

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CONDICIONES DE SALUD
Y BASES PARA SU PLANIFICACION"

ESTUDIO EN LA ALDEA CHIMAZAT, STA. CRUZ BALANYA,
CHIMALTENANGO, FEBRERO A JULIO 1995, GUATEMALA.

TESIS

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

Por

Luis Fernando Andrade Carrera

En el acto de investidura de:

SECRETARÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 1996

1399)
3

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E:

1 (La) BACHILLER : LUIS FERNANDO ANDRADE CARRERA
arnet Universitario No. 9013715

a presentado para su Examen General Público, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

CONDICIONES DE SALUD Y BASES PARA SU PLANIFICACION

Trabajo asesorado por:

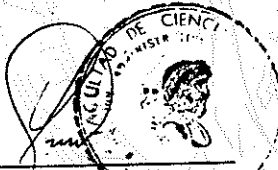
Doctor JOSE GUILLERMO ANDRADE MONTERROSO

revisado por:

Doctor MYNOR GUDIEL

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala, Junio 21 de 1996.


UNIDAD DE TESIS

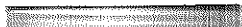

DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:


Dr. Edgar Xrey Rivera González
DECANO



apme



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



Guatemala, Junio 21 de 1996

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Doctor
Carlos Humberto Escobar Juárez
COORDINADOR
Unidad de Tesis
Presente

Se le informa que el Bachiller:

LUIS FERNANDO ANDRADE CARRERA

Nombres y Apellidos Completos

Carnet No.: 9013715 ; ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

CONDICIONES DE SALUD Y BASES PARA SU PLANIFICACION

Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos; así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

LF Carrera
Firma del Estudiante

DR. GUILLERMO ANDRADE M.
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Guillermo Andrade
F.: Asesor
Nombre Completo y Sello Profesional

apme

Mymor I. Guadalupe
F.: Revisor
Nombre Completo y Sello Profesional
Reg. de Personal: 14125

Mymor I. Guadalupe M.
Médico y Cirujano
Col. 6577



DE CIENCIAS MEDICAS
LA, CENTRO AMERICA

Of. APR- UT-125-96

Guatemala, Junio 21 de 1996

LLER
FERNANDO ANDRÁDE CARRERA
TAD DE CIENCIAS MEDICAS

nte.

LLER ANDRADE:

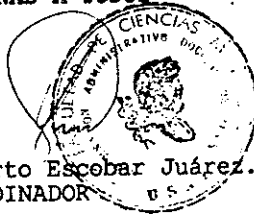
ste medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis,
ado CONDICIONES DE SALUD Y BASES PARA SU PLANIFICACION

do RECIBIDO, y luego de revisado se ha establecido que cumple con
equisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por
ue es autorizado para completar los trámites previos a su
ación.

tro particular me suscribo de usted.

tuosamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez.
COORDINADOR

La información y conceptos contenidos en el
presente trabajo es responsabilidad única del
autor.

INDICE

	PAGINAS
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.	2
III. JUSTIFICACION.	4
IV. OBJETIVOS.	5
V. MARCO TEORICO.	6
VI. METODOLOGIA.	
a) TIPO DE ESTUDIO.	14
b) MATERIAL DE ESTUDIO.	14
c) POBLACION DE ESTUDIO.	14
d) RECURSOS MATERIALES.	
- ECONOMICOS	15
- HUMANOS	15
VII. ASPECTOS LEGALES.	16
VIII. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.	16
IX. PLANIFICACION EN SALUD.	18
X. CRONOGRAMA	20
XI. CUADROS	22
XII. PRESENTACION DE RESULTADOS	
a) NIVEL COMUNITARIO.	36
b) NIVEL INDIVIDUAL FAMILIAR.	37



XIII. PROGRAMACION.	
a) NIVEL INDIVIDUAL.	40
b) NIVEL FAMILIAR.	49
c) NIVEL COMUNITARIO.	50
d) RECURSOS.	52
e) EVALUACION.	52
XIV. CONCLUSIONES.	53
XV. RECOMENDACIONES.	55
XVI. RESUMEN	57
XVII. BIBLIOGRAFIA.	59
XVIII. ANEXOS	62



I. INTRODUCCION

El Ejercicio Profesional Supervisado es una actividad docente, que la Facultad de Ciencias Médicas de la U.S.A.C. exige al estudiante de Medicina de último año, como requisito curricular, previo a su graduación; la cual incluye funciones de docencia; investigación y servicio en una región rural de Guatemala. Esta actividad docente teórico-práctica permite al estudiante investigar problemas de salud y algunos sociales; todo ello se plasma en un informe final que incluye los datos obtenidos en la investigación .

Por la actitud positiva de la población, que ha dado apoyo a las actividades de salud a nivel local que se efectúan, he pensado que como una retribución, podrían darse recomendaciones basadas en la experiencia obtenida, para que esta práctica que incluye una investigación de terreno, tenga un sentido utilitario, que en alguna forma ayude al conocimiento de los problemas encontrados entre sus pobladores y autoridades, encargadas de dirigir los programas, para que en un esfuerzo conjunto se implementen programas de salud y otros necesarios, para elevar el nivel de vida de la población.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Por mandato Constitucional (artículos 93 y 94) (1) y por compromisos internacionales, el Estado debe velar por la salud de la población de nuestro país y esta función es delegada al Ministerio de Salud Pública y sus dependencias el cual ejecuta acciones de promoción de la salud, así como de prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad. En nivel central se planifican los programas nacionales sectoriales y locales.

Se ha aceptado universalmente que "la salud es una situación determinada fundamentalmente por las condiciones en que viven las personas, las familias y las comunidades; y que estas condiciones de vida están, a su vez, determinadas por las relaciones de producción y la forma de inserción social de los actores sociales; o sea que, la salud es producto de un desarrollo armónico de la sociedad." (2)

Por lo tanto, para hacer un análisis de la situación de salud de una población deben conocerse otros factores, además de los biológicos, como son los económico-sociales, conceptuando así que "el nivel de salud es resultante de las acciones que los sectores de la sociedad, ejecutan, con el fin de proporcionar las mejores opciones (las más saludables) a sus ciudadanos, para que desarrollen individual o colectivamente, sus potencialidades en aras de alcanzar el máximo bienestar. Se concibe, entonces, a la salud como un producto alcanzable mediante aproximaciones sucesiva, de manera que no existe un nivel último, pero si un nivel óptimo por debajo del cual la calidad de vida se convierte en una amenaza para la población. Esta definición persigue rescatar la atención de salud de los hospitales, para trasladar parte de la responsabilidad a la comunidad y a los otros sectores del desarrollo." (2)

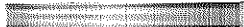
Interesa a los administradores de Salud Pública conocer los problemas relacionados con la reproducción biológica de la población y entre estos se destacan los que tienen que ver con el embarazo el crecimiento y el desarrollo. Los hombres y los grupos sociales que conforman, están inmersos en sistemas ecológicos y a su vez tienen una interrelación en ese medio con otros grupos humanos y con otras especies animales y vegetales, en determinadas condiciones ambientales. Esto crea las relaciones humanas ecológicas.

También existen otras relaciones de los humanos con la naturaleza que lo rodea y donde ejerce sus funciones vitales; y para ejercerlas se establecen normas de conducta para su adaptación al medio ambiente, tomando conciencia de las condiciones en las cuales el hombre y los grupos humanos se desarrollan; de este modo, se identifica como individuo, grupo, nación y clase social donde se desenvuelve.

Existe otra relación entre los hombres y los recursos naturales, que está condicionada por la capacidad de trabajar, producir y distribuir los bienes y servicios que satisfacen sus necesidades; creando así, las relaciones económicas. Con el enfoque multifactorial de los problemas de salud de la especie humana, se logra describir y analizar los problemas del hombre en su reproducción biológica y de la conducta humana, con el medio ambiente y con la economía.

La Epidemiología y las Ciencias Sociales han ayudado a conocer las implicaciones sociológicas que tienen los problemas de salud y enfermedad; por ello en la actualidad se están planificando programas que contemplan el estudio, análisis y medidas de aplicación preventivas y curativas, que toman en cuenta los factores antes mencionados. Para ello se ha creado una metodología que estudia y busca la solución de las desigualdades en la situación de salud, desarrollando sistemas de evaluación y vigilancia de la situación de salud de los diferentes grupos de población, según sus condiciones de vida, logrando así la identificación de perfiles prioritarios en diferentes grupos de población. Estos perfiles han servido de base para establecer las decisiones políticas, la planificación y gestión de salud y para evaluar el impacto de los programas sobre la población. (3)-(4)

Se aprecia a nivel local que los programas de salud no se efectúan coordinadamente entre los miembros del personal que trabajan a ese nivel, posiblemente porque la planificación de los programas, no se efectúa en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Facultad de Ciencias Médicas y demás instituciones gubernativas, y que las actividades realizadas, no contemplan la solución de otros problemas económico-sociales, que están interrelacionados con los de la salud, tales son entre otros, los económicos, de la vivienda y aspectos de la cultura local, así como costumbres y creencias que influyen en los problemas mencionados.



III. JUSTIFICACION

La práctica de E.P.S. Rural, como requisito curricular de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.S.A.C, la realicé en el Puesto de Salud de la Aldea Chimazat, municipio de Sta Cruz Balanyá, Departameto de Chimaltenango. El Puesto de salud es una dependencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Distrito # 7. Esta práctica docente ~~me permitió iniciar actividades~~ de tipo médico en la clínica y dentro de la población. Al tener contacto con los pobladores de la aldea me di cuenta que sus líderes en los grupos organizados, así como autoridades y pobladores en general, tenían una actitud positiva para participar en las diversas actividades en las que se le pidió colaboración o de forma espontánea, acudiendo a la consulta clínica, a vacunaciones, educación en salud y proporcionando la información que les fue solicitada en diferentes ocasiones; por lo anterior estimé que era un lugar propicio para iniciar adecuadamente la práctica rural, ya que , desde la inauguración, no se había hecho por ningún estudiante ni profesional médico.

Lo anterior, me hizo pensar que no basta efectuar mecánicamente la práctica clínica y de terreno, si no que, con la orientación adecuada, se deben reordenar las actividades docente-asistenciales y que el estudiante de medicina sea un elemento catalizador, para que de esta manera se reúnan autoridades encargadas de la práctica rural de la Facultad de Ciencias Médicas con la Jefatura de Area y con representantes de la población ; y en un esfuerzo conjunto se efectue el conocimiento, análisis de los problemas existentes en la aldea objeto de estudio y trabajo para lograr un programa que incluya, además del personal mencionado, estudiantes de otras facultades que efectúan prácticas rurales, y de ahí nazca un programa orientado en forma multiprofesional y multidisciplinario, tomando como premisa que los problemas de salud son de origen multifactorial y que son producto del momento histórico en que vive la población en su desarrollo social.

