

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Estudio realizado en la Aldea Chicamán,
Municipio de Uspantán, El Quiché

TESIS

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

Por

JOSE FRANCISCO VEGA NIÑO

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

1. *INTRODUCCION*
2. *OBJETIVOS*
3. *HIPOTESIS*
4. *DESCRIPCION DEL AREA DE INVESTIGACION*
5. *RECURSOS*
6. *TECNICAS Y METODOS*
7. *RESULTADOS Y ANALISIS*
8. *PROPUESTA DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL*
9. *CONCLUSIONES*
10. *RECOMENDACIONES*
11. *BIBLIOGRAFIA*

INTRODUCCION

Pretendo plasmar en este trabajo de tesis los lineamientos y formas necesarias para el buen desarrollo de la atención MATERNO-INFANTIL; que constituye uno de los grupos más vulnerables y mayoritarios de la población en nuestro país. Existe un programa de atención MATERNO-INFANTIL que se elabora a base de investigaciones sobre una comunidad rural, sus recursos humanos y recursos físicos de salud, y el que se ha adaptado al fin de que cumpla su cometido: EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL. La importancia innegable que merece, insta a la creación de proyectos y programas preventivos de atención médica dirigida a ese grupo; por ello es que el presente estudio se hace tomando como marco de referencia la realidad de la aldea de Chicamán, Municipio de Uspantán, departamento de El Quiché.

Deseo que el presente trabajo sirva como un medio de motivación a las personas que integran el equipo de salud en el área de Chicamán con el fin de que este esfuerzo beneficie en las medidas de sus alcances al grupo Materno Infantil de esa zona, cuyas metas están encaminadas al logro de beneficios de carácter preventivo.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

1. *Identificación y análisis del grupo MATERNO-INFANTIL de la aldea de Chicamán.*
2. *Contribuir con esta investigación a desarrollar tareas de atención médica, a fin de mejorar la atención del grupo MATERNO-INFANTIL de esa zona.*

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Proporcionar una cobertura de salud eficaz para la población MATERNO-INFANTIL mediante el estructuramiento de actividades de carácter preventivo.

Promover y fomentar nuevos hábitos de higiene y alimentación en la población incluida en el programa.

HIPOTESIS

1. *Los servicios de atención médica dedicada al grupo Materno-Infantil en la aldea de Chicamán no ofrecen una cobertura eficaz.*
2. *Las tasas de Morbi-Mortalidad del grupo Materno-Infantil pueden reducirse mediante la aplicación de programas preventivos, integrando y coordinando los recursos de salud y de la comunidad disponibles en forma racional incrementando los ya existentes.*

DESCRIPCION DEL AREA DE INVESTIGACION

ESTUDIOS MONOGRAFICOS:

Descripción general de la aldea de Chicamán Municipio de Uspantán, departamento del Quiché; dicha aldea cuenta con alcaldía Auxiliar, escuela nacional mixta, tiene servicio de agua potable pero carece de electrificación; actualmente está en construcción el sistema de drenaje, existe iglesias católica y evangélica como también una venta de medicina privada, también un gran porcentaje goza de agua interna y en su mayoría tiene letrinas para su disposición de excretas un pequeño número de los habitantes poseen inodoros de tasa.

HISTORIA:

En el año de 1880, este lugar era una finca cuya propietaria se llamaba Francisca Man, a quien solían decir Doña Chica y es así como se originó el nombre de Chicamán.

COSTUMBRES:

Vestuario: los habitantes que viven en la aldea no usan trajes típicos de indígenas.

ORGANIZACION SOCIAL:

En la aldea de Chicamán hay comité promejoramiento de la comunidad, asociación deportiva, comité profiesta patronal, boy-scouts y destacamento militar.

RELIGION:

La población de Chicamán es en un 85 o/o católica y el restante es evangélica, metodista primitiva fundada en esta aldea hace quince años.

FIESTAS PATRONALES:

Las celebran del 5 al 9 de diciembre, en las cuales organizan reuniones amenizadas por conjuntos marimbísticos, efectúan quemas de bombas, transacciones comerciales, notándose innumerables visitantes de caseríos y pueblos circunvecinos.

DIAS DE MERCADO:

Lo efectúan el día sábado, notándose que llegan muchos comerciantes de Uspantán y de los alrededores.

POBLACION:

La población de la aldea en su 8.20/o es de origen indígena y un 91.80/o es de origen ladino, no sucede así con los habitantes de los caceríos de su alrededor donde existe el fenómeno contrario. Según el archivo del Supervisor técnico en educación de Uspantán en el año de 1977 existía dentro de la población mayor de 15 años, un 73 o/o de analfabetos. Según los datos basados en el censo nacional de 1964 y actualizados en 1976, la población Materno-Infantil cubre un 55.240/o del total de la población, distribuidos de la siguiente manera: Mujeres en edad reproductiva 36.510/o y Niños menores de 5 años un 18.730/o. Predomina en la aldea el sexo femenino correspondiéndole el 57.3 o/o y al sexo masculino el 42.7 o/o.

EXTENSION TERRITORIAL:

La aldea de Chicamán comprende un territorio de 1 km. de largo por 500 mts. de ancho. Está limitada al norte: por los caceríos de: El Pinal, chocorral, la laguna, las pacayas y las vigas. Al sur; por chotón, el palmar y puente seco. Al oriente: por la concepción, chixoy, el zapote y belejú. Al poniente: por las tomas, llano grande y xicahi.

ALTITUD:

El banco de marca establecido por la dirección general de caminos de Guatemala está a 974 metros sobre el nivel del mar.

CLIMA:

La topografía de la aldea da lugar a que ésta no sea tan fría, su temperatura oscila entre 27 y 30 grados centígrados la máxima y de 10 a 13 grados centígrados la mínima.

ESTACIONES:

Se marcan dos estaciones verano e invierno, del mes de noviembre hasta abril y del mes de mayo a octubre respectivamente.

GEOGRAFICOS:

La aldea de Chicamán está rodeada por terrenos montañosos de menor importancia, no se encuentran ríos ni lagos que colinden con la aldea.

VIAS DE COMUNICACION:

De la cabecera departamental sobre la ruta nacional 7-W hay 112 kms. y sobre la misma ruta al sur dista a 10 kms. de la cabecera municipal y a 282 kms. de la ciudad capital de Guatemala, la carretera mencionada es de terracería, dificultándose así el tránsito por éstas durante el invierno sucediéndose muchos derrumbes que incomunican la aldea.

