

**DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD
DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO JOCOPILAS,
SUCHITEPEQUEZ**

MARIA ESTHER PALACIOS SUAREZ

Guatemala, Abril de 1975

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. ANTECEDENTES
3. OBJETIVOS
4. MATERIAL Y METODOS
5. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. INTRODUCCION

El presente trabajo elaborado durante los seis meses de práctica de Ejercicio Profesional Supervisado en el municipio de San Pablo Jocopilas (Area Suchitepéquez) es únicamente para dar una idea parcial de lo que actualmente sucede con las presentes condiciones de salud que prevalecen en el área rural guatemalteca, área aun no explorada y que se encuentra a la disposición para que nos demos cuenta de su realidad, sus necesidades, limitaciones y abandono.

Dentro de los objetivos de este trabajo figura el tener mayor conocimiento de los problemas de salud existentes en el área guatemalteca y creo que a través de esta investigación ha sido posible cumplirlo ya que por medio de su realización he llegado a conocer parte de la realidad del área en que trabajo.

Al presentar este documento espero que sea de utilidad para la persona o personas que mas tarde estarán laborando en esta localidad. En el se presentan datos objetivos, reales, que además de ser una motivación, espero sean también razones y punto de partida para realizar otras investigaciones con el objeto de contribuir a la superación de comunidades en el área rural, así como la de las personas que para ello contribuyan.

2. ANTECEDENTES.

El municipio de San Pablo Jocopilas, Suchitepéquez carece de esta clase de estudios, por lo que éste es el primero de dicha naturaleza.

3. OBJETIVOS

A. GENERALES

- a. Conocimiento de los principales problemas de salud en Guatemala, partiendo del estudio de una comunidad concreta.
- b. Contribuir a aumentar la información existente en lo que se refiere a salud con el objeto de contar con elementos de juicio para el diagnóstico de salud.

B. ESPECIFICOS

- a. Conocer las condiciones del área de San Pablo Jocopilas, actual campo de trabajo en el E.P.S.
- b. Conocer las principales causas de enfermedad y muerte del área y los factores que las determinan.
- c. Recabar información que pueda servir como punto de partida para la labor que continuarán otras personas.
- d. Obtener datos que puedan servir como base para formular un plan de salud adecuado para esta área específicamente.
- e. Ayudar a delimitar en mejor forma las funciones del estudiante en práctica del E.P.S.
- f. Conocer el efecto producido por la presencia del médico en la población.
- g. Analizar situaciones especiales que intervienen en el desarrollo de programas de salud el área.

4. MATERIAL METODOS

I. RECOLECCION DE DATOS

A. Fuentes de información indirecta (nobibliográfica)

Recursos humanos:

Entrevistas con:

- Autoridades Municipales
- Inspectores de Saneamiento Ambiental
- Supervisores de Educación primaria
- Maestros de la localidad
- Vecinos de la localidad

B. Fuentes de Información Escrita

Recursos materiales:

- Archivos municipales
- Archivos del Centro de Salud del Municipio de San Pablo Jocopilas y del Centro de Salud del área.
- Memorias y estadísticas locales
- Encuestas de saneamiento ambiental
- Informes de Supervisión técnica de Educación
- Información estadística de la Unidad de Planificación y Estadística del M.S.P. y A.S.
- Censos de Población
- Material de información y trabajo proporcionada por la Facultad de Ciencias Médicas.

II. METODOS

Según el tiempo: retrospectivo

Según continuidad: ocasional

Según cobertura: parcial
Según forma: longitudinal y transversal

3. MATERIAL Y METODOS

Para realizar el presente trabajo se tomó como universo el área que cubre el Centro de Salud Tipo "C" de San Pablo Jocopilas, habiéndose utilizado para la investigación material de información obtenido de las siguientes fuentes:

En lo referente a descripción del área, historia y costumbres, datos proporcionados por Archivos del Instituto Indigenista Nacional y Diccionario Geográfico Nacional de Guatemala. Debe hacerse notar que es mínima en extremo la cantidad de información disponible que podría considerarse oficial. Muchos datos fueron obtenidos a través de entrevistas con personas residentes en el área por tiempo considerable.