En este trabajo se quisiera motivar a las Instituciones responsables de la Salud de la República de Guatemala, para que contemplen los problemas que presenta la práctica docente a nivel estudiantil y a nivel de la población en general en la aldea en mención.

IV. OBJETIVOS

- 1- Obtener y analizar la información sobre aspectos de salud y enfermedad, de la Población de Chimazat.
- 2- Identificar los problemas de salud que afectan a la población de la Aldea Chimazat.
- 3- Identificar los fundamentos teóricos que explican los factores que influyen en la planificación de programas a nivel local.

V. MARCO TEORICO

El Puesto de Salud de Chimazat, perteneciente al Distrito de Patzicía y al Area de Chimaltenango; fue inaugurado en el año de 1980 con el objeto de prestar servicios de salud a los habitantes de la Aldea, a través de programas de atención ambulatoria curativa, programa materno-infantil, incluyendo consulta prenatal y postnatal; programa de planificación familiar, consulta de niño sano y de inmunizaciones. Se efectúa un reporte de esas actividades en forma mensual y trimestralmente, a la Jefatura de Distrito y de Area. La atención al público, fue efectuada por una auxiliar de enfermería, sin adiestramiento en Salud Pública. No existe una supervisión sistemática de las labores realizadas por parte de un departamento de enfermería profesional. No existe otro tipo de personal asignado al puesto de salud.

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, inició su programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural (E.P.S) el día 7 de febrero de 1975 en esta comunidad y desde el inicio no se encontró un programa escrito de salud, que normara las acciones de curación, prevención, rehabilitación, para esta localidad.

El Estado de Guatemala, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, realiza programas, buscando la solución de problemas de salud que aquejan a la población en general, dando prioridad a la asistencia de personas menos favorecidas de la población. Estas actividades son financiadas a través de impuestos que aportan los habitantes del país. (5)

La Universidad de San Carlos y la Facultad de Ciencias Médicas han efectuado convenios de trabajo para colaborar a nivel local en tareas de trabajo siendo ejemplo de ello el Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S) y el Internado Hospitalario. (6)

Las Ciencias Médicas y sobre todo la Epidemiología identifica a los grupos más vulnerables de la sociedad que se estudia, al analizar los individuos que tienen más probabilidad, en forma individual, de enfermar y morir, lo que permite formar grupos expuestos al mayor riesgo. De este modo se tiene una orientación de gran valor práctica para los servicios de salud que debido a los presupuestos reducidos,

miten aplicar costos bajos, buscando un alto rendimiento.

El administrador de salud local tiene que efectuar estudios que le permitan determinar, que grupo humano está afectado por determinada enfermedad o que condiciones del medio están influyendo en la aparición de dicha afección, cuando encuentra también las características de edad, sexo y ras, como las económico-sociales, que son factores determinantes en la aparición de las causas de morbilidad.

La Epidemiología permite por lo tanto hacer un diagnóstico de los problemas de salud de una comunidad, permite realizar proyecciones sobre la evolución de los grupos de enfermedades conocidas, así como ya se mencionó la identificación de los grupos vulnerables; permite además, complementar técnicas, como la planificación en salud y aportamientos básicos para la enseñanza de la medicina, que deben adecuarse en objetivos educacionales.

La Epidemiología a diferencia de las técnicas clínicas, que son un sistema aplicado al individuo, estudia el proceso salud-enfermedad en su dimensión social, es decir el médico cuenta sociedades que están sujetas a leyes propias y cuyo conocimiento rebasa las limitaciones del método clínico. Es así que la enfermedad es un producto directo o indirecto de las condiciones generales en que vive la sociedad y de las condiciones particulares, en que se desenvuelve una determinada capa social y que para su entendimiento, es necesario conocer las leyes generales o estructurales, así como aquellas particulares que explican la reproducción social de la clase o capa afectada. Entonces para analizar los procesos generales estructurales, debería conocerse en el tipo de estudio características como acumulación y concentración económicas, los sectores excluidos de bienes y riquezas (empobrecimiento), desarrollo productivo de la fuerza de trabajo, formas agrícolas tradicionales, salario y transformaciones ideológicas, migración, urbanización y cambios de patrones de vida, entre otras.

En los procesos particulares de clase o capa social debería conocerse la transformación de las formas de trabajo moderno, infantil, los cambios de las formas de consumo simple y ampliado, descomposición de la familia, el consumo y la fertilidad de la madre y la fecundidad, entre otros. (7) (9).

El trabajo a nivel local en las aldeas rurales de Guatemala encuentra todo un conjunto de valores y símbolos destinados a mantener las normas que regulan las relaciones entre individuos y de estos con las cosas materiales; la asociación mediatiza las experiencias de los individuos en todos los órdenes. Dan categoría básicas como sistemas de clasificación, por los cuales se describen y ordenan las experiencias que la cultura local acepta, que por comparación con la realidad encuentra anomalías que hacen que produzcan medidas que amenazan la cultura misma, tomándose acciones para evitar el hecho anómalo, creando tabúes, o declarando sucias e impuras algunas cosas, o dándoles características de frío o caliente y/o asignándoles simbología del mal. Para lo anterior la educación en salud implanta información compartida entre el emisor y el receptor de mensajes que se supone son proporcionados por un funcionario que vela por los intereses comunes y que puede contribuir a integrar a una comunidad cultural, a una red de información y transmisión, a través de las palabras orales y escritas. La evolución histórica de las capacidades de comunicación social y transformación activa del medio ambiente originan relaciones colectivas de apropiación de los medios de producción, como condición de existencia del metabolismo individual; esto crea vínculos humanos con la naturaleza que rodea al hombre.

Lo anterior es importante para conocer los tipos de sociabilidad humana y los obstáculos que la Salud Pública encuentra al implantar nuevas formas de intervención en problemas de salud que afectan al grupo, que en nuestro país podemos decir que existen, por las diferencias entre la cultura dominante y culturas que han sido dominadas y que tratan de conservar sus propios valores culturales. (10)

El interés por la conservación de la salud individual y los factores que la afectan, a trascendido hasta el ámbito social e internacional y es así como las resoluciones políticas internacionales de la Asamblea Internacional de Salud 1977, en el cual los representantes de los países miembros establecieron que "la principal meta social de los gobiernos y de la O.M.S debería ser, alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, para el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva". También en la declaración posterior de Alma Atala en 1978, se enfatizó el compromiso de los gobiernos de todos los países del mundo, que la Atención Primaria era

camino, como parte de un desarrollo general, con espíritu de justicia social. En 1980 los gobiernos de América acordaron en el XXVII Consejo Directivo de la O.P.S, las estrategias y objetivos regionales, estableciéndose metas precisas en términos de mortalidad general y expectativa de vida al nacer, así como de cobertura total de inmunizaciones, agua potable, disposición de excretas y de servicios de atención médica, para todo tipo de población. También se afirmó que la atención primaria debía de ser concebida como una estrategia de transformación del modelo asistencial, en función de los criterios de eficiencia, eficacia y equidad, así como el conjunto de acciones intersectoriales, orientadas a la transformación de las condiciones de vida, sobre todo de los grupos de población "postergados".

Conocer los problemas de salud debería permitir conocer el perfil de salud-enfermedad de cada grupo e identificar las acciones al nivel de reproducción biológica, que incluyen el embarazo, el desarrollo, el crecimiento, la genética, la inmunología, entre otras y que puedan ser susceptibles de realizar, para modificarlas positivamente. También permitiría conocer las situaciones a nivel de lo ecológico, como son las condiciones naturales del medio, los ciclos epidemiológicos de las enfermedades, el saneamiento ambiental, las condiciones ambientales del trabajo y a nivel de las formas de conciencia y conducta, la organización existente de la población, su participación, educación, entre otras y el nivel de las relaciones económicas, como es el proceso del trabajo, participación en la distribución y consumo de bienes y el acceso a servicios asistenciales.

Con el enfoque anterior se establecen planes y programas de salud con posibilidades de descentralización y con participación de las diferentes organizaciones locales y que traducirán en una estrategia de Atención Primaria, dirigida a promover cambios de la calidad de vida de toda la población y con el apoyo de las ciencias biológicas y sociales, definir los problemas de salud-enfermedad y la búsqueda de acciones eficientes y eficaces. (11)

Para encontrar los factores determinantes de las tasas de prevalencia e incidencia que aquejan a una población, amerita estudiar las características de las poblaciones y no solo de los individuos. (12)

La O.P.S en años recientes ha desarrollado sistemas de evaluación y vigilancia de la salud de los diferentes

sectores de la población, según sus condiciones de vida. El objetivo es buscar y adaptar las opciones prácticas y económicas para el análisis de la situación de salud, con énfasis en las desigualdades e inequidades, para evaluar los cambios y tendencias en el tiempo; esto se ha hecho a nivel nacional y local, donde también incluye el monitoreo de problemas prioritarios.

El Análisis de la Situación de Salud (A.S.I.S) consiste en la producción y procesamiento de información adecuada para la identificación de perfiles de problemas prioritarios en diferentes grupos de población. Es una función primordial para la toma de decisiones sobre políticas, planificación de salud y bienestar y para la evaluación del impacto de dichas decisiones sobre la población. Se puede comprobar que los problemas de salud no se distribuyen al azar y no tienen una frecuencia y gravedad igual en toda la población, sino que cambian a lo largo de la historia; es decir, tienen connotación histórica y guardan relación estrecha con los procesos generales de dichas sociedades y sus formas de producción, así como el desarrollo de las fuerzas productivas, sus formas de organización política, sus leyes y con los procesos demográficos y ecológicos. Es decir que se encontrarán perfiles de salud en los diferentes sectores de la población en cada momento histórico que se estudie, que traducen desigualdades de la forma particular e individual grupal de la inserción y participación del funcionamiento general de la sociedad, en el uso del territorio de los bienes y servicios que esta sociedad produce. Los grupos tienen condiciones de vida que se sitúan entre los procesos de desarrollo generales de la sociedad y sus perfiles de salud; en este momento debe accionar la salud pública; además hay diferencias en la salud individual que se manifiestan por mayor susceptibilidad, riesgo o resistencia, en relación con los problemas de salud, este es el campo de acción de la clínica médica. Por razones prácticas en términos de costo y utilidad se busca la solución de los problemas de salud de los distintos grupos poblacionales con la estrategia de A.S.I.S en el campo de la Salud Pública.