RECURSOS

MATERIALES:

- Edificio del Puesto de Salud
- Equipo Médico Quirúrgico y de Oficina.
- Documentos elaborados por la facultad de Ciencias Médicas.
- Reportes enviados al puesto de salud por parte de la dirección general de servicios de salud.

UMANOS:

Personal con acciones de dirección y supervisión:

- Médico Jefe de Area de Salud.
- Médico Jefe de distrito No. 5.
- Enfermera profesional, Jefe de Area.
- Trabajadora social.
- Técnico en saneamiento ambiental.

Grupo Materno-infantil de la Aldea de Chicamán.

Personal del Puesto de Salud

- Médico en Ejercicio Profesional Supervisado.
- Auxiliar de enfermería
- Técnico en salud rural
- Volutarios (Comadronas y promotores de salud no adiestrados)

ONOMICOS:

- Partidas presupuestarias del Ministerio de Salud
- Aportes de la comunidad.

TECNICAS Y METODOS

1. Los recursos humanos se estudiaron mediante un recuento y análisis de su distribución en distintas actividades, en términos de horas asignadas a las mismas, su participación en instrumentos de trabajo, los costos de dicha participación, y la asignación de éstos a distintos problemas de salud.
2. Los recursos humanos de salud de la comunidad se estudiaron dependiendo de su prestigio, conocimientos científicos, años de experiencia y colaboración efectiva al Puesto de Salud.
3. Los recursos físicos se estudiaron mediante su cantidad, tiempo de uso; no así su depreciación o grado de uso por no existir los correspondientes tablas de evaluación.
4. Los medicamentos y materiales médico-quirúrgicos, se estudiaron en cuanto a su tipo, utilidad, consumo y costo. Realizando para lo anterior un inventario detallado.
5. Los recursos presupuestarios específicos se estudiaron analizando las partidas trimestrales que envió el Ministerio de Salud Pública durante el año de 1978.

ANALISIS DE RECURSOS HUMANOS INSTITUCIONALES SEGUN TIEMPO

CONTRATADO AL AÑO

COSTO ANUAL Y DISTRIBUCION EN ACTIVIDADES O PROGRAMAS

INSTRUMENTO I - A

DISTRIBUCION DE TIEMPO EN ACTIVIDADES									
NOMBRE DEL CARGO	Hrs. Año Contratadas	Salario anual	Consulta Hrs.	Visita Hrs.	Vacu- nación Hrs.	Inves- tiga- ción Hrs.	Hipod. y Curac. Hrs.	Adminis- tra- ción Hrs.	Organi- zación Comunal Hrs.
Médico Jefe de Area departamental	2000	Q 7940		500				1000	500
Médico Sub-Jefe de Area	2000	Q 6.800		500				1000	500
Médico Jefe de Distrito	2000	Q 6.300	1000	500				250	250
Médico E. P. S.	2000	Q 2.100	1000	200	100	250		200	150
Enfermera Jefe de Area	2000	Q 3.400		500				1000	500
Trabajadora Social	2000	Q 3.000		250		500		1000	250
Técnico en saneamiento	2000	Q 2.400		1200		500		100	200
Auxiliar de enfermería	2000	Q 2.100	1000	300	100	50	1.200	250	100
Téc. en Salud Rural	2000	Q 2.400		1400		300		100	200

ANALISIS DE RECURSOS FISICOS
(EDIFICIO Y EQUIPO MEDICO QUIRURGICO Y DE OFICINA)
INSTRUMENTO I - B

RECURSOS	No. de Unidad	Precio unitario en inventario	Tiempo en servicio	Precio unitario actual por depreciación	Regimen de propiedad	Déficit estimado
Edificio	1	Q	3 años	Q 400.00	Municip.	Q 1000.00
Camillas	2	124.00	3 años	85.00		50.00
Mesa	1	5.00	1 año	5.00		
Equipo quirúrgico pequeño	1	45.00	4 años	30.00		15.00
Esfigmomanómetro	1	15.00	4 años	10.00		5.00
Estetoscopio	1	10.00	4 años	8.00		2.00
Estantería	1	8.00	3 años	5.00		3.00
Termómetros	2	1.00	2 años	0.50		0.50
Silla de madera	2	3.00	2 años	1.00		2.00
Riñón de acero	2	10.00	2 años			
Báscula	1	25.00	3 años	20.00		5.00
Estufa	1	25.0	3 años	1.00		15.00
Grapadora	1	5.00	3 años	1.00		4.00
Bandeja de apósitos	2	6.50	2 años	2.00		4.50
Palanganas	3	2.00	2 años	1.00		1.00
Esterilizador para instru.	1	10.00	3 años	2.00		8.00
Bote de metal	1	12.00	3 años	9.00		3.00
Archivo	1	10.00	3 años	7.00		3.00

ANALISIS DE MEDICINAS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO
INSTRUMENTO I - C

NOMBRE DE MEDICINAS Y MATERIALES	CANTIDAD RECIBIDA EN CADA TRIMESTRE (unidades)				Costo unitario promedio	Existencia actuales (unidades)
	1er. trimestre	2o. trimestre	3o. trimestre	4o. trimestre		
Antidiarreico		2 galones	1 galón		Q 6.60	2 gals.
Maalox		10 Fcos.	12 fcos.		1.20	3 fcos.
Pectinova		1 galón		1 galón	5.00	
Neomelubrina		22 amps.		12 amps.	0.15	2 amps
Poción expectorante		3 galones	2 galones	2 galones	3.68	2 gals.
Sulfaguamidina		500 tabs.	300 tabs.	200 tabs.	0.05	200 tabs.
Tintura de belladona		1 frasco		1 frasco	1.00	
Sintomagrips		300 tabs.	500 tabs.	300 tabs.	0.04	50 tabs.
Tiamina		20 Fcos.		10 Fcos.	0.40	5 fcos.
Epinefrina		10 Amps.		15 Amps.	0.15	10 amps
Meprobamato			100 tabs.	100 tabs.	0.14	
Piperacina		1 galón	1 galón		5.00	1/2 gal.
Ampicilina		100 caps.			0.14	
Tetraciclina		500 caps.		500 caps.	0.15	50 caps.
Penicilina		20 fcos.	10 fcos.	10 fcos	0.45	
Espasmo cibalgina		200 grageas				
Espasmocín			20 ampollas		0.20	
Cloranfenicol		200 tabs.	200 tabs.		0.12	
Vimex		300 tabs.	200 tabs.		0.04	
Complejo "B"		20 fcos.		10 fcos.	0.30	5 fcos.