Para los datos de población, información obtenida de Censos de la Dirección General de Estadística de 1964 y 1973; Unidad de Planificación y Estadística del M.S.P. y A.S., Ministerio de Agricultura, e información local del personal administrativo de las fincas del área.

Además información obtenida de los archivos de morbilidad, epidemiología, y de atención del Centro de Salud de Mazatenango, y de San Pablo Jocopilas en el período de 1973 y el primer semestre de 1974, así como también memorias del Centro de Salud de Mazatenango, Hospital Nacional, encuestas locales de población y vivienda y datos del archivo del Depto. De Saneamiento Ambiental del Centro de Salud de Mazatenango.

Debe hacerse notar que existe gran dificultad para la obtención de la gran mayoría de los datos ya que en varias oportunidades se encontró que los archivos habían sido destruidos sin razón justificada y únicamente por haberse efectuado cambio de personal; en otras porque simplemente no hay ninguna información escrita oficial al respecto.

En lo que respecta a la información de Programas Existentes en el área para 1973, debo decir que si existen archivos en el Centro de Salud pero no se consideró oportuno tomarlos en cuenta ya que al analizarlos se encontró que contienen datos no confiables para uso en este trabajo. Se llegó a esa conclusión debido a que al hacer una revisión de los totales de consultas, registro de embarazadas inscritas, niños inscritos y otros datos de la papelería de informe mensual, los mismos no fueron tabulados en forma exacta, además del error de no haber sido llenados de acuerdo al libro de Normas para los Centros de Salud.

Por lo antes mencionado únicamente se hizo análisis de los datos de 1974 (tres primeros meses de práctica de E.P.S.) y de los de atención por medio de Unidad Móvil.

Para la información de natalidad y mortalidad se utilizó como fuente los archivos municipales de San Pablo Jocopilas y los informes mensuales de 1973 del Centro de Salud de San Pablo así como la información de la Unidad de Planificación y Estadística del M.S.P. y A.S.

Para los datos de vivienda, en vista de no haber información disponible para 1973, se utilizaron datos de encuestas de Ingeniería Sanitaria en Suchitepéquez de 1972 y datos de encuestas en la Finca Chocolá y Anexos de 1971.

Metodología

Se utilizaron datos de información retrospectiva continua con cobertura parcial, en forma longitudinal en algunos casos y diagonal y transversa en otros.

5. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

A. DESCRIPCION DEL AREA

San Pablo Jocopilas es un municipio del Depto. de Suchitepéquez que cuenta con una extensión aproximada de 68 Km².

Colinda al Norte con Sta. Catarina Ixtahuacán (Sololá); al Este con Sto. Tomás La Unión (Such.); al Sur con Samayac y Sn. Antonio Suchitepéquez (Such.); al Oeste con Samayas (Such.).

La ruta departamental Suchitepéquez No. 2 conduce a la cabecera departamental de Mazatenango, a la cabecera municipal de Samayac (aproximadamente 7 Km), y de ahí a la de San Pablo Jocopilas hay 1 Km. De este lugar hay aproximadamente 3 Km. en dirección hacia el Nor-Este, donde entra la Ruta Departamental 2, con la Departamental Suchitepéquez No. 8-N, en su Km. 8.27, unos 500 mts. al Este de la Finca Madre Mía. Sobre la ruta Departamental 8-N, hacia el Norte, hay unos 6 Km. a la cabecera municipal de Sn. Antonio Suchitepéquez, donde hace entronque con la Ruta Nacional 6-W, así como con la carretera Internacional del Pacífico CA-2. El municipio cuenta asimismo con caminos de herradura y veredas, que unen a la cabecera con los municipios vecinos.

La cabecera está aproximadamente a 630 mts. SNM. Latitud 14° 35' 13", longitud 91° 27' 12", El municipio es esencialmente agrícola, no habiendo en el mismo industrias de importancia.

Solo hay un pueblo que es la cabecera municipal, San Pablo Jocopilas.

La fiesta titular se celebra del 23 al 26 de Enero.

La lengua predominante es el Quiché.

Sus accidentes geográficos son los ríos Ixtacapa, Cusamá, Maricón, Ixtoj, La Toma, Pacojá, Chicul, Nimaquiej, Chocolá (límite parcial con Sto. Tomás La Unión), Nahualate, La Cal, Chichoy y Camaché.