La esencia del A.S.I.S. es el estudio de las desigualdades e injusticias particulares de cada población, donde se espera que actúen los programas de servicio de salud y bienestar, evidenciando los problemas de salud y condiciones de vida para el reforzamiento de respuestas sociales integrales e intersectoriales; así se podrá evaluar el impacto de las acciones y decisiones, a la vez como la

participación de la población al relacionar los problemas de salud con la vida cotidiana de cada grupo social.

El estudio de desigualdades e iniquidades que plantea A.S.I.S, define que debe trabajarse con grupos de población relativamente homogéneos, como unidades de análisis. Deben analizarse grupos reales en la forma más similar posible, como se organiza y existe en su vida diaria y que va a estar sujeta a las acciones de salud y bienestar. También debe definirse el territorio, en donde se realice la vida comunal y sus interacciones de su existencia y su reproducción social. Los resultados de A.S.I.S deben presentarse como indicadores de salud, para poderlos comparar con otros grupos poblacionales. (4)

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través de su programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural, en relación con su Análisis de Situación de Salud con la Comunidad (A.S.I.S.C) (13) del año de 1995 lo define así: "Es el proceso por el cual, es posible determinar las condiciones y características de salud de una población determinada, sus diferencias estructurales internas, sus problemas y necesidades de salud. Todo ello, a través de investigación documental y de opinión comunitaria que conduce a identificar las causas determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad y la interrelación existente, para decidir la orientación de las acciones a emprender.

El A.S.I.S.C es el punto de partida en cualquier enfoque de planificación y tiene los siguientes objetivos:

- 1- Identificar los problemas de salud enfermedad de la comunidad y de los grupos que la constituyen.
- 2- Identificar las necesidades de salud de la comunidad.
- 3- Identificar los factores que condicionan y determinan el proceso de salud enfermedad en la comunidad.
- 4- Identificar la percepción y comprensión que tiene la comunidad sobre el proceso salud-enfermedad en el que está inmersa.
- 5- Priorizar los problemas y necesidades de salud de y con la comunidad.

- 6- Establecer la interrelaciones existentes entre los factores, y de éstos con los problemas y necesidades de salud.
- 7- Identificar el interés existente entre los habitantes del lugar, por participar activamente en la solución a los problemas de salud.
- 8- Proponer las medidas o intervenciones necesarias para corregir los problemas y satisfacer las necesidades de salud.
- 9- Orientar técnicamente lo administrativo y político, para mejorar la salud de la comunidad.

Lo anterior se logra por medio de la obtención de indicadores de salud y sociales, encuestas y búsqueda de consenso y se busca como procedimiento:

- 1- Establecer contacto efectivo con la comunidad.
- 2- Establecer comunicación con líderes representativos de la población.
- 3- Comprender los objetivos de la organización comunitaria.
- 4- Comprender las estrategias y las funciones de la organización.
- 5- Determinar la estructura de la organización comunitaria.
- 6- Manejar incentivos adecuados.
- 7- Reconocer la administración de la organización comunitaria.
- 8- Ejecutar las actividades con apoyo de la organización comunitaria.
- 9- Lograr una supervisión y provisión de apoyo adecuado.
- 10- Controlar y evaluar el desempeño con la organización comunitaria.

Es importante recalcar que alrededor del tema salud los grupos de la población se organizan, por su interés de mejorar las condiciones de vida de sus miembros y buscar la solución de los problemas que le afectan. Las acciones que se efectúan para transformar favorablemente las condiciones que afectan la salud de la población, demandan de la misma población y de las instituciones que colaboran, que tomen un camino ordenado, que incluyan actividades de observación, planificación, reflexión y acción; se emplean técnicas ya mencionadas, de datos estadísticos, obtención de opiniones por encuestas, buscando el consenso por medio de foros, grupos focales, impresiones en la comunidad y otros. (14)

Comisión de la Organización de las Naciones Unidas
1984

VI. METODOLOGIA

a) Tipo de Estudio:

El presente es un estudio descriptivo de la situación de salud de la Aldea Chimazat, utilizando datos retrospectivos, existentes en el registro civil, archivo del Puesto de Salud, de la Jefatura de Area y Distrito de Salud. Por encuesta se obtuvieron de los jefes de familia datos sobre riesgos a que está sometida la familia de acuerdo a las fichas de encuesta, así como los de la vivienda. Por observación directa se obtuvieron características de donde vive la población y en el plano de la aldea se ubicaron las casas y las familias sujetas a riesgo. Posteriormente a la recolección de la información se tabularon los datos. (15)

Este estudio se efectuó en los meses de febrero a julio de 1995.

b) Material de Estudio:

Se incluyen los datos obtenidos del registros de archivos del Puesto de Salud, Area y Distrito de Salud, así como el registro civil de la Municipalidad de Sta. Cruz Balanyá; fichas de encuesta de población, vivienda y datos obtenidos directamente de personas, líderes y autoridades de la Aldea Chimazat.

c) Población de Estudio:

Se incluye en el estudio el universo finito de la población de la Aldea Chimazat del casco urbano.
(15)

Recursos Materiales:

Económicos:

Papelera de encuestas e informe.
Computadora.
Transporte
Comida.
Vivienda.
Libros, Folletos.
Calculadora.

Humanos:

Auxiliar del Puesto de Salud.
Personal del Registro Civil de la Municipalidad de Sta.
Cruz Balanyá.
Jefe de Area de Salud del Ministerio de Salud Pública.
Maestros de los básicos y primaria de la comunidad.
Alcalde y Alcalde Auxiliar de la comunidad.
Promotor de Salud.
Vecinos.

VII. ASPECTOS LEGALES

Autorización por parte del Coordinador de la Unidad de Te de la Facultad de Ciencias Médicas, así como del Jefe Distrito de Area en Chimaltenango.

VIII. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Los lineamientos conceptuales, metodológicos operativos incluye los siguientes procedimientos:

- 1- Descripción de la situación.
- 2- Ubicación del Estudio.
- 3- Fecha de inicio y de finalización de recolección de datos.

Se incluyen también aspectos geográficos, como extensión territorial, topografía, clima, altitud, accidentes físicos del terreno y vías de comunicación.

En los aspectos históricos se tomaron en cuenta la fecha de fundación, significado del lugar, hechos relevantes, tradiciones y celebraciones; catástrofes, violencia social, etc.

Otro punto que se toma en cuenta es la demografía, que incluye la composición de la población, dinámica, tamaño, la morbi-mortalidad, con sus indicadores de salud utilizados.

En el aspecto socio-económico se toman aspectos de condiciones de producción, consumo y mercado, así como ocupación de los jefes de familia.

En los aspectos sociales se estudiaron el tipo de sociedad, sus costumbres, vivienda, recreación, instituciones asistenciales y ferias de la localidad. Se conoció la organización municipal y la existencia de otras instituciones políticas, sociales y culturales; se abordó el sistema de creencias religiosas y la cosmovisión de salud-enfermedad tanto mágico, como religioso.

En la organización social deben conocerse los grupos organizados activos y las obras realizadas; la educación se midió por el alfabetismo de madres de familia. Se considera a la familia como un núcleo social, donde se realizan

actividades de Atención Primaria y buscando sus factores de riesgo en la salud, con énfasis en las enfermedades diarreicas, respiratorias agudas trasmisibles prevenibles por inmunización y enfermedades de la piel; el perfil de los factores de riesgo familiares se identificarán así:

Factores de riesgo:	Puntaje
1- Viviendas sin letrina o con letrina mal utilizada	3
2- Agua de consumo sin tratamiento.	3
3- Drenajes a flor de tierra.	3
4- Ausencia permanente de uno o ambos padres.	3
5- Niños menores de 5 años fallecidos en el mismo año.	3
6- Familia numerosa (> o igual que 6).	3
7- Niños con esquema de vacunación incompleto.	2
8- Madres gestantes o púerperas sin control.	2
9- Analfabetismo Materno.	2
10- Mala disposición de basura.	2
11- Familia con niños menores de 5 años.	2
12- No utilización de servicios de salud.	2
13- Hacinamiento, más de 3 personas por habitación.	2
14- Vivienda con un solo ambiente.	1
15- Personas con enfermedades infecto-contagiosas.	1

Clasificación del Nivel de Riesgo Familiar:

En base a la sumatoria de los valores asignados a cada factor de riesgo, la familia se clasificará de la siguiente manera:

BAJO RIESGO

Cuando el puntaje de la familia sea 1 a 16 puntos.

ALTO RIESGO

Cuando el puntaje de la familia se encuentre entre 17 a 34 puntos.

Como se mencionó anteriormente este estudio se aplicó en el universo finito de la aldea en estudio y se clasificó de acuerdo al puntaje obtenido a través de la encuesta. (16)

IX. PLANIFICACION EN SALUD

Una estrategia de salud ha sido definida como: "Un conjunto de medidas técnicas interrelacionadas (médicas, epidemiológicas, de salud pública u otras vinculadas con la salud), que permiten alcanzar los objetivos y las metas propuestas, implicando el uso de un conjunto de recursos humanos, instalaciones, suministros y equipos." (14)

La planificación de la salud de la Aldea estudiada, debe estar basada en la estrategia de riesgo, para solucionar los problemas de adultos, madres y niños. La estrategia mencionada permite alcanzar objetivos y metas de la Atención Primaria en Salud, para la solución o reducción de uno o más problemas específicos de salud.

Se debe tomar en cuenta, para aplicar esta estrategia la estructura que incluye el sistema social, político y administrativo de la población y los recursos existentes en la localidad, los que puedan agenciarse fuera de la población y los recursos necesarios, con la tecnología fácil de aplicar, para tomar una línea específica de acción.

La estrategia debe contemplar la promoción de la salud, la detección temprana de los problemas y su tratamiento, la rehabilitación de los mismos y la evaluación de los resultados obtenidos. Debe de estar acorde con las políticas, normas y procedimientos del Ministerio de Salud Pública, tratando que sea el total de la población beneficiada con la atención en salud. Dar participación a la comunidad en la toma de decisiones y en la ejecución de los programas; se debe dar mayor importancia a los grupos más afectados de la población.