RESULTADOS

- a) El costo calculado para cubrir el programa Materno-Infantil en la Aldea de Chicamán ascendió a un total de: Q12.877 distribuidos así: Recursos humanos (instrumento I-A) Q12.000; Recursos físicos, por depreciación del equipo médico-quirúrgico y equipo de oficina (instrumento I-B) Q 187; Medicamentos (instrumento I-C) Q 690.00.
- b) Al comparar el tiempo programado por las autoridades del área de salud para cada uno de los funcionarios al puesto de salud y el tiempo efectivo que le dedicaron durante el año de 1977 al mismo, el simple análisis nos indica que existe incumplimiento por parte de las autoridades de las obligaciones contraídas para con el Puesto de Salud.
- c) En cuanto las diferentes actividades realizadas por el estudiante en EPS y la enfermería auxiliar, y el tiempo en horas dedicado a cada una de las actividades; es importante hacer notar que la mayor parte del tiempo tanto la auxiliar de enfermería como el estudiante en EPS, lo utilizan para la atención por morbilidad.
- d) Para el análisis de los recursos físicos se efectuó un inventario destallado, pudiéndose determinar la existencia de equipo inútil y deteriorado, que impide dar una atención médica adecuada a las necesidades de la población, ya que incluso el Puesto de Salud no llena los requisitos indispensables de habilitabilidad y salubridad.
- e) Se realizó otro inventario de los medicamentos y materiales médico quirúrgico existentes en el Puesto de Salud, analizándose asimismo, las remesas recibidas durante el año de 1978 trimestralmente. Comprobándose que los medicamentos más útiles, los envían en cantidades mínimas y arbitrariamente o los envían a costo de medicamentos

caros, poco útiles o fuera de línea que no pueden ser utilizados como lo indica la patología y estadísticas prevalentes en dichas comunidades.

- f) Los recursos humanos naturales de salud, se investigaron mediante un cuestionario elaborado por la Facultad, y únicamente se sometieron a la encuesta las personas que por su prestigio, conocimiento y colaboración con el Puesto de Salud se consideraron útiles para la elaboración del siguiente programa, no incluyéndose a curanderos que a pesar de su prestigio de que gozan en la comunidad, no poseen los conocimientos mínimos elementales de medicina y son reacios a colaborar con el Puesto de Salud. Es importante hacer notar que el instrumento que se utilizó para evaluar los conocimientos médicos de las personas mencionadas, adolece de muchos defectos tales como: poco didáctico, tedioso y no adaptados a los diferentes grupos que hacen medicina empírica; por lo que no evaluó la totalidad de conocimientos.

CONOCIMIENTOS SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD.

A continuación se hace una reseña de los conocimientos en relación a los problemas Materno-Infantiles de las personas encuestadas, expresadas en porcentajes, (o sea el porcentaje apuntado son las respuestas de todas las personas encuestadas por cada rubro o pregunta).

Se tomó una muestra de 12 personas.

A.— GRUPO MATERNO:

1. Con qué enfermedades se puede complicar el embarazo?

	Respondieron	No saben
Anemia, vómitos y fiebre	60 o/o	40 o/o

Hemorragias	20 o/o	80 o/o
Tuberculosis	10 o/o	90 o/o
Desnutrición	20 o/o	80 o/o

2. Cuáles son las complicaciones más frecuentes del parto?

	Respondieron	No saben
Fiebre	10 o/o	90 o/o
Mala posición	10 o/o	90 o/o
Infecciones de cualquier tipo	8 o/o	92 o/o
Ninguna	20 o/o	80 o/o

3. De qué se enferman más las señoras después del parto?

	Respondieron	No saben
Hemorragias	40 o/o	60 o/o
Entuertos	80 o/o	20 o/o
Fiebre	60 o/o	40 o/o
Anemia	15 o/o	85 o/o
Ninguna	10 o/o	90 o/o

4. Por qué nacen los niños pequeños?

	Respondieron	No saben
Falta de alimentación	70 o/o	30 o/o
Prematurez	5 o/o	95 o/o
Ninguna	30 o/o	70 o/o

5. Qué le recomienda a la madre que coma cuando está embarazada, o dando de mamar?

	Respondieron	No saben
Carne, leche, huevos, verduras	90 o/o	10 o/o
Incaparina	30 o/o	70 o/o
ninguna	10 o/o	90 o/o

6. Qué le recomienda a la madre que haga para el cuidado del niño antes de los 28 días?

	Respondieron	No saben
Lactancia materna	85 o/o	15 o/o
Cuidados de ombligo	5 o/o	95 o/o
Cuidados Higiénicos	10 o/o	90 o/o

7. Qué le recomienda a la madre que haga para el cuidado del niño después del primer mes hasta el año?

	Respondieron	No saben
Lactancia Materna	40 o/o	60 o/o
Carne, huevos y verduras	10 o/o	90 o/o
Agua Hervida	20 o/o	80 o/o
Cuidados higiénicos	10 o/o	90 o/o
Control médico	10 o/o	90 o/o

8. Qué le recomienda a la madre que haga para el cuidado del niño de uno a cuatro años?

	Respondieron	No saben
Vacunas	10 o/o	90 o/o
Huevos y leche	20 o/o	80 o/o
Verduras y carne	10 o/o	90 o/o
Hábitos higiénicos	30 o/o	70 o/o
Incaparina	20 o/o	80 o/o

9. Cuánto tiempo cree usted que debe dar de mamar la madre?

	Respondieron	No saben
Un año	90 o/o	10 o/o
Ninguna	3 o/o	97 o/o

10. A qué edad se le puede dar otro alimento a los niños además del pecho?

	Respondieron	No saben
6 meses	40 o/o	60 o/o

	Respondieron	No saben
Un año	60 o/o	40 o/o

11. A qué edad el niño ya puede comer de todo?

	Respondieron	No saben
Un año	80 o/o	20 o/o
Dos años	20 o/o	80 o/o

12. De qué enferman más frecuentemente las mujeres de 15 a 44 años cuando no están embarazadas?

	Respondieron	No saben
Hemorragia menstrual	70 o/o	30 o/o
Fiebre	20 o/o	80 o/o
Ninguno	10 o/o	

GRUPO INFANTIL PRE-ESCOLAR

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

	Respondieron	No saben
Catarro pulmonar	80 o/o	20 o/o
Cólico	10 o/o	90 o/o
Ojo	4 o/o	96 o/o
Ninguno	10 o/o	90 o/o

2. De qué se enferman y mueren más frecuentemente desde el segundo mes hasta cumplir un año?

	Respondieron	No saben
Lombrices	20 o/o	80 o/o
Catarro Pulmonar	30 o/o	70 o/o
Diarrea	60 o/o	30 o/o
Indigestión	5 o/o	95 o/o
Fiebre	10 o/o	90 o/o

3. De qué se enferman y mueren más frecuentemente los niños de uno a cuatro años?

	Respondieron	No saben
Sarampión	30 o/o	70 o/o
Poliomelitis	20 o/o	80 o/o
Tos ferina	10 o/o	90 o/o
Parasitismo	80 o/o	20 o/o
Anemia	20 o/o	80 o/o
Diarrea	70 o/o	30 o/o

ANÁLISIS SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD.