El área rural del municipio está constituida por la Finca Nacional "Chocolá" y sus Anexos Madre Mía, Lolemí y Ladrillera.

La hacienda Chocolá en el departamento de Suchitepéquez se encuentra a 16 Km. de la cabecera departamental, llamada Mazatenango. El clima es templado, menos caluroso que la cabecera, por tener una elevación de 2,900 pies sobre el nivel del mar. Según información del Observatorio Nacional, la temperatura media del lugar es aproximadamente de 22.1 grados centígrados, llueve la mayor parte del año, así como en el resto de la zona costera del país por lo que la humedad es constante.

Ocupa la finca una extensión de 64 caballerías incluyendo toda la hacienda, es decir, Chocolá propiamente dicha, y sus anexos llamados Madremía, Ladrillera y Lolemí. Los cultivos principales de la hacienda son café y banano. El maíz se cosecha dos veces al año, tanto el de color amarillo como el blanco, prefiriéndose este último para consumo humano. Además se cultivan árboles frutales, en especial papayas, aun cuando la producción es escasa.

B. HISTORIA Y COSTUMBRES

No fué posible encontrar información referente a la fundación e historia del pueblo. No hay datos en la municipalidad del lugar.

Actualmente no hay un día de mercado asignado al lugar propiamente dicho ya que no se cuenta con un local adecuado. Los días de mercado son los mismos que en el municipio de Samayac, jueves y domingo; es decir, las personas realizan sus compras en Samayac.

La fiesta titular de la cabecera municipal es del 23 al 26 de Enero, siendo esta prácticamente la única actividad de este tipo.

La municipalidad de la población está catalogada como de tercera categoría. La máxima autoridad es el Alcalde del lugar quien también tiene atribuciones como Juez de Paz. Es electo popularmente al igual que los cinco regidores que integran la autoridad municipal.

En el área rural la finca nacional Chocolá es parte de la jurisdicción del municipio y dista 7 Km. de la cabecera municipal, por lo que todo evento es anotado por las autoridades en los registros del municipio. La autoridad está representada por el alcalde auxiliar quien reside en la hacienda y es ayudado por regidores y alguaciles.

Los organismos que funcionan en la población son: el Juzgado de Paz, Alcaldía Municipal, Oficina de Telecomunicaciones, Receptoría fiscal, y la iglesia parroquial, también varias iglesias evangélicas.

C. POBLACION

La población total del municipio es de 6,920 habitantes, de los cuales 1,196 pertenecen al medio urbano y 5,724 al medio rural, con porcentajes de 17% y 82.7% respectivamente. 3,554 habitantes son del sexo masculino y 2,785 del femenino, existiendo en el medio urbano 615 hombres y 581 mujeres. En el área rural 2,939 hombres y 2,785 mujeres, con una densidad de población de 101 H/Km² y un promedio de 5 miembros por familia.

Cuadro No. 1
Tamaño de la población según sexo
y localización San Pablo
Jocopilas, 1973.

Hombres			Mujeres			Total		
U	R	T	U	R	T	U	R	T
615	2939	3554	581	2785	3366	1196	5724	6920

Fuente: Unidad de Planificación y Estadística M.S.P. y A.S.
 Rep. de Guatemala, Depto. Suchitepéquez,
 Población calculada, años 1972-1980.