Esta estrategia determina los niveles de intervención y define el enfoque de riesgo, que debe de ser utilizado. La información recabada del riesgo relativo, obtenido por investigación en el individuo, la familia y la comunidad, debe mostrar la prevalencia de los principales riesgos y así se podrá predecir como se comportarán estos factores al planificar intervenciones sobre ellos. También es importante destacar, que con la información obtenida sobre los factores de riesgo de la población, deben relacionarse directamente con la capacidad de los recursos humanos y materiales, para modificar en lo posible los riesgos encontrados. Debe indicarse que la estrategia de riesgo está siendo llevada a

nivel local en el Puesto de Salud de la Aldea Chimazat, pero es necesario implementar la investigación de los problemas económico-sociales de acuerdo con los recursos humanos y materiales, que puedan agenciarse. (13)



10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación del informe final para correcciones a la coordinación de tesis.
12. Impresión de informe final y trámites administrativos.
13. Graduación.



XI. CUADROS



ACTIVIDAD ECONOMICA DE LOS JEFES DE FAMILIA

ALDEA CHIMAZAT - 1995

CUADRO No. 1

ACTIVIDAD ECONOMICA	
AGRICULTOR PROPIETARIO	67
AGRICULTOR NO P.	40
COMERCIANTE	17
ARRENDADOR	2
ALBANIL	4
FONTANERO	1
CARPINTERO	1
ARTESANO	1
PROFESOR	8
POLICIA	1
SOLDADO	1
PILOTO	2
GERENTE REST.	1
SASTRE	2
TOPOGRAFO	1
AYUDANTE MECANICO	2
PASTOR EVANGELICO	1
PANADERO	2
CONTADOR	1
INSPECTOR SANEAMIENTO	1
ENFERMERA	1
P.M.A	1
DEPENDIENTE	1

FUENTE: Encuesta domiciliaria Febrero-Julio
TOTAL:170

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LOS JEFES DE

ALDEA CHIMAZAT - 1995
CUADRO No. 1

1.AGRICULTOR PROPIETARIO	67
-<5 CUERDAS	40
-5 A 10 CUERDAS	18
-11-20 C.	6
-20-50 C.	2
->50 C.	1
2.AGRICULTOR PROPIETARIO	67
- 0 EMPLEADOS	51
- 1-2 E.	12
- 3-5 E.	4
- > 5 E.	0
3.AGRICULTOR NO PROPIETARIO	40
-EMPLEADO	33
-ARREDA TERRENO	7
4.COMERCIANTE	17
-0 EMPLEADOS	12
-1-2 E.	3
->3 E.	2

FUENTE: Encuesta domiciliaria Febrero-Julio
TOTAL:170

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

ALDEA CHIMAZAT - 1995

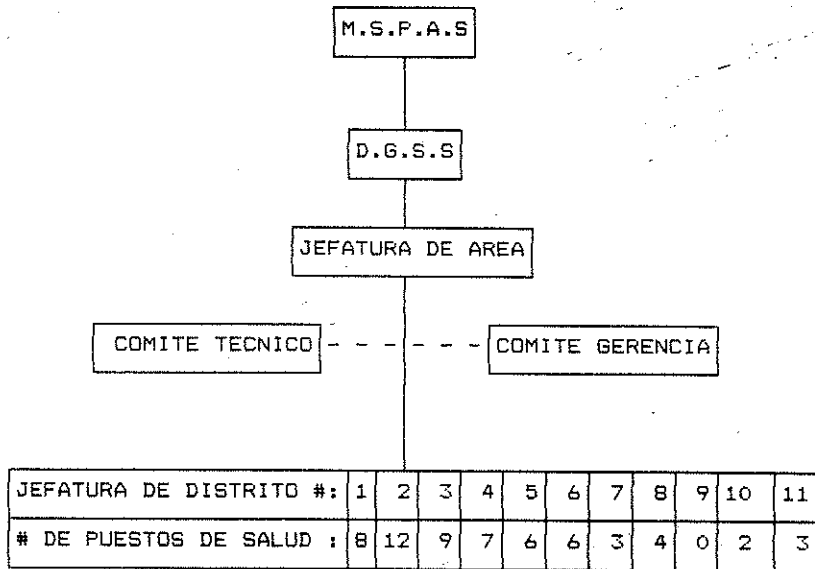
CUADRO No. 3

<u>VIVIENDA</u>	<u>145</u>
-PROPIA	145
MATERIAL TECHO	
-CEMENTO	1
-TEJA	3
-LAMINA	139
-LOZA	1
-MADERA	5
PISO	
-TIERRA	40
-MADERA	3
-CEMENTO	80
-GRANITO	15
-LADRILLO	7
MATERIAL PAREDES	
-LADRILLO	2
-ADOBE	52
-MADERA	14
-BLOCK	80

Resto de casas, al momento de la visita, no habia alguien que diera informacion
te: Encuesta domiciliaria Febrero-Julio



ORGANIGRAMA JEFATURA DE AREA
Cuadro No. 4

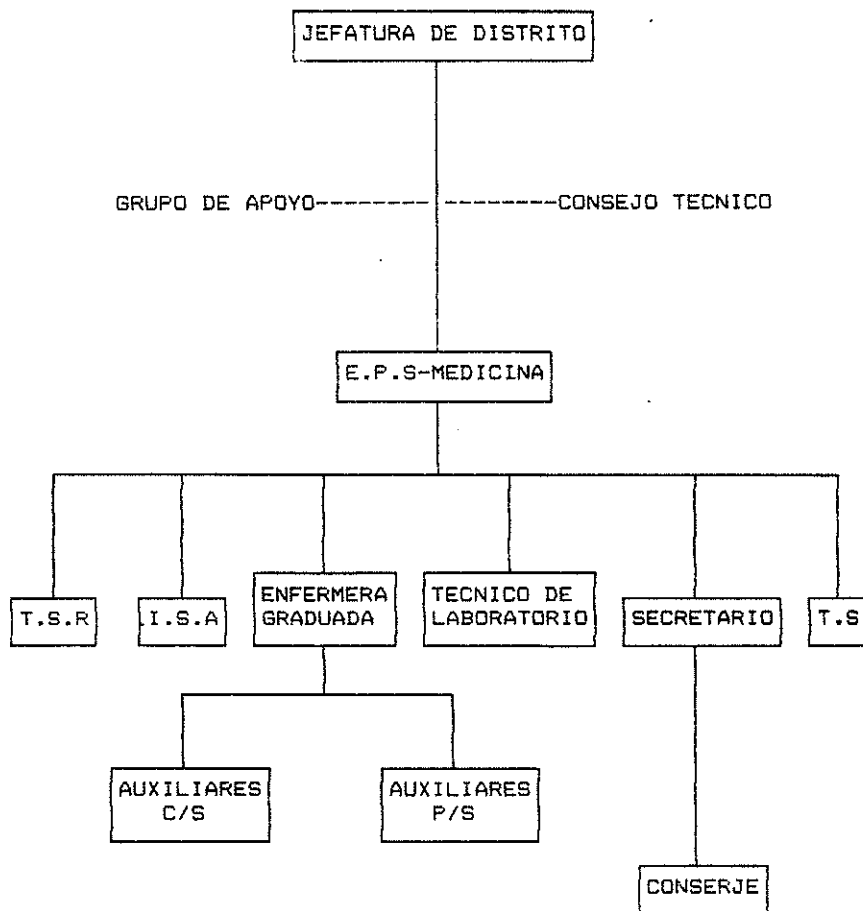


NOMBRE DEL DISTRITO:

1- CHIMALTENANGO.	6- PATZUN.
2- TECPAN. GUATEMALA.	7- PATZICIA.
3- SAN MARTIN JILOTEPEQUE.	8- ACATENANGO.
4- COMALAPA.	9- POCHUTA.
5- SAN JOSE POAQUIL.	10- YEPOCAPA.
11- SAN ANDRES ITZTAPA.	

FUENTE: JEFATURA DE AREA, CHIMALTENANGO.

ORGANIGRAMA DEL DISTRITO # 7.
Cuadro No. 5



FUENTE: CENTRO DE SALUD PATZICIA.
(JEFATURA DE DISTRITO No. 7)

TASA DE NATALIDAD	23.41	Por cada mil hab. nacen 23 niños al año, lo que indica que hay que mejorar las actividades sobre planificación familiar y otros programas de salud que involucren a la pobl
TASA GENERAL DE FECUNDIDAD	117.02	Por cada mil mujeres entre 15 y 49 años, nacen 117 niños al año, lo que se sugiere que hay que mejorar la actividades de planificación familiar e incentivar a las familias a que utilicen el método que mejor les convenga y sea más adecuado para ellos.

Fuente: Registro Centro de Salud Patzicía

MORTALIDAD EN < DE 1 AÑO, POR SEXO
1990-1994, ALDEA CHIMAZAT

Cuadro No. 8

CAUSA DE MUERTE	HOMBRES	%	MUJERES	%
1. B.N.M	3	33	2	23
2. MORTINATO	1	11	0	0
3. S.D.A	1	11	0	0
4. Sx. DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	0	0	1	11
5. ASFIXIA NEONATAL	1	11	0	0
TOTAL	6	66	3	34
TOTAL MUERTES: 9 (100%)				

fuente: Registro Municipalidad Sta. Cruz Balanyá.

MORTALIDAD EN NIÑOS DE 1-4 AÑOS, POR SEXO
1990-1994, ALDEA CHIMAZAT

Cuadro No. 9

CAUSA DE MUERTE	HOMBRES	%	MUJERES	%
1. B.N.M	0	0	1	50
2. S.D.A	1	50	0	0
TOTAL	1	50	1	50
TOTAL MUERTES: 2 (100%)				

fuente: Registro Municipalidad Sta. Cruz Balanyá.

MORTALIDAD EN NIÑOS DE 5-14 AÑOS, POR SEXO
1990-1994, ALDEA CHIMAZAT

Cuadro No. 10

CAUSA DE MUERTE	HOMBRES	%	MUJERES	%
1. S.D.A	1	50	0	0
2. B.N.M	1	50	0	0
TOTAL	2	100	0	0
TOTAL MUERTES: 2 (100%)				

Fuente: Registro Municipalidad Sta. Cruz Balanyá.