A- GRUPO MATERNO

Un 60 o/o de las personas encuestadas respondieron que la anemia, los vómitos y la fiebre son enfermedades que complican el embarazo; mientras que un 90 o/o de las mismas personas encuestadas respondieron no saber que la tuberculosis complica el estado de embarazo.

La fiebre y la mala posición son las complicaciones más frecuentes del parto, fué la respuesta de un 90 o/o de las personas encuestadas; así como un 92 o/o respondieron no saber que las infecciones de cualquier tipo son complicaciones del parto.

Respondieron en un 80 o/o de las personas encuestadas que los entuertos es la entidad de que más se enferman las señoras después del parto; en cambio un 90 o/o respondió no saber respecto a cuál es la enfermedad que más padecen las señoras después del parto.

Un 70 o/o respondieron que los niños nacen pequeños por falta de alimentación, mientras que un 95 o/o respondieron no

saber que la prematuridad es un factor que influye en el tamaño del niño al nacer.

Un 90 o/o contestaron que recomendarían carne, leche, huevos y verduras para comer a las madres que están embarazadas o dando de mamar; pero en cambio un 90 o/o contestaron no saber qué recomendarles a dichas madres.

De las personas encuestadas, un 85 o/o contestaron que la lactancia materna a los niños antes de los 28 días de vida es la mayor recomendación a la madre; pero un 95 o/o contestaron no saber que el cuidado del ombligo es una recomendación para las madres con hijos menores de 28 días de vida.

La lactancia materna fué la respuesta del 60 o/o como recomendación a las madres con niños de uno a once meses de vida; y un 90 o/o contestaron no saber que los cuidados higiénicos y el control médico son recomendaciones que hacer a las madres de niños de uno a doce meses de vida.

El 30 o/o del presonas encuestado respondió que los hábitos higiénicos es recomendación para que la madre los ponga en práctica con los niños de uno a cuatro años de edad.

El 90 o/o de las personas encuestadas respondieron que es recomendable dar de mamar al niño siquiera por un año, y un 97 o/o respondieron no saber cuánto tiempo podría ser lo recomendable para que una madre dé de mamar al niño.

Se le pueden dar otros alimentos además del pecho a los niños mayores de un año fué la respuesta del 60 o/o, mientras que un 60 o/o contestó no saber a qué edad dar otro tipo de alimentos. Un 70 o/o de las personas encuestadas respondieron que la hemorragia menstrual es la entidad conque más frecuentemente se enferman las mujeres de 15 a 44 años cuando no están embarazadas, mientras que un 90 o/o respondió no saber respecto

a la enfermedad más frecuente en dichas mujeres.

GRUPO MATERNO INFANTIL;

Un 80 o/o de las personas encuestadas respondieron que el catarro pulmonar es la entidad por la que más frecuentemente se mueren y enferman los niños de 0 a 28 días de vida, mientras que un 96o/o respondió no saber que la enfermedad en los ojos (infecciones) es bastante frecuente en niños de dicha edad.

Un 60o/o respondieron que la diarrea es por la que más se enferman, y mueren los niños de dos a doce meses de edad, mientras un 95o/o contestaron no saber que la indigestión es una entidad por la cual también se enferman los niños comprendidos en dicha edad.

Los niños de uno a cuatro años se enferman y mueren más frecuentemente debido al parasitismo, fué la respuesta del 80o/o de las personas encuestadas; mientras un 90o/o contestaron no saber que la tos ferina es una entidad por la que se enferman y mueren niños comprendidos en dicha edad.

Podemos deducir de lo anterior que todo el personal investigado carece de criterio uniforme en cuanto los problemas de salud del área.

Asimismo existe un desconocimiento total de la patología más elemental y de mayor incidencia en el grupo Materno-Infantil. Lo que hace más imperioso la necesidad de realizar pláticas constantes previa programación con los diferentes grupos de personas que colaboran con el Puesto de Salud como promotores de salud y comadronas.

PROPUESTA DE UN PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

SUB PROGRAMA MATERNO

OBJETIVOS GENERALES:

En la Madre:

Mantenimiento de la salud durante el embarazo, parto y puerperio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Atender la morbilidad solicitada del grupo materno siendo de especial interés la patología: durante el embarazo: hemorragias del primero y segundo trimestre; anemias, infecciones urinarias, desnutrición,, lues, parasitismo intestinal y prematurez.

Durante el parto: hemorragias del tercer trimestre y distosias.

Durante el puerperio: Hemorragias e infecciones.

2. Orientación y educación familiar con el objeto de promover la salud, prevenir las enfermedades y utilizar adecuadamente los recursos de salud.

ACTIVIDADES QUE SE REALIZARAN EN EL PROGRAMA MATERNO

A.— Atención prenatal:

1. Captar e inscribir en el programa a todas las embarazadas del área.
2. Determinación del estado actual del embarazo de acuerdo a los antecedentes materno-fetales y evolución del mismo.

3. Atención de la morbilidad durante el embarazo.

B.— Atención del parto:

1. Dependiendo de la evolución del embarazo, se determinará el sitio de atención del parto (domicilio u hospital).

C. Atención del puerperio:

1. Atender a las Puérperas del área dentro de los primeros 40 días post-parto.

PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS:

A.— Atención durante el embarazo.

1. Control del embarazo después de detectarse e incorporación al programa de las embarazadas.

ACTIVIDAD:

Identificación de las mujeres embarazadas.

OBJETIVO:

Dar atención prenatal a todas las mujeres embarazadas que viven en el área.

POBLACION OBJETIVO:

Todas las mujeres comprendidas entre los 15 y 44 años existentes en el área.