U — Urbano

R — Rural

T — Total

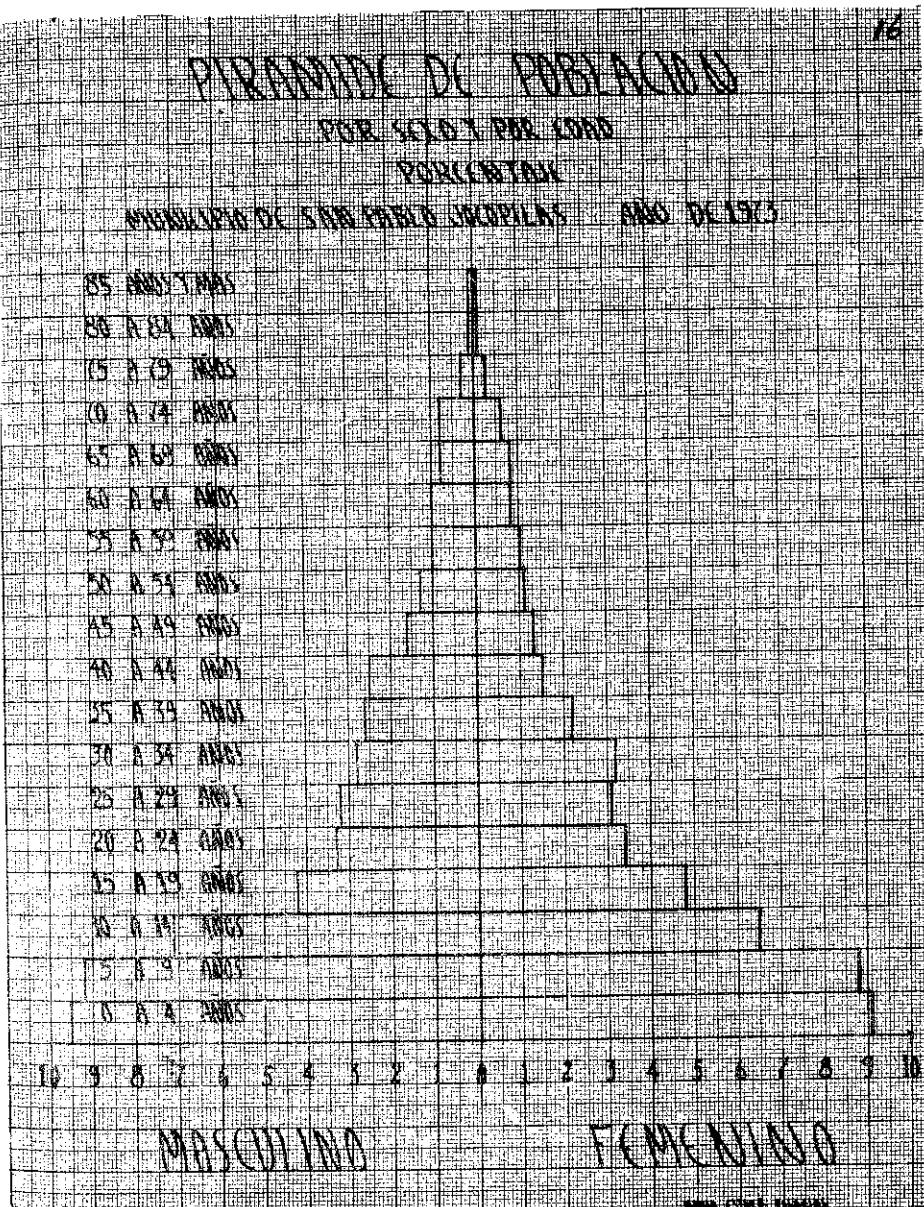
El número de nacidos vivos en 1973 fué de 288 y el de muertos 73.

Cuadro No. 2
Variables demográficas
San Pablo Jocopilas, 1973

Variable	Tasa
Natalidad	40 x 1000
Mortalidad	10 x 1000
Crecimiento vegetativo	30 x 1000

Fuente: Unidad de Planificación y Estadística, M.S.P. y A.S.,
 1973.

La tasa de natalidad fué de 40 por mil y la de mortalidad
 de 10 por mil habitantes. Crecimiento vegetativo de 30 x 1000.



Cuadro No. 3

**Distribución de la población por sexo
y grupos etáreos, en números absolutos
y porcentajes. San Pablo
Jocopilas, 1973.**

Edad	Hombres	o/o	Mujeres	o/o	Total
0- 4 a.	658	9.5	633	9.1	1291
5- 9	638	9.2	615	8.8	1253
10-14	494	7.1	453	6.5	947
15-19	293	4.2	333	4.0	626
20-24	231	3.3	236	3.4	467
25-29	220	3.2	211	3.1	431
30-34	195	2.8	218	3.2	415
35-39	182	2.6	148	2.2	330
40-44	173	2.5	105	1.5	270
15-49	108	1.6	90	1.3	198
50-54	87	1.3	80	1.1	167
55-59	70	1.0	70	1.0	140
60-64	68	1.0	53	0.8	121
65-69	53	0.8	51	0.8	104
70-74	52	0.8	40	0.6	92
75-79	17	0.3	14	0.2	31
80-84	9	0.1	10	0.1	19
85 y más	6	0.1	6	0.1	12
total	3554	51.3	33.66	48.6	6920

Fuente: Unidad de Planificación y Estadística, M.S.P. y A.S., 1973.