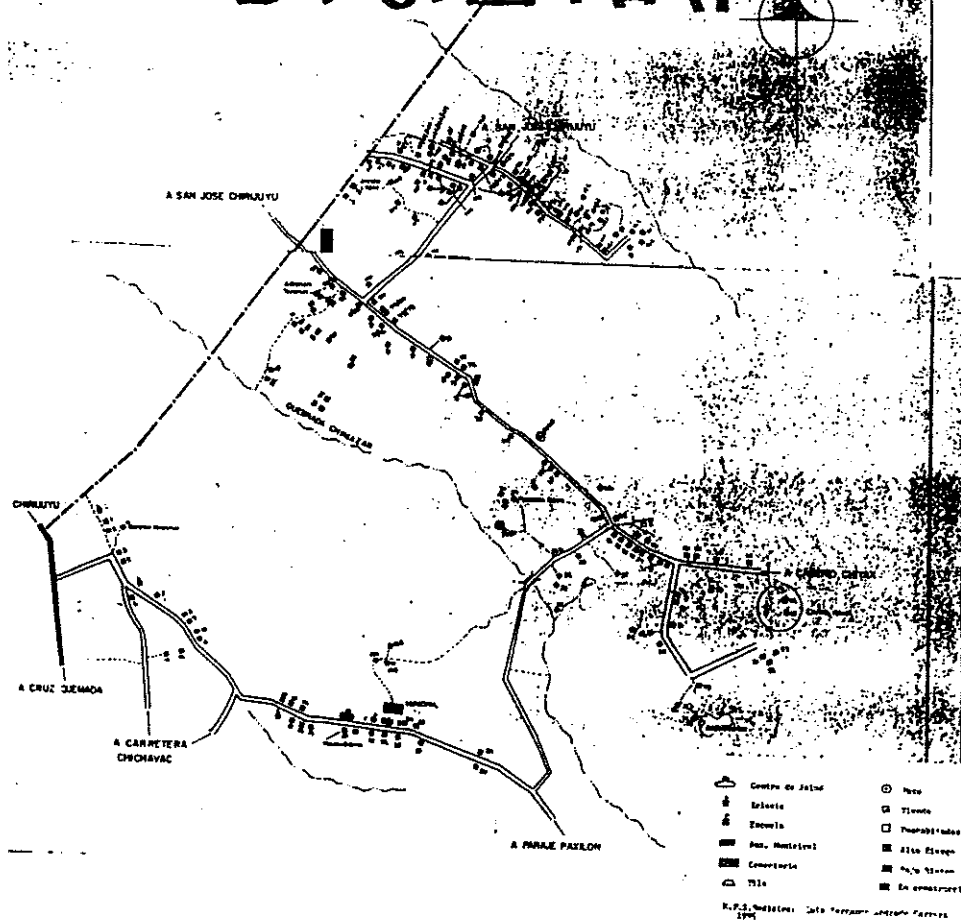
MORTALIDAD EN PACIENTES DE 15 A 45 AÑOS, POR SEXO
1990-1994, ALDEA CHIMAZAT

Cuadro No. 11

CAUSA DE MUERTE	HOMBRES	%	MUJERES	%
1. Sx. CONVULSIVO	1	25	0	0
2. S.D.A.	0	0	1	25
3. I.R.C.	1	25	0	0
4. PARO CARDIACO	0	0	1	25
TOTAL	2	50	2	50
TOTAL MUERTES: 4 (100%)				

Fuente: Registro Municipalidad Sta. Cruz Balanyá.

ALDEA CHIMAZAT



TOTAL DE FACTORES DE RIESGO DETECTADOS Y MODIFICADOS
PRIMER SEMESTRE, 1995 - ALDEA CHIMAZAT

Cuadro No. 13

No.	FACTOR DE RIESGO	DETECTADOS	MODIFICADOS	
			PARCIAL	TOTAL
1.	Vivienda sin letrina o mal utilizada.	13	9	4
2.	Agua de consumo sin tratamiento.	31	13	18
3.	Drenajes a flor de tierra.	170	-	-
4.	Ausencia de uno o ambos padres.	24	2	-
5.	< de 5 años fallecidos último año.	10	-	-
6.	Familia numerosa. (6 o más).	77	-	-
7.	Niños con esquema de vac. incompleto.	8	2	6
8.	Madres gestantes o puerperas sin ctrl.	17	5	12
9.	Analfabetismo materno.	46	3	-
10.	Mala disposición de basuras.	34	9	25
11.	Familia con niños < de 5 años.	80	-	-
12.	No utilización del puesto de salud.	88	44	44

13.	Hacinamiento, más de 3 por habitación	82	-	-
14.	Vivienda con un solo ambiente.	56	-	-
15.	Personas con enfer- medad Infecto-Contá	46	16	330

FUENTE: ENCUESTA DOMICILIAR. FEBRERO-JULIO



XII. PRESENTACION DE RESULTADOS

a) NIVEL COMUNITARIO

La aldea de Chimazat, municipio de Sta. Cruz Balanyá, Chimaltenango, está situada en el altiplano guatemalteco; ha sufrido dos terremotos de gran importancia, siendo el último el del 4 de febrero de 1976, ocasionando muertes y destrucción de prácticamente todas las viviendas y edificios públicos.

Las vías de acceso y las calles de la población son de tierra y la carretera interamericana está a corta distancia de la población, con la cual se puede comunicar fácilmente, con la cabecera municipal y departamental, así como otras regiones y la capital de la República.

Está situada a una altura de 7500 pies, por lo cual su clima es templado y desciende a 7 grados C. en los meses más fríos. La economía está basada en la agricultura. (cuadros 1-2). Las ocupaciones de los jefes de familia, muestran que la de agricultor propietario es la más numerosa; la mayoría de propietarios de terreno tienen menos de 50 cuerdas. Cuarenta son propietarios de parcelas menores de 5 cuerdas (1 cuerda=625 varas cuadradas). Los agricultores no propietarios de tierra son 40. Comerciantes propietarios de negocios son 17.

La producción agrícola tiene como principal cultivo el maíz, trigo, papas, arveja china y otros vegetales.

Las viviendas (cuadro 3) están construidas, principalmente de block de cemento en número de 80; 52 son de adobe y 14 de madera rústica. Están construidas por albañiles sin orientación profesional; la mayoría de viviendas cuenta con agua intradomiciliar.

Con respecto a la vestimenta, las mujeres visten traje típico y en esta región se habla cakchiquel.

La autoridad civil la ejerce un alcalde auxiliar y 8 ministriles y son nombrados por el alcalde de Balanyá. Existe un comité pro-mejoramiento y el del agua potable. Esta comunidad cuenta con una escuela primaria y secundaria.

La aldea cuenta con un Puesto de Salud, una auxiliar de enfermería permanente y un E.P.S., que por primera vez inició sus tareas en el mes de febrero de 1995; además existe un promotor de salud voluntario. (4)-(5)

La población es de 2050 habitantes, de los cuales 77 son menores de 1 año. Las mujeres entre 15 y 44 años son 410 (30%) y se registraron 48 nacidos vivos. (Cuadro 6)

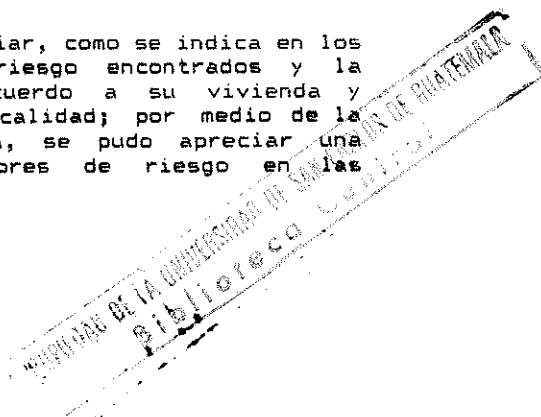
La tasa de mortalidad infantil fue de 42 x 1000 nacidos vivos; la tasa de mortalidad neonatal fue de 20.83 x 1000 nacidos vivos. No se reportaron muertes maternas, ni de escolares. La tasa de natalidad fue de 23.41 x 1000 habitantes; la tasa de fecundidad fue de 117 x 1000 mujeres en edad reproductiva; los datos anteriores corresponden al año 1994. (Cuadro 7). Para los años 1990-94 las causas de muerte en menores de un año fueron en primer lugar las enfermedades respiratorias y las diarreicas, obteniéndose milares resultados entre niños de 1 a 4 años y de 5 a 14 años (Cuadros 8-9-10-11). En la mortalidad de mayores de 15 años se presentaron 2 casos de S.D.A, 2 por Bronconeumonía, 4 por Desnutrición proteico calórica, cirrosis y alcoholismo 2 y cancer 2.

La morbilidad detectada a través de la consulta del Puesto de Salud fueron las principales causas las enfermedades respiratorias e intestinales.

Con respecto al saneamiento ambiental se encontró que 92.2% de las viviendas cuentan con agua potable domiciliario, un 9.7% de las viviendas obtienen el agua de los pozos llenos cántaros; el servicio es deficiente en cantidad, por lo que cuentan además con pozos. El agua que se utiliza, tiene cloración; 47 viviendas no contaban con letrina; la basura es quemada en el patio y se utiliza como abono para las siembras.

NIVEL INDIVIDUAL Y FAMILIAR

En el nivel Individual y Familiar, como se indica en los cuadros 12-13, los factores de riesgo encontrados y la ubicación de las familias de acuerdo a su vivienda y calizadas en el plano de la localidad; por medio de la primera visita domiciliar realizada, se pudo apreciar una disminución general de los factores de riesgo en las



distintas familias, debido a las intervenciones que dan resultados a corto plazo. A través de la consulta domiciliaria, investigando factores de riesgo, se encontraron pocas familias con niños con esquema de vacunación incompleto. Algunos factores como drenajes a flor de tierra, familias numerosas, analfabetismo materno, mortalidad infantil, deficiencias en el abastecimiento de agua municipal, se podrán modificar cuando la planificación de las acciones de salud este complementada, sobre otros factores, como son los económicos y los educativos, entre otros, con un enfoque para su solución multiprofesional y multidisciplinario y con los recursos adecuados.

La cobertura del programa pediátrico durante el primer semestre de 1995, se alcanzó en un 40%; en el de 1-4 años 26%; en el de 5-14 años 32%.

En la atención médica general, que incluye la población de 15 años en adelante se alcanzó la meta en el 100%.

En el programa materno, para el control prenatal se logró un 43.26%; en el de puerperio solo asistió 1 paciente.

En el programa de inmunizaciones se cubrió con vacuna antipolio al 33% de la población objeto; con DPT 17%; Sarampión 22%, BCG 34%, Toxoide Tetánico 11%.

En el programa de educación en salud se impartieron los temas de Funcionamiento del Aparato Digestivo, Parasitismo Intestinal, Colera, Higiene Personal, SIDA e Higiene Bucal, utilizando la técnica de exposición, con participación activa de los participantes y con ayudas audiovisuales, como retroproyector, películas de video y títeres; se impartieron a la primaria, básicos, padres de familia y en forma individual en la clínica.