COBERTURA:

Todas las mujeres embarazadas que viven en el área

NORMAS:

Todas las mujeres en edad reproductiva serán visitadas por la promotora de salud y el técnico en salud rural, según el siguiente esquema:

1. Cada 2 meses si tiene niño menor de un año y no le está

2. dando de lactar.
Si le está dando de lactar, se iniciarán las visitas a partir del 5o. mes, de acuerdo al inciso No. 1.
3. Cada 4 meses si tiene niños de uno a cuatro años.
4. Cada año si no tiene niños menores de cinco años.

En cada visita la promotora de salud realizará el siguiente interrogatorio, previa introducción:

1. Fecha de última menstruación.
2. Percepción y sospecha de embarazo por la paciente.
3. Signos y síntomas de embarazo.
4. Presentará lista al puesto de salud de pacientes embarazadas.

OBJETIVOS:

- Que el Técnico en salud rural conozca las casas a visitar.
- Estimación del número de pacientes que el médico verá el próximo mes.
- Elaboración de listas para las visitas que la promotora de salud debe realizar en su oportunidad.

ACTIVIDAD:

- Atención prenatal de las mujeres embarazadas.

OBJETIVO:

- Dar atención prenatal a todas las mujeres embarazadas según la lista que proporcionó la promotora de salud.

POBLACION OBJETIVO:

- Todas las mujeres embarazadas detectadas por la promotora de salud.
- Todas las mujeres embarazadas que hayan acudido espontáneamente al Puesto de Salud para su control.
- Todas las mujeres que acuden al puesto de salud por otra patología y al examinárseles se les detecta embarazo.

NORMAS:

Todas las mujeres embarazadas detectadas por el promotor de salud serán visitadas por el T. S. R., quien hará el siguiente interrogatorio:

- 1.— Introducción a la visita.
- 2.— Interrogatorio a la madre sobre: Fecha de última regla, percepción de embarazo, signos y síntomas.
- 3.— Inscripción al programa y educación en salud.

ACTIVIDAD 3:

INSTRUMENTO: Enfermera Auxiliar.

1. Inscripción y admisión.
- 2.— Consulta de pacientes subsecuentes, las embarazadas que el médico clasifique como normales serán evaluadas por la enfermera en las siguientes tres consultas, de acuerdo al siguiente esquema:

Primera consulta: a las 28 semanas.

Segunda consulta: a las 32 semanas.

Tercera consulta: a las 36 semanas.

3. Educación en salud en todos los contactos con la madre.
4. Visita domiciliaria en casos especiales.
5. Planea, organiza, ejecuta y/o supervisa el trabajo con grupos tales como: comadronas adiestradas y promotores de salud.
6. Presenta, semanalmente, mensualmente y cuando fuera necesario informes estadísticos.
7. Planea y provee lo necesario para la atención de los beneficiarios.
8. Prepara a la madre para la consulta según normas.
9. Completa órdenes de laboratorio y transcribe los resultados de los exámenes en caso sea necesario.
10. Llevar archivo en forma ordenada.

EN EL PUESTO DE SALUD.

ACTIVIDAD 3-B:

Determinación del estado actual del embarazo.

OBJETIVOS:

Determinar el estado actual del embarazo y definir el tipo y sitio de control prenatal teniendo como base los antecedentes materno-fetales y la evolución del mismo.

POBLACION OBJETIVO:

Todas las mujeres embarazadas a cubrir por el Médico en primera consulta.

NORMAS:

1. Interrogatorio a la madre sobre los antecedentes materno-fetales.
2. Determinar el tipo de control de acuerdo a los hallazgos anteriores.
3. Interrogatorio sobre la evolución del embarazo, signos y síntomas. Examen físico y en caso necesario pruebas de laboratorio.
4. De acuerdo a los resultados define el sitio y control posterior del embarazo.

Las pacientes que presentarán los siguientes antecedentes serán vistas por el médico en todas las consultas:

- Historia de diabetes familiar.
- Enfermedad hipertensiva.
- Epilepsia-trastornos mentales.
- Historia de mortinatos.
- Historia de recién nacidos con ictericia.
- Historia de muertes neonatales.
- Historia reciente de TBC activa.
- Historia de cesárea previa, miomectomía, cirugía

cérvico-vaginal.

— Historia de complicación en el último parto, incluyendo el puerperio (hemorragia, parto prolongado, infecciones).

El control se hará de la siguiente manera:

Primer control	Semana 24
Segundo control	Semana 28
Tercer control	Semana 32
Cuarto control	Semana 36
Quinto control	Semana 38
Sexto Control	Semana 39
Séptimo control	Semana 40

CONTROL AUXILIAR ESPECIAL CON CONTROL MEDICO EN EL HOSPITAL

— Las pacientes que tienen este tipo de control serán visitadas por la auxiliar de enfermería en su domicilio para constatar que asisten al hospital, a donde deben ser referidas para su control prenatal:

- Todos los casos con patología que no responden al tratamiento impartido en el puesto de salud.
- Historia de mortinatos en el último embarazo.
- Historia de diabetes personal.
- Historia de cardiopatía.
- Historia de incompatibilidad Rh en embarazos anteriores.
- Hemorragia vaginal*
- Convulsiones.
- Todo tipo de patología que no aparezca en las normas o que no pueda ser atendido en el puesto de salud.

ATENCION DEL PARTO:

ACTIVIDAD 4:

Determinar dónde se atenderá el parto de las pacientes que viven en el área.

OBJETIVOS:

Determinar en las mujeres embarazadas el sitio de atención del parto de acuerdo a:

1. Antecedentes materno-fetales.
2. Evolución del embarazo.

POBLACION OBJETIVO:

Todas las mujeres embarazadas que vivan en el área.

NORMAS:

1. Educación de salud a la madre.
2. Indicar a las madres que tendrán su parto en la comunidad, la conveniencia de ocupar los servicios de la comadrona adiestrada.
3. Informar acerca de los distintos servicios que se prestan en el centro hospitalario.

ATENCION DEL PARTO POR COMADRONA:

- Introducción de la atención del parto y explicación de los procedimientos a seguir.
- Preparar el sitio de atención del parto.
- Atiende el parto.
- Revisa el niño y hace el cuidado de ojos, ombligo y aspira flemas.
- Da instrucciones a la madre sobre los cuidados inmediatos del post-parto.
- En las primeras 24 horas notifica al puesto de salud sobre

la atención del parto y de las condiciones de salud de la madre y el niño.

PARTOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD POR EL MEDICO EN EPS

- Preparación de la señora por la enfermera auxiliar.
- Control de signos vitales por la enfermera auxiliar.
- Interrogatorio y exámenes físico y obstétrico por el Médico
- Atención del parto.
- Revisión del niño. Cuidado de los ojos, ombligo y aspirar flemas.
- Revisión de cavidad uterina.
- Revisión de placenta.
- Episiotomía y/o episiorrafia en los casos necesarios.
- Llenado de papelería correspondiente.

ATENCION DEL POST-PARTO:

El control post-parto a partir de las primeras 48 horas se hará a través de la siguiente actividad:

El control del post-parto inmediato cuando sea atendido en el domicilio lo hará el TSR.

OBJETIVOS:

Controlar los riesgos propios del post-parto en todas las madres del área y educarlas sobre los síntomas y signos de alarma.

POBLACION OBJETIVO:

Todas las señoras residentes en el área y que han terminado su embarazo.

NORMAS:

Estas varían de acuerdo donde fué atendido el parto.

PARTOS ATENDIDOS POR COMADRONA.

- En las siguientes 24 horas, la comadrona informará al puesto de salud sobre las condiciones en que atendió el parto.
- En las siguientes 48 horas el TSR. (Técnico en Salud Rural), visitará a la madre para interrogarla sobre la calidad de atención del parto y en caso de detectar algún problema la remite al puesto de salud.
- Educación a la madre por el TSR, acerca de los signos y síntomas de alarma para ella y el niño en el post-parto inmediato a donde acudir si se presentaran, y sobre la importancia de ella y del niño.
- El TSR, avisa al promotor de salud para continúe el control del niño.

PARTOS ATENDIDOS POR EL MEDICO

- El control ser hará dentro de los primeros 40 días post-parto.
- El control lo hará el médico en base al examen físico general (mamas, loquios, involución uterina, várices y flebitis).
- El examen gineco-obstétrico lo hará dependiendo del caso.
- Dar educación en salud a la madre.
- Inscripción del recién nacido en el programa correspondiente.

SU PROGRAMA INFANTIL

OBJETIVOS GENERALES:

Protección Médico-Preventiva de todos los niños del área, en edad pre-escolar para poder asegurar una vigilancia

adecuada de su crecimiento y desarrollo dentro de los límites normales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Atender la morbilidad de grupo infantil, siendo de especial la patología;
Período neonatal (0 a 28 días): prematuridad (hipotrófico), conjuntivitis del recién nacido, onfalitis, dermatitis amoniacal, pacientes que presenten patología diferente serán referidos al hospital.

De 1 a 4 años: Desnutrición, parasitismo e infecciones intestinales, enfermedades respiratorias, enfermedades infecto-contagiosas, sarcoptiosis, amigdalitis, avitaminosis y dermatitis.

2. Inmunizar a toda la población menor de 5 años contra las enfermedades infecto-contagiosas.
3. Control de crecimiento y desarrollo de los niños en edad pre-escolar.

ACTIVIDADES QUE SE REALIZARAN EN EL PROGRAMA INFANTIL

- Atención médica a todos los neonatos del área.
- Atención médica preventiva de la población menor de 5 años del área.
- Inmunización continuada a la población total.
- Control de crecimiento y desarrollo de la población y labor educativa a la madre sobre los cuidados del niño.

ATENCION DEL RECIEN NACIDO:

El TSR. hará el control del niño a las 48 horas, al visitar a la madre y será evaluado por el médico si presentara algún problema.

ATENCION DEL NIÑO DE 28 DIAS A 5 AÑOS:

Determinación del estado de salud y atención de la enfermedad en cualquiera de los niveles de la atención. Esto se efectuará a través de la determinación de la morbilidad de la población infantil y atención de la misma en cualesquiera de los niveles del programa: según el tratamiento requerido y cada caso en particular.

OBJETIVO:

Detectar y seleccionar tempranamente a los niños que presentan alguna evidencia de enfermedad para darles atención según cada caso en particular (domicilio, Puesto de Salud, Centro de Salud, Hospital).

POBLACION OBJETIVO:

Todos los niños menores de 5 años.

COBERTURA:

Se cubrirá a todos los niños menores de 5 años que viven en el área.

NORMAS:

- Variarán de acuerdo a donde se atienda el niño, el cual dependerá si está enfermo o sano.
- La captación de los niños será efectuada por el promotor de salud, quien entregará una lista de los niños citados al puesto de salud, los cuales serán visitados por el TSR si no asisten a su cita concientizando a los padres de acudir al control propuesto.

SERVICIOS QUE SE PRESTARAN A TRAVES DEL PROGRAMAA

- 1.— Atención del niño sano
2. Atención por morbilidad.
3. Vacunación.

4. Alimentación complementaria.

OBJETIVOS:

Seguimiento médico-preventivo de los niños sanos menores de 5 años del área.

NORMAS:

1. Del Promotor de Salud:

- a) Todos los niños menores de 5 años serán captados e inscritos en el programa mediante visitas realizadas por promotores de salud en la siguiente forma: (domiciliarias)
 - i - Cada 6 meses a los niños de 5 años
 - ii Cada 4 meses si el niño es menor de 1 año.
- b) Entregar un informe semanal de las siguientes actividades realizadas.

II.— DEL TESR. Incrementar las labores de medicina preventiva mediante charlas a promotores y grupos de familia.

III.— De la enfermera auxiliar:

- a) Inscripción precoz al programa de los niños que no hayan sido detectados a ningún nivel mediante revisión del libro de nacimientos del registro civil.
- b) Efectuar controles únicamente cuando el niño no necesite reconocimiento médico por enfermedad o por falta del progreso en su crecimiento, ni prescripción farmacológica, de la siguiente forma:
 - i. Niños de 0 a 1 año: 3 controles (30. 60., 90.).
 - ii. Niños de 1 a 2 años: 2 controles (160. y 190. mes)
 - iii. Niños menores de 2 a 5 años: 1 control por año.

IV. Del médico:

Efectuará controles periódicos, de la siguiente forma:

1. Niños de 0 años: 2 controles (10. y 120. mes)
2. Niños de 1 a 2 años: 1 control (180. mes)
3. Niños de 2 a 5 años: 1 control por año.

ATENCION POR MORBILIDAD:

OBJETIVO:

- Restablecer la salud del niño, mediante una atención médica eficiente, oportuna.
- Disminuir las tasas de morbilidad.

POBLACION OBJETIVO: Todos los niños menores de 5 años que presenten algún tipo de patología y que viven en el área.