CARACTERISTICAS

Como puede apreciarse en el cuadro No. 3 y la gráfica No. 1, la población femenina está constituida por el 48.6o/o; es casi de igual tamaño que la población masculina, la cual representa el 51.3o/o, siendo la diferencia de 2.7o/o con predominio masculino.

Otra de sus características, mas apreciable en la gráfica, es la de tener una base ancha y vértice agudo. Tiene en general una forma regular con ligero predominio del lado masculino. Se aprecia fácilmente el tamaño de la población infantil y materna, y en sí de la población joven que la hace similar a la pirámide de población nacional.

Puede observarse que el grupo etáreo de menores de 15 años de ambos sexos constituye el 50.2 por ciento de la población total y el grupo de mujeres de 15 a 44 años el 18.20/o; siendo el grupo materno-infantil el 68.40/o de la población total.

Cuadro No. 4

Análisis Demográfico San Pablo Jocopilas, 1973.

	Hombres				Mujeres			
	Urbano No.	Rural o/o	Urbano No.	Rural o/o	Urbano No.	Rural o/o	Rural o/o	
Edad Consumo	303	8.50/o	1487	41.80/o	275	8.20/o	1426	42.40/o
Edad productiva	274	7.60/o	1285	36.20/o	272	8.10/o	1219	36.20/o
Edad retiro	38	1.10/o	167	4.70/o	34	1.00/o	140	4.20/o
Edad reprod.	--	--	--	--	243	7.20/o	1098	32.60/o

Fuente: Unidad de Planificación y Estadística. M.S.P. y A.S. 1973.

El cuadro anterior representa la forma en que está distribuida la población según la edad de consumo, la edad productiva, edad de retiro, y en el grupo femenino, la edad reproductiva. En este último dato hay discrepancia con respecto a la información anterior, pero se debe a que en el grupo del cuadro se incluyen mujeres hasta 49 años.

Cuadro No. 5

Número de Nacimientos Probables San Pablo Jocopilas, 1974

Edad madre	Nacimientos urbanos	Nacimientos rurales	Total de nacimientos
15-19 años	8	40	48
20-24	10	47	57
25-29	9	39	48
30-34	6	29	35
35-39	7	24	31
40-44	--	2	2
45-49	--	1	1

Fuente: Unidad de Planificación y Estadística. M.S.P. y A.S., 1973.

En el cuadro No. 5 puede observarse que el grupo de 20 a 24 años es en el que mas nacimientos se producen. Siendo el área rural donde mas nacimientos ocurren para todos los grupos etáreos.

D. NIVEL DE SALUD

MORBILIDAD

Para el presente trabajo se analizó únicamente la morbilidad del año 1973 (UAMAS) y la de tres meses de práctica E.P.S., marzo, abril y mayo de 1974. En un principio se inició la clasificación de morbilidad del libro de consulta de enfermería, pero no se encontró de utilidad puesto que no estaba clasificada por grupos etarios y además se encontraban anotadas en el mismo libro los registros de hipodermia lo que daba lugar a repetir un diagnóstico varias veces, y a obtener datos no confiables.

MORBILIDAD EN CONSULTA DE U.A. M.A.S. 1973

Se tomaron para el análisis datos de registro de la región IV (Centro de Salud de Mazatenango). Hubo un total de 85

consultas y las causas de morbilidad general fueron las siguientes:

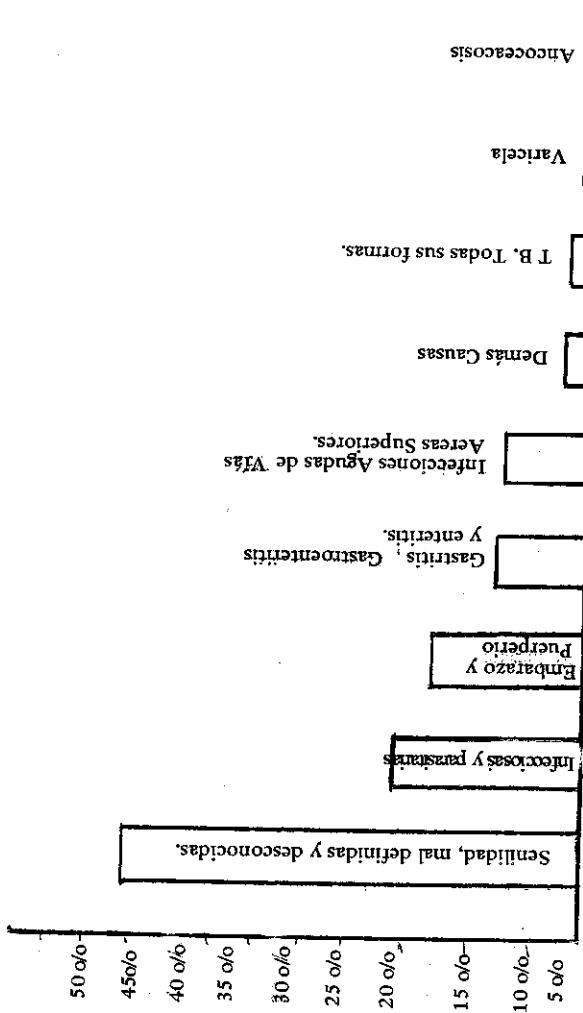
1. Senilidad, mal definidas y desconocidas 43.5%
2. Resto de infecciosas y parasitarias 18.7%
3. Control de embarazo y puerperio 10.5%
4. Gastritis, gastroenteritis y enteritis 9.3%
5. Infecciones agudas de las vías aéreas superiores, influenza o gripe 8.2%
6. Demás causas 5.3%
7. TB todas sus formas 2.3%
8. Varicela 1.1%
9. Oncocercosis 1.1%

Las principales causas de morbilidad (U.A.M.A.S.) quedan representadas en la gráfica No. 2.

El cuadro No. 6 representa la morbilidad por causa y grupos etáreos.

Como puede observarse, al grupo de senilidad, mal definidas y desconocidas corresponde la mas alta marbilidad, (el 43.5%).

Gráfica No. 2
Morbilidad por causa, porcentaje. (UAMAS)
San Pablo Jocopilas, 1973.



Fuente: Archivo. Centro de Salud San Pablo Jocopilas, 1973.

Cuadro No. 6

Morbilidad (UAMAS) por causa y grupos etarios
San Pablo Jocopilas, 1973

Causa Por Código	Edad en años											
	0-1		1-4		5-14		15-44		45 y +		Total	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
030	2	2.35	6	7.06	12	14.11	15	17.64	2	2.35	35	47.5
012	1	1.18	5	5.85	2	2.35	7	8.23	1	1.18	16	18.7
033							9	10.59			9	10.5
023			3	3.53	2	2.35	3	3.53			8	9.3
019	3		3	3.53	1	1.18					7	8.2
034	1	1.18					3	3.53			4	2.3
03							2	2.53	2		2	2.5
08					1	1.18				1		1.1
040							1	1.18	1		1	1.1
	7	8.2	17	20	17	20	39	4.59	5	59	85	100

Fuente: Archivo. Centro de salud de San Pablo Jocopilas, 1973.

Al hacer la revisión de morbilidad de UAMAS se pudo notar que casi la mayor parte de diagnósticos se clasificó en el grupo de senilidad, mal definidas y desconocidas, siendo esta la causa mayor de morbilidad en todos los grupos excepto en el primero donde fueron las enfermedades infecciosas la primera causa. Esto se debió principalmente a que en lugar de aparecer, como diagnóstico entidades patológicas definidas, aparecían únicamente síntomas tales como cefalea, fiebre, etc.

MORBILIDAD (EPS) DE MARZO A MAYO DE 1974

Las diez principales causas de morbilidad en un total de 318 consultas quedan representadas en el Cuadro No. 7 y la gráfica No. 3.

Puede apreciarse que la causa principal son las enfermedades infecciosas y parasitarias.

En general puede decirse que hubo aumento de la demanda de servicios, y también un mejor seguimiento de los pacientes en vista de que la presencia del médico fué mas constante.

Es importante mencionar que solo hasta 1974 aparece incluida la demanda de consulta por niño sano.