Respecto al programa de Vigilancia Epidemiológica, se utilizaron las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública, reportando las enfermedades que se encuentran bajo vigilancia epidemiológica; se realizaron corredores endémicos de las principales enfermedades reportadas en las boletas F4 respectivas, de los 5 años anteriores (1990-1994).

Se efectuaron reuniones con el Alcalde auxiliar de la Aldea, Alcalde municipal de Balanyá, con líderes de la comunidad, así como con sus comités y con el personal de la

escuela regional, para dar a conocer los programas a realizar, así como los problemas encontrados y los referidos por ellos. Se obtuvieron recursos para la dotación de agua al puesto de salud y balcones para las ventanas del puesto.

Con la colaboración de dos E.P.S de la facultad de odontología se efectuaron actividades conjuntas de educación y salud y aplicación tópica de fluor. Con el E.P.S de Sta. Cruz Balanyá, se hizo educación en salud en forma conjunta en ambos puestos y en Patzicía.

La Dirección Técnica del Presupuesto del Ministerio de Salud de la partida 95-0926-1.126-04-543, destinó para cuatro trimestres 11,100 quetzales: para personal permanente, alumbrado eléctrico, viáticos, servicios diversos, combustible y lubricantes, servicios varios y utilería del puesto de salud; este presupuesto es manejado por la Jefatura de Distrito (Patzicía).



XIII. PROGRAMACION

Para atender los problemas de salud de la población, realizan en el Puesto de Salud de la Aldea Chima: programas de Atención Primaria en Salud y los de E.P.S Rus siguiendo en su aplicación los lineamientos del Ministerio Salud Pública de Atención Primaria y los que da la Facultad de Ciencias Médicas U.S.A.C.

Las actividades para estos programas se realizan en horario de 8 a 16 horas, de lunes a viernes en clínica y domicilio. Se realizan cuatro jornadas nacionales anuales vacunación.

A continuación se presentan los cuadros indicándose actividades programáticas a realizar:

a) Nivel Individual:

PROGRAMA MATERNO:

1. Objetivos

- a- Dar atención prenatal, precoz y eficiente .
- b- Aumentar la cobertura de la atención profesional parto en el Hospital.
- c- Impartir educación en salud.
- d- Disminuir el aborto provocado.
- e- Dar tratamiento a la patología del embarazo.

2. Actividades Programáticas

- a- Consultas a embarazadas y púerperas.
- b- Consultas de planificación familiar.
- c- Consulta general a mujeres de 15 a 45 años.
- d- Referencia a hospitales u otras instituciones.
- e- Visita domiciliaria.

ACTIVIDADES PROGRAMATICAS PUESTO DE SALUD ALDEA CHIMAZAT

Actividades	Unidad de Medida	Universo	Pobl. a Servir	Concentr.	Total Activ
Consultas Embarazadas	1	104	52-50%	4	208
Consultas Puerperas	1	104	52-50%	4	208
Consultas Plan Fam.	1	448	45-10%	12	540
Consultas Muj 15-44 años	1	448	112-25%	1	112
Total cons. grupo Mater.	1	448	261-58%	-	1068

La Unidad de Medida, el Universo, la Población a servir y la Concentración fueron calculadas de acuerdo a las normas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y tomando en cuenta las necesidades de la Jefatura del Distrito de Salud. (18)

PROGRAMA INFANTIL:

1. Objetivos

- a- Proporcionar cuidados médicos eficientes y oportunos.
- b- Fomento, recuperación de la salud y prevención de las enfermedades.
- c- Darle mayor importancia a los pacientes sujetos a mayor riesgo, detectados a través de la consulta externa y visita domiciliaria, para reducir la morbi-mortalidad.
- d- Ampliar la cobertura.

2. Actividades Programáticas

- a- Control de niño sano.
- b- Consulta externa y domiciliar.
- c- Vacunación.
- d- Educación.
- e- Referencia Hospitales u otras instituciones.
- f- Visita domiciliar.

ACTIVIDADES PROGRAMATICAS
PUESTO DE SALUD ALDEA CHIMAZAT

Actividades	Unidad de Medida	Univers.	Pobl. a Servir	Concentr.	Total Activ
Consultas < 1 año.	1	79	47-60%	3	141
Consultas de 1-4 años.	1	290	188-65%	2	290
Consultas 5-14 años.	1	597	298-50%	1	298
Total Cons. Pediátricas	1	966	531-55%	-	729

La Unidad de Medida, el Universo, la Población a servir y la Concentración fueron calculadas de acuerdo a las normas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y tomando en cuenta las necesidades de la Jefatura del Distrito de Salud. (18)

PROGRAMA DE CONSULTA GENERAL:

1. Objetivos

- a- Atender la demanda de población adulta, que solicita tratamiento médico, por diversas dolencias.
- b- Referencia a hospitales de casos que ameriten hospitalización o revisión por especialistas.
- c- Educación en clínicas y a grupos organizados, sobre temas de prevención de enfermedades prevalcientes en la comunidad y manera de identificarlos.
- d- Atención domiciliaria.

2. Actividades

- a- Consulta externa y domiciliar a pacientes.
- b- Educación individual y por grupos.

ACTIVIDADES PROGRAMATICAS
PUESTO DE SALUD ALDEA CHIMAZAT

Actividades	Unidad de Medida	Univers.	Pobl. a Servir	Concentr.	Total Activ
Consulta de Hombres >15 y Mujeres >45	1	671	101-15%	1	101
Total Cons. Odontológicas	-	-	-	-	-
Total de Emergencias.	1	20	20-100%	1	20
Consulta General	1	691	121-17.5%	-	121

La Unidad de Medida, el Universo, la Población a servir y la Concentración fueron calculadas de acuerdo a las normas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y tomando en cuenta las necesidades de la Jefatura del Distrito de Salud. (18)

PROGRAMA DE INMUNIZACIONES

1. Objetivos

- a- Inmunizar a la población susceptible de niños y mujer embarazadas aplicando las normas contenidas en P.A.I., (19)

2. Actividades

- a- Vacunación en Puesto de Salud.
- b- Vacunación domiciliaria en niños detectados en terre y susceptibles.
- c- Jornadas de vacunación nacionales.
- d- Toxide Tetánico a madres embarazadas y en heridas.

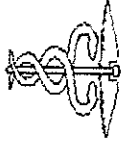
ACTIVIDADES PROGRAMATICAS
PUESTO DE SALUD ALDEA CHIMAZAT

Biológico	Universo	Población a Servir	# de Dosis	Total de Actividades
Polio R.N.	104	104-100%	1	104
Polio < 1 año.	79	79-100%	3	237
Polio 1-4 años.	290	188-65%	3	564
D.P.T. < 1 año.	79	79-100%	3	237
D.P.T de 1-4 años	290	232-80%	3	696
Sarampión < 1 año.	20	20-100%	1	20
Sarampión de 1-4 años	290	58-20%	1	58
Sarampión Ref.1-15 a.	887	89-10%	1	89

B.C.G. < 1 año.	79	40-32%	1	40
B.C.G de 1-4 años	290	73-25%	1	73
B.C.G Escolares.	597	30-5%	1	30
T.T Emb.	104	52-50%	3	156
T.T Mujeres 15-44 años.	-	-	-	-
T.T. otros.	1015	10-1%	3	30

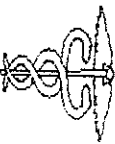
La Unidad de Medida, el Universo, la Población a servir y la Concentración fueron calculadas de acuerdo a las normas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y tomando en cuenta las necesidades de la Jefatura del Distrito de Salud. (18)





ACTIVIDADES PROGRAMATICAS

PUESTO DE SALUD, ALDEA CHIMAZAT, 1995.



HORARIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 HRS	EMBARAZADAS Y PUERPERAS	CONSULTA GENERAL (ADULTOS-NINOS)	EMBARAZADAS Y PUERPERAS	NINO SANO	PLAN FAM.
9:00 HRS	" "	" "	" "	" "	" "
10:00 HRS	" "	" "	" "	" "	" "
11:00 HRS	CONSULTA GENERAL (ADULTOS-NINOS)	" "	CONSULTA GENERAL (ADULTOS-NINOS)	CONSULTA GENERAL (ADULTOS-NINOS)	" "
12:00 HRS	" "	" "	" "	" "	CONSULTA GENERAL (ADULTOS-NINOS)
13:00 HRS	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO
14:00 HRS	VISITAS DOMICILIARES Y/O DIVERSAS ACTIVIDADES	VISITAS DOMICILIARES Y/O DIVERSAS ACT.	VISITAS DOMICILIARES Y/O DIVERSAS ACT.	VISITAS DOMICILIARES Y/O DIVERSAS ACT.	VISITAS DOMICILIARES Y/O DIVERSAS ACT.
15:00 HRS	" "	" "	" "	" "	" "
16:00 HRS	" "	" "	" "	" "	" "

1
0
4
1

El total de actividades de los programas Materno, infantil y Consulta General son de 1918, contándose con 230 días hábiles anuales.

En el cuadro anterior, se sugiere utilizar 6 horas a la semana (días lunes y miércoles) para atender a las pacientes parazadas y puerperas. Si se usan 30 minutos por paciente, atenderían 12 a la semana y al año evaluarían 540 pacientes, valor que sobrepasa lo estipulado (416). Se sugiere también, que si se utiliza un día a la semana para la planificación familiar, ya sea utilizando 20 minutos por paciente o citando personas para dar plan educacional en el consultorio, se cubriría muy bien lo estipulado (540).

La consulta externa general de adultos y niños debe realizarse todos los días, ya que en esta región son frecuentes las enfermedades respiratorias e intestinales. Según el programa propuesto para esto deben realizarse 964 actividades al año; lo que significa que deben atenderse por enfermedad 4 a 5 pacientes diarios, pudiéndose tomar por cada paciente de 20 a 30 minutos (2 hrs diarias). Viendo que hay suficiente tiempo, se puede utilizar todavía un día de la semana para el programa de niño sano, en esta propuesta se sugiere el día jueves.

Teniendo en cuenta que las actividades se inician a las 8:00 am, se calcula terminar al medio día; quitando 1 hora de almuerzo, quedan todavía 3 horas para otras actividades, como las visitas domiciliarias, actividades educacionales, reuniones con grupos organizados, Jefatura de Distrito, etc.

Para estas actividades se cuenta con un E.P.S de Medicina y una Auxiliar de Enfermería. El E.P.S es el responsable de dar consulta y realizar las visitas domiciliarias; mientras la Auxiliar de Enfermería debe de mantener limpio el Puesto de Salud y llenar los datos generales de las fichas clínicas, así como pesar, medir y registrar signos vitales a todos los pacientes que entren a consulta.