ACTIVIDADES:

I.— Del promotor de Salud:

Si en visita rutinaria detecta algún problema médico en el niño, informa inmediatamente al T. S. R.

II.— Del T. S. R.

- Efectuará visitas domiciliarias de acuerdo al informe que presente el promotor de salud a niños que se encuentren con algún problema médico; si no lo puede resolver en el domicilio, lo trasladará al puesto de salud para evaluación por el médico.
- Informa a la comunidad sobre los riesgos del niño y las formas de aminorarlo y evitarlo.

III.— De la Auxiliar de Enfermería:

- Recepción de la madre y el niño.
- Revisión de la nota de remisión del TSR.
- Anotar en la historia los datos más importantes de la hoja de remisión.
- toma de signos vitales.
- Ingresar al niño al consultorio médico.
- Entrega del tratamiento ordenado por el médico y hace incapié en las recomendaciones dadas por el mismo.

IV. Del Médico:

- Interroga a la madre y examina al niño.
- Anota en la historia los datos de la anamnesis, examen físico, diagnóstico y conducta.
- Da las instrucciones del caso a la madre de acuerdo al diagnóstico y conducta.
- Define los controles que debe seguir el niño.
- si de acuerdo al diagnóstico y conducta, el niño de ser atendido en el hospital, lo remite a dicho sitio con la respectiva hoja de remisión.
- Completa la hoja de actividades diarias de consulta.

INSTRUMENTOS:

Las actividades anteriores se llevarán a cabo con la utilización de los siguientes recursos humanos:
Promotor de Salud, T. S. R., Auxiliar de Enfermería y Médico, midiendo la efectividad de éstos a través del indicador correspondiente.

VACUNACION

OBJETIVO:

Alcanzar niveles óptimos de anticuerpos en la población vacunada contra la Difteria, Tétanos, Sarampión, poliomiелitis, TBC.

POBLACION OBJETIVO:

Todos los niños menores de 5 años existentes en el área.

NORMAS:

- Para BCG: Aplicación de la vacuna a las 48 horas de nacido.
- Para DPT: Primera dosis a los 2 meses, primer refuerzo a los 3 meses, segundo refuerzo a los 4 meses, tercer refuerzo a los 18 meses, cuarto refuerzo a los 3 años.
- Para POLIO: Igual que para DPT.

- Para Sarampión: Dosis única a los 12 meses.
- Para Fiebre Tifoidea: Primera dosis a partir de los 2 años, luego cada semana, hasta completar cuatro dosis, únicamente en caso de epidemia.

ACTIVIDADES:

- I) Del Promotor de Salud:
 - Interroga a la madre sobre vacunas recibidas por el no y confirma revisando el carnet.
 - Informa y refiere al puesto de salud a los niños con vacunación incompleta o que no la hayan iniciado.
- II) Del T. S. R.
 - Aplica al niño la primera dosis de BCG a las 48 horas de nacido en su domicilio.
 - Organiza comités en caso de campañas de vacunación de epidemias.
 - Visita domiciliaria para vacunación de los niños que por cualquier causa no asistieron a sus dosis.
- III) De la Enfermería Auxiliar:
 - Interroga a la madre sobre vacunas recibidas por el niño y revisa el carnet.
 - Interroga a la madre y revisa para detectar contraindicación de la vacuna.
 - Aplica dosis de vacuna de acuerdo a esquema dado por el médico, y lo anota en el carnet del niño.
 - Da recomendaciones a la madre sobre posibles reacciones de la vacuna.
 - Informa a la madre el esquema de vacunación que seguirá el niño.
- IV) Del Médico:
 - Al efectuar el primer control del niño determinar el plan de vacunación a seguir.
 - Evaluación de los niños que presenten reacción adversa a

las vacunas.

— Tomar las decisiones necesarias en caso de epidemias o vacunación no establecida en las normas.

Las actividades anteriores se harán a través de los siguientes recursos humanos: Promotor de Salud, T. S. R., Enfermera Auxiliar, Médico. La efectividad de los instrumentos se determinará a través de los indicadores específicos.

ADIESTRAMIENTO DE COMADRONAS EMPIRICAS

PROPOSITOS:

La falta de personas especializado a nivel cultural, hace urgente el orientar el personal empírico en una mejor atención del parto y a la vez, en los principios básicos de prevención de complicaciones tanto durante la fase prenatal como durante el período perinatal.

Es indispensable que los programas de adiestramiento, se ajusten a nuestra realidad, se realicen en forma periódica, contando para su realización con todo el personal de salud del área.

OBJETIVOS:

Conocer en la forma más aproximada posible el número de comadronas existentes en la comunidad, la proporción de ellas posible de incorporarse a programas de adiestramiento y dotarlas de quipos básicos para que puedan cumplir sus funciones.

— Efectuar cursillos periódicos de readiestramiento, supervisión y evaluación continua de sus actividades.

NORMAS:

— Técnicas adecuadas de asepsia y antisepsia previa a la atención del parto.

— Adquisición de conocimientos y habilidades necesaria para

una buena atención del parto.

— Cuidados durante el parto, puerperio y al recién nacido.

— Conocimientos científicos sobre los signos y síntomas de alarma durante el parto.

— Conocimientos de técnicas adecuadas para evitar riesgos tales como aspiración durante el parto e infecciones umbilicales posteriores.

— Orientación y motivación para la adquisición de nuevos conocimientos.

POBLACION OBJETIVO:

— Todas las comadronas empíricas existentes en el área.

ACTIVIDADES:

— Del Jefe del Area de Salud:
Proveer de la ayuda técnica y materiales para el éxito del programa

— De la enfermera Jefe de AREA de Salud:
Participación activa en la planificación, programación y ejecución del programa.

— Del Médico Jefe de Distrito:
Asesoramiento en la planificación del programa.
Dar conferencias teórico-práctico.

— Del Médico en EPS.:
Planificación, programación y ejecución del programa.
Dar conferencias teórico-prácticas.
Readiestramiento de comadronas y supervisión.
Coordinación de las actividades de las comadronas.

— De la Enfermera Auxiliar:
Conferencia teórico-prácticas sobre técnicas de asepsia y antisepsia.
Organización de comadronas.

Evaluación y seguimiento de las comadronas.

Del Promotor de Salud:

Proveer de las listas de todas las comadronas existentes en el área.

Concientización a las comadronas para que participen en el programa.

Del T. S. R.

Dar a conocer a la comunidad la importancia del programa y la necesidad de una buena atención del parto por personal capacitado para ello.

