ENTEROCOLITIS AGUDA
14	CIRROSIS HEPÁTICA
15	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO PARTO Y PUEPERIO
16	SANOS AUSENCIA DE ENFERMEDAD
17	CONTROL DE EMBARAZO PARTO Y PUEPERIO
18	DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO
19	ACCIDENTES ENVENENAMIENTO VIOLENCIA
20	AMIGDALITIS
21	CONJUNTIVITIS
22	ANEMIA
23	SARCOPTIOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES DE LA PIEL
24	ASMA BRONQUIAL
25	ESPASMO MUSCULAR
26	PAROTIDITIS

CODIGO            CODIGO ENFERMEDAD

27        OTITIS TODA FORMA  
28        ENFERMEDAD PEPTICA  
29        ARTRITIS  
30        INFECCION URINARIA  
31        HIPERTENSION ARTERIAL  
32        PROBLEMAS DE ORIGEN EMOCIONAL  
33        ABSCESO HEPATICO AMEBIANO  
34        MONILIASIS ORAL  
35        CELULITIS  
36        METRORRAGIAS  
37        MIGRAÑA  
38        FIMOSIS  
39        SINDROME CONVULSIVO  
40        HERNIA-DIVERSAS  
41        BLENORRAGIA  
42        TUBERCULOSIS TODA FORMA

RAFAEL ROBERTO MIJANGOS MOLINA

DR. JAIME GOMEZ ORTEGA  
Asesor

DR. RAUL AREVALO OCHOA  
Revisor

DR. JULIO DE LEON M.  
Director de Fase III

DR. MARIANO GUERRERO ROJAS  
Secretario General

Vo. Bo.

DR. CARLOS ARMANDO SOTO G.  
Decano