Con relación a la actividad de vacunación, se deben administrar 2300 vacunas al año; para realizar esto, se cuentan con 4 jornadas nacionales de vacunación (4 fines de semana; iniciando actividades de 8:00 hrs a 16:00 hrs), también se evaluará esta actividad a través de la consulta externa domiciliar.

Habiéndose mencionado ya, que quedan 3 horas por la tarde y si se utilizaran éstas, para visitas domiciliarias, en 28 días se cubriría a toda la población, si se toma 30 minutos para cada familia y de esta manera identificar niños no inmunizados o con esquema incompleto. Si se hacen 4 visitas al año a comunidad se utilizarían de 230 días el 50% de estos para visitar a las familias y se aprovecharía también para detectar otros factores de riesgo y a la vez dar plar educacional. El otro 50 % sería para diversas actividades. Se vacunarían a los niños durante las visitas, se citarían al Puesto de Salud o la enfermera junto con el Promotor de Salud, irían a vacunar una vez a la semana a los domicilios, lo que significa, que si utilizan cada uno de ellos 20 minutos para una vacuna, aplicarían 18 al día; de ser así al año serían 810, un 35% del total (2334).

) Nivel Familiar:

. Objetivos

- a- Clasificar las familias en alto y bajo riesgo.
- b- Determinar acciones tendientes a modificar factores de riesgo.
- c- Evaluar el impacto de las acciones efectuadas para modificar los factores de riesgo de cada familia.
- d- Involucrar a la comunidad para conocer los problemas encontrados, así como su colaboración individual y grupal de la población para la solución de estos.
- e- Hacer lista de familias sujetas a riesgo y ubicación de estas en plano de la aldea.

. Actividades

Mediante el plan de visitas domiciliarias, se estudiaron 70 familia correspondientes exclusivamente a la Aldea rimazat sin cantones. En el cuadro 13 se aprecian los actores de riesgo detectados y la modificación que sufrió en los primeros 6 meses de actividad del E.P.S. Se indica el número de familias que quedaron pendientes de la solución de los problemas.

Como actividad específica deben efectuarse las siguientes actividades:

- a- Madres gestantes y púerperas sin control entrevistarlas y educarlas, para incluirlas en el programa materno.
- b- Madre analfabeta. Proponer en la escuela primaria local la elaboración de un programa especial para lograr su alfabetización.
- c- Solicitar al Jefe del Distrito la posibilidad de incluir a familias en las cuales falte 1 o ambos padres y que sean de condición socio-económica baja, como beneficiarias de un programa de alimentos, que exista en ese distrito.
- d- Incluir en el programa de planificación a los padres de familias numerosas.
- e- Familias con niños de vacunación incompleta, vacunarlos a domicilio y dar plan educacional a los padres.



- f- Familias que no utilicen el puesto de salud. Profundizar en la investigación para investigar factores asociados que estén influyendo en la no asistencia al puesto de salud, como tener médico propio, nivel económico adecuado u otro factor educativo o económico adverso.
- g- Pacientes detectados con enfermedades infecto-contagiosas, reportarse y manejarse epidemiológicamente e inmediatamente.
- h- Familias con niños menores de 5 años fallecidos en el último año, realizar vigilancia familiar epidemiológica, incluyendo educación en salud.
- i- Viviendas sin letrinas o mal utilizada, solicitar a la Jefatura del Distrito que done las pocas letrinas que faltan por colocar, y dar educación sanitaria. Educar a las familias sobre el tratamiento del agua, para el consumo humano.
- j- Educar a las familias para una disposición adecuada de las basuras.

c) Nivel Comunitario:

1. OBJETIVOS

- a- Dar conocer continuamente a la población en general y a sus grupos organizados de todos los problemas encontrados.
- b- Dar a conocer a las autoridades locales, grupos organizados, Facultad de Ciencias Médicas de la U.S.A.C. que los problemas que se encuentran en la población, rebasan para su solución el ámbito de la Salud Pública. Para su conocimiento y solución es necesario de la investigación sistemática continuada multidisciplinaria y de los recursos que aporten las entidades mencionadas, el gobierno central para buscar, a través de un programa integrado y multiprofesional, la solución de los problemas que aquejan a esta Aldea. Estos problemas son comunes a muchas poblaciones del altiplano y que son obstáculo para el desarrollo económico y social de las poblaciones.
- c- Divulgar el contenido de este trabajo.

- d- Efectuar actividades a corto plazo con intervención de la población en general para los problemas, para la solución de letrinización, agua potable, mejoramiento puesto de salud y mantenimiento, fluorización del agua,
- e- Continuar la vigilancia epidemiológica de las enfermedades notificables.

1. ACTIVIDADES

- a- Continuar con la investigación de los problemas que inciden en la situación de salud en la comunidad.
- b- Reuniones con comités y autoridades locales para dar a conocer los problemas detectados por la investigación y efectuar planes a corto, mediano y largo plazo, para buscar la solución de los mismos, con recursos locales y nacionales.
- c- Para los problemas detectados en la vivienda, dada la importancia de esta en un área sísmica, se hará gestión a la Jefatura de Distrito y a la Universidad de San Carlos para que con las autoridades locales y nacionales efectúen un programa integrado de vivienda que incluya estudiantes de E.P.S. de las carreras de Arquitectura e Ingeniería de la U.S.A.C.
- d- Actualización constante del corredor endémico de las cinco enfermedades más comunes que se presentan en la comunidad, de acuerdo a normas dictadas por el servicio de salud. (19)
- e- Reuniones con líderes y autoridades de la localidad, Facultad de Ciencias Médicas y Jefatura de Área para realizar un programa integrado que busque la solución de los problemas prioritarios de la población; en el cual intervengan otros profesionales que ayuden a la solución de los económico-sociales.

d) Recursos:

Los recursos humanos para estos programas son:

1. Estudiante de E.P.S Medicina de 8 hrs diarias.
2. Auxiliar de Enfermería no adiestrada en Salud Públ de 8 hrs.
3. Voluntarios de la población.
4. Autoridades, líderes, grupos organizados.
5. Jefatura de Distrito.
6. Se sugiere incluir estudiantes de E.P.S Rural de ot Facultades para el estudio y solución de aspect económico-sociales.

Recursos Financieros:

1. Sueldos E.P.S, auxiliar de enfermería.
2. Papelería, útiles, luz eléctrica, agua del puesto salud
3. Según la partida 95-0926-1.126-04-543.

e) Evaluación:

La evaluación será efectuada por el Supervisor de Práctica docente del Programa E.P.S de la Facultad Ciencias Médicas de Guatemala (U.S.A.C.)

La evaluación también será efectuada por el Jefe Distrito No. 7 Patzicía, de donde pertenece el Puesto Salud.

Debe establecerse un programa de adiestramiento, p personal voluntario, así como del personal de enfermería acuerdo las normas que dicta el Ministerio de Salud Públi para sus programas locales.

XIV. CONCLUSIONES

El Puesto de Salud es propicio para que el estudiante de Medicina, en su práctica de E.P.S. realice actividades de docencia, investigación y servicio; lo que le permite conocer, mediante la investigación sistemática y dirigida, de acuerdo a normas establecidas, los problemas de salud que afectan a la población y los factores económico-sociales, así como ambientales, para que en el futuro, con los recursos humanos y materiales de la población y de otras entidades, se pueda ampliar e integrar el programa de salud existente, para buscar el desarrollo integral de esta población.

La actitud demostrada por la población al asistir a consultas, proporcionar datos a la investigación de terreno y colaborar en diversas actividades, en las cuales se les solicitó su ayuda, así como la poca dificultad de comunicación y otros obstáculos de la cultura local, permiten la implantación de conceptos educativos en salud y en otras actividades económico-sociales.

Se aprecia la necesidad de trabajo conjunto de entidades, como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Universidad de San Carlos, las Municipalidades y otras dependencias del Estado de Guatemala, de integrarse en trabajos locales, utilizando eficazmente los recursos que ofrecen las poblaciones humanas y materiales, evitando duplicación de esfuerzos con las pérdidas económicas consiguientes y con la frustración que sufre la población al observar la inoperancia de estrategias que se implementan a nivel local, incompletas y sin recursos.

Los datos de mortalidad y morbilidad obtenidos en el registro civil de Sta. Cruz Balanyá y del Puesto de Salud fueron efectuados por personal no médico, hasta 1995.

La cobertura del Puesto de Salud de los Programas Materno-Infantil y del adulto, durante el primer semestre de 1995, fueron satisfactorios, de acuerdo a las metas impuestas, por el Distrito No. 7 de Patzicía.

6. La dotación de agua potable municipal a la población no tiene tratamiento para potabilizarla y el servicio es deficiente en cantidad. Faltan letrinas (5%) para ser colocadas en las viviendas y toda la comunidad carece de red de drenajes. No hay servicio de recolección de basura municipal, ni disposición final de éstas. Las calles son de tierra, habiendo mucha contaminación por polvo en época seca.

La vivienda presenta defectos de construcción y su calidad es deficiente, pues no existen normas de construcción a nivel local, además el 48% de las familias ocupan más de tres personas en una habitación y el 32 % tienen un solo ambiente; otro factor encontrado es que el 100% es propietario de la vivienda.

7- Existe un 27% de analfabetismo entre las madres encuestadas. El 45% de las familias encuestadas tienen 6 miembros o más.

8- La principal actividad económica de los jefes de familia fue de agricultor; siendo trabajador asalariado en agricultura un 23% de estos.

XV. RECOMENDACIONES

1. Para la solución de los problemas económico-sociales, incluyendo los de salud, detectados en la Aldea Chimazat, es necesario investigarlos, priorizarlos y con los recursos adecuados de la U.S.A.C., el Ministerio de Salud Pública, las Municipalidades y población en general, diseñar un programa integrado multiprofesional y multidisciplinario, para lograr el desarrollo de la aldea.
2. Mediante técnicas educativas de grupo, motivar a los líderes, autoridades, escolares y población en general, para que conozcan el origen multifactorial de sus problemas; la contribución que deben realizar, para que con el personal de trabajo a nivel local, pueda lograrse resultados a corto, mediano y largo plazo.
3. Tomar como eje central del desarrollo los problemas de la madre y del niño, así como los de saneamiento ambiental que son resorte del personal de Salud Pública.
4. Utilizar la estrategia de atención primaria en salud, así como el enfoque de riesgo, para la ejecución de los programas a nivel local.
5. Utilizar los recursos locales con tecnología adaptada a nuestro medio, para dar una atención precoz, eficiente e integral, como meta de los trabajos a realizar.
6. Integrar equipos de estudiantes E.P.S para investigar los problemas locales, contribuyendo así a la solución de los mismos de manera multiprofesional y multidisciplinaria.
7. Conocer los recursos con que cuenta la República de Guatemala para aprovecharlos en programas que están funcionando, evitando duplicación de esfuerzos y gastos innecesarios.