ADIESTRAMIENTO DE PROMOTORES DE SALUD

PROPOSITOS:

- *Este programa se hace necesario debido a que existe una discriminación socio-económica de grupos étnicos y procedencia de quienes solicitan atención.*
- *Es indispensable llevar a cabo estos programas debido a la imposibilidad de crear puestos de salud en cada aldea dotándolo del personal mínimo por falta de recursos económicos.*

OBJETIVOS:

- *Ayudar a resolver los problemas de salud a nivel rural*
- *Crear elementos humanos en los que puedan confiar en cualquier momento las personas de la comunidad.*
- *Enseñar a la comunidad los canales convenientes para la resolución de los problemas de salud.*
- *Tener colaboradores adiestrados para las diferentes actividades de salud a nivel de pequeñas comunidades.*
- *Descentralizar la responsabilidad de la problemática de salud transfiriéndola a la comunidad rural tomando como base fundamental la participación activa de la comunidad.*

NORMAS:

- *Tener características de líderes y honorabilidad reconocida por los miembros de la comunidad a la que pertenecen y que sean representativos de cada grupo de la comunidad.*
- *Ser personas alfabetas, maduras y respetadas en su comunidad, padres o madres de familia, de preferencia entre 25 y 40 años, que residan en la comunidad en la que van a trabajar y/o dominan el dialecto de las mismas.*

POBLACION OBJETIVO:

Todas las personas interesadas en resolver problemas de salud.

ACTIVIDADES:

- *Del Jefe de AREA:
Proveer de los recursos necesarios para el éxito del programa.*
- *De la Enfermería Jefe:
Participar activamente en la planificación, programación y ejecución del programa.*
- *Del Médico Jefe de Distrito:
Asesorar la planificación del programa.
Dar conferencias teórico-prácticas.*
- *Del Médico en E.P.S.:
Planificar, programar y ejecutar el programa.
Impartir conferencias teórico-práctico.
Dar recursos de refrescamiento.
Coordinar las actividades de los Promotores.*
- *De la Enfermera Auxiliar:
Conferencias teórico-prácticas sobre técnicas de asepsia y antisepsia.*

— Del T. S. R.:

Promoción, organización, evaluación, coordinación, seguimiento, investigación de antecedentes personales, motivación para la participación de las personas interesadas. Proporcionar lista de los promotores existentes en el área así como de aspirantes:

— Del Promotor de Salud:

Transmitir conocimientos de salud a través de las pequeñas comunidades rurales.

Hacer efectiva la participación de la comunidad en forma organizada para que sea auténtica en la resolución de los problemas de salud.

Organización de actividades sociales en la comunidad conjuntamente con el TSR.

Ser un agente de cambio con conocimientos básicos de salud y un vínculo a través del cual la comunidad plantee sus problemas ante las instituciones de salud.

CONCLUSIONES

— Existe, por parte del personal natural de salud, la carencia de criterio uniforme en cuanto a los problemas de salud del área.

— Los programas preventivos, que rigen en la actualidad no tienen indicadores que midan su eficacia.

— Un número considerable de habitantes de la comunidad donde se trabajó no conocen ni siquiera que existe Puesto de Salud, por lo que se hace necesario establecer programas de este tipo.

— Por falta de interés, no existe vacunación permanente.

— Según cálculos efectuados, el programa Materno-Infantil puede ser llevado a cabo con los recursos humanos con que cuenta el Puesto de Salud.

— El ejercicio profesional supervisado en el área rural debe ser más prolongado en tiempo, ya que para conocer a fondo una comunidad y llevar a cabo las acciones de salud, no son suficientes seis meses.

RECOMENDACIONES

- 1.- Crear unidades de salud a nivel de caseríos para poder tener colaboradores adiestrados para las diferentes actividades de salud a nivel de pequeñas comunidades.
- 2.- Mejorar la comunicación entre autoridades de Area de Salud y Puesto de Salud con el objeto de concientizar a los funcionarios presupuestados de las actividades obligatorias que deben realizar en el Puesto de Salud para resolver los problemas ingentes.
- 3.- Que se aumente el presupuesto para dotación de equipo y medicinas al Puesto de Salud y que éstos sean enviados de acuerdo a la solicitud que efectúe el personal de dicho Puesto ya que ellos conocen mejor sus necesidades y no en forma arbitraria como sucede actualmente.
- 4.- Dotación y renovación periódica equipo médico-quirúrgico y mantenimiento del equipo, mobiliario e inmobiliario.
- 5.- Impartir cursillos de capacitación teórico-prácticos en centros hospitalarios y domicilios a comadronas adiestradas e incorporar a las comadronas tradicionales a dicho cursillo.
- 5.- Estimular al personal que colabora con el Puesto de Salud con giras a otras comunidades mejor organizadas, para motivarlos a trabajar en la misma forma en su comunidad.
- 6.- Dotar el Puesto de Salud con la dosis de vacunas adecuadas para efectuar una vacunación periódica y continua para que el programa sea permanente.

BIBLIOGRAFIA

1. De León, Oscar y Chinchilla, Raúl. *Análisis del programa Materno-Infantil*. I Ed. M. de S.P. y S.S. 1973.
2. Ciencias de la Conducta, "Salud Materno-Infantil". Programas educativos. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Fase III, 3-III-75.
3. Sub-Dirección Técnico Normativa, Normas. Dirección General de Servicios de Salud, Guatemala, enero de 1970.
4. Ciencias de la Conducta. "Práctica de atención Materno-Infantil". universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Fase III. 1972.
5. Area de Salud No. 5. Normas y Procedimientos Técnico-Administrativos. Ministerio de Salud Pública y A. S. 1974.
6. Sánchez, Dr. José Rómulo. *La Planificación de la Salud*. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Fase III, 1-IX-73.
7. Universidad del Valle. Programa de Atención Médica. Sub Programa Materno-Infantil. Facultad de Ciencias Médicas. Fase III/75.
8. Dirección General de Estadística. Información General sobre situación del Grupo Materno-Infantil en Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Fase III, 1973.

Br:

J. Vega M.
JOSE FRANCISCO VEGA NIÑO

11. 11. 11er
Asesor

DR. MARIO MOLLER

[Signature]
Revisor

DR. ROQUE MOLINA F.

[Signature]
Director de Fase III

DR. JULIO DE LEON M.

[Signature]
Secretario General

DR. RAMON A. CASTILLO

Vo.Bo.

[Signature]
Decano

DR. ROQUE MOLINA F.