8. Evaluar el punteo de clasificación del nivel de riesgo familiar, propuesto por la Facultad de Ciencias Médicas, incluyendo aspectos económicos.

XVI. RESUMEN

Esta Tesis está orientada a describir los problemas encontrados, mediante la investigación efectuada en aspectos de salud en la Aldea Chimazat, municipio de Sta. Cruz Balanyá, departamento de Chimaltenango, donde funciona un Puesto de Salud y es área de práctica del Programa E.F.S Rural de la Facultad de Ciencias Médicas. Las actividades a nivel local del estudiante, además del servicio que se presta en la clínica, efectúa una investigación de terreno sobre aspectos generales, culturales de la población, aspectos físicos y geográficos y datos sobre la morbi-mortalidad, así como algunos factores de riesgo a que están sometidas las familias.

La Aldea está situada en el altiplano de nuestro país y localizada en un área sísmica, habiendo sufrido terremotos de importancia, siendo el último el 4 de febrero de 1976, el cual causó muertes y daños severos a los edificios y viviendas. Las calles de la población y el acceso a la Carretera Interamericana son de terracería; su clima es templado y desciende a 7 grados centígrados en los meses más fríos del año. La economía está basada en la agricultura, siendo sus principales cultivos las legumbres, maíz y frijol. La principal ocupación de los jefes de familia son la de agricultor y son propietarios de parcelas de poca extensión.

La vivienda en su mayoría está construida de block de cemento, existiendo además, otras de adobe y madera rústica, siendo edificadas por albañiles que no tienen orientación profesional. La mayoría de viviendas tiene agua intradomiciliar, sin embargo, el servicio municipal es deficiente en cantidad y no está sujeta a tratamiento de potabilización; además 47 viviendas de 170 carecían de letrina. La basura es quemada y utilizada como abono en la agricultura. La autoridad civil la ejerce el Alcalde Auxiliar, nombrado por el Alcalde Municipal de Sta. Cruz Balanyá. La tasa de mortalidad infantil fue en 1994 de 42 por 1000 nacidos vivos; la tasa de mortalidad neonatal de 20.83 por 1000 nacidos vivos. No se reportaron muertes maternas durante ese período; la de natalidad de 23.41 por 1000 habitantes y la de fecundidad de 117 por 1000 mujeres en edad reproductiva. En los años 1990-94 las principales causas de muerte en esta población fueron las enfermedades respiratorias y diarreicas. La morbilidad detectada en la consulta externa del Puesto de Salud mostró como causas

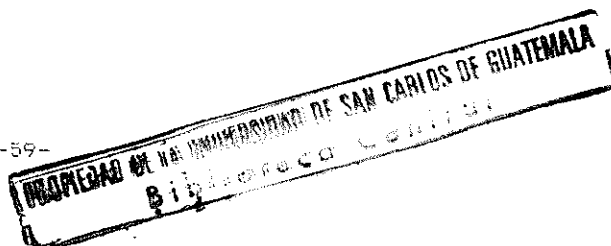
principales a las enfermedades respiratorias e intestinales.

Los principales factores de riesgo encontrados en las familias se refieren al saneamiento de la vivienda, la presencia de familias de más de 6 integrantes, analfabetismo materno, no utilización del servicio de salud, hacinamiento y presencia de enfermedades infecto contagiosas. La cobertura del programa pediátrico durante el primer semestre de 1995 alcanzó en menores de 1 año un 40%; en el de 1-4 años 26% y en el de 5 a 14 años 32%. En el programa de control prenatal se alcanzó un 42.26%. Se efectuó educación en salud a nivel de la clínica, en la escuela primaria, básicos y padres de familia. Se realizó corredor endémico de las principales enfermedades reportadas de los años 1990-94. Con la colaboración de dos estudiantes de E.P.S Rural de la Facultad de Odontología de la U.S.A.C, se efectuaron actividades conjuntas y aplicación tópica de fluor. Con el E.P.S medicina de Sta. Cruz Balanyá se efectuaron actividades de educación en salud en tres aldeas.

Con las recomendaciones que se incluyen en este trabajo, al ser tomadas en cuenta por autoridades competentes y por representantes de la población, se cumpliría el objetivo principal de esta Tesis, que es el buscar un trabajo en equipo, orientado en forma multiprofesional y multidisciplinaria, tratando de resolver así los problemas locales.

XVII. BIBLIOGRAFIA

- 1- Asamblea Nacional Constituyente; Constitución Política de la República de Guatemala; Editorial Piedra Santa, Guatemala, 31 mayo 1985; Artículos 93: Derecho a la Salud ; 94: Obligación del Estado sobre Salud y Asistencia Social y 95: La Salud es Bien Público. Páginas: 29 y 30
- 2- Bergonzoli G.; Métodos, Técnicas e Instrumentos para el Análisis de la Situación de Salud; O.P.S, O.M.S ; Reproducido por Curso de Actualización en Salud Pública U.S.A.C; Ministerio de Salud Pública; 1989. Páginas 62-66.
- 3- Castellanos P.L.; Sobre el Concepto de Salud-Enfermedad. Un Punto de Vista Epidemiológico. Congreso Mundial de Medicina Social, Medellín Colombia; Julio 1989. Páginas: 310-320.
- 4- Guatemala, U.S.A.C y M.D.S.P.; Metodología para el Estudio de Desigualdades en la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico O.P.S. Volumen XIV No. 2, Programa de Salud Pública, Epidemiología. Mayo 1995. Páginas: 5-7.
- 5- Vazco Urivbe A.; F. Elías; Salud, Medicina y Clases Sociales. Santiago de Chile 1973. Páginas: 131-133.
- 6- Programa de Ejercicio Profesional Supervisado 1995. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Fase III. Páginas: 1-2.
- 7- Armijo Rojas A. Epidemiología; Editorial Intermédica Buenos Aires, Argentina, 1978. Páginas: 37-39.
- 8- Mazzafero V.; El Método Epidemiológico Aplicado a la Evaluación de la Eficacia de los Servicios. Epidemiología; Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1976. Páginas: 158-162.
- 9- Breilh J., E. Granda; Investigación de la Salud en la Sociedad; Ediciones C.E.A.S. Quito 1982. Páginas: 72-75, 90-92.



- 10- Samaja J.; La Reproducción Social y la Relación entre Salud y la Condiciones de Vida; Programa de Salud Pública, Epidemiología. U.S.A.C. Y M.D.S.P.; Mayo 1995. Páginas: 7-16.
- 11- Castellanos P.; Sobre el Concepto de Salud-Enfermedad; Programa de Salud Pública, Epidemiología. U.S.A.C. M.D.S.P.; Mayo 1995. Páginas: 309-310, 313, 318-321.
- 12- Rose J.; Individuos Enfermos y Poblaciones Enfermas; Programa de Salud Pública, Epidemiología. U.S.A.C. M.D.S.P.; Mayo 1995. Páginas: 901.
- 13- Escobar C., Et al.; Análisis de Situación de Salud con Comunidad (A.S.I.S.C); U.S.A.C; Facultad de Ciencias Médicas. Programa de E.P.S Rural 1995. Páginas: 1-8-9.
- 14- O.P.S y O.M.S; Manual Sobre el Enfoque de Riesgo en Atención Materno-Infantil; Serie Paltex # 7; Washington D.C, E.U.A 1986. Páginas: 1-42 y 149-170.
- 15- Rodríguez Ayolaida; Et al.; Taller de Autoformación Teórico-Práctico de Investigación en Salud para Docentes de la Facultad de Ciencias Médicas, Enero 1995; Reproducido y Adaptado C.I.C.S, Facultad de Ciencias Médicas, U.S.A.C. de Guatemala.
- 16- Guatemala, U.S.A.C; Facultad de Ciencias Médicas Fase Programa E.P.S Rural; Nivel de Acción en Salud Familiar Páginas: 1-2.
- 17- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad Ciencias Médicas, Fase II; Programa de Medicina Familiar; Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I.). Páginas: 27.
- 18- Parámetros de Programación de Actividades, Subactividad y Tareas; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud, Área Chimaltenango. Distrito de Salud No. 7 Patzún; 1995. Páginas 1-2.

19- Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Servicios de Salud; Departamento de Vigilancia Epidemiológica; Normas de Vigilancia Epidemiológica 1988.



XVIII. ANEXOS

PUNTAJE PARA CLASIFICACION DEL NIVEL DE RIESGO FAMILIAR

Factores de riesgo:

Puntaje

1- Viviendas sin letrina o con letrina mal utilizada	3
2- Agua de consumo sin tratamiento.	3
3- Drenajes a flor de tierra.	3
4- Ausencia permanente de uno o ambos padres.	3
5- Niños menores de 5 años fallecidos en el mismo año.	3
6- Familia numerosa (> o igual que 6).	3
7- Niños con esquema de vacunación incompleto.	2
8- Madres gestantes o púerperas sin control.	2
9- Analfabetismo Materno.	2
10- Mala disposición de basura.	2
11- Familia con niños menores de 5 años.	2
12- No utilización de servicios de salud.	2
13- Hacinamiento, más de 3 personas por habitación.	2
14- Vivienda con un solo ambiente.	2
15- Personas con enfermedades infecto-contagiosas.	1

TABLA DE RECOPIACION DE DATOS

# DE FAMILIA	FACTOR 1	F. 2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															

1995

ACTIVIDAD ECONOMICA DE JEFES DE FAMILIA

ALDEA CHIMAZAT

OCUPACION ECONOMICA	#	%
1-AGRICULTOR PROPIETARIO:		
a) < 5 CUERDAS		
b) 5-10 C.		
c) 11-20 C.		
d) >20-50 C.		
e) > 50 C.		
2-AGRICULTOR PROPIETARIO:		
a) 0 EMPLEADOS		
b) 1-2 E.		
c) 3-5 E.		
d) > 5 E.		
AGRICULTOR NO PROPIETARIO		
a) EMPLEADO		
b) ARRIENDA TERRENO		
4-COMERCIANTE		
a) DE 0 EMPLEADOS		
b) 1-2 EMPLEADOS		
c) > 3 EMPLEADOS.		
5- OTROS.		