Respecto a la morbilidad por desnutrición. Puede que llame la atención la escasa incidencia reportada y esto no se debe mas que a que se anotaron únicamente los primeros diagnósticos escritos en el record; muchas veces se hizo diagnóstico de desnutrición en sus diferentes grados, pero por estar como segundo diagnóstico no pudo tomarse cuenta en la clasificación de morbilidad.

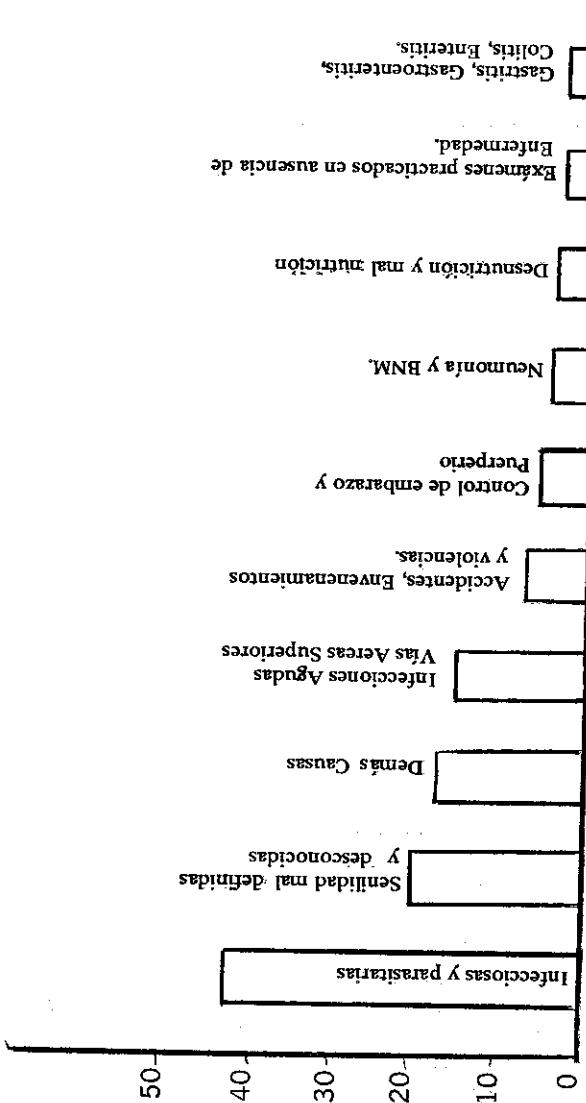
Cuadro No. 7

**Morbilidad (EPS) por causa y grupos etáreos
de Marzo a Mayo de 1974**

Causa Por Código	Edad en años											
	0-1		1-4		5-14		15-44		45 y +		Total	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
012	10	3.14	43	13.52	23	7.23	18	5.66	3	0.94	97	30.5
030	1	0.31	1	0.31	11	3.46	21	6.60	18	5.66	52	16.5
034	5	1.56	12	3.77	10	3.14	13	4.08	6	1.58	46	14.5
019	1	3.14	11	3.46	3	0.94	12	3.77	5	1.57	41	12.9
031					1	0.31	14	4.40	4	1.26	19	6.0
033							16	5.03			16	5.0
020	1	0.31	7	2.20	3	0.94	2	0.63			13	4.0
015	1	0.31			4	1.26	5	1.57	2	0.63	12	3.7
023	3	0.94	3	0.94	2	0.63	1	0.31	1	0.31	10	3.1
032	6	1.89	6	1.89							12	3.1
	37	11.60	83	26.09	57	17.91	102	3.304	39	12.25	318	100

Fuente: Archivo, Centro de Salud de San Pablo Jocopilas, 1973.

**Gráfica No. 3
Morbilidad (EPS) por causa. Marzo-Mayo 1974
San Pablo Jocopilas.**



Fuente: Archivo. Centro de Salud San Pablo Jocopilas, 1973.

MORTALIDAD

Cuadro No. 8

**Mortalidad pro distribución y
grupos etáreos San Pablo
Jocopilas, 1973**

Edad	Urbano	Rural	Total	
			No.	%
0- 4	6	13	19	26.0
5- 9	0	2		3.0
10-14	0	1	1	1.4
15-19	0	1	1	1.4
20-24	1	6	7	9.2
25-29	1	3	4	5.5
30-34	0	2	2	3.0
35-39	0	3	3	4.1
40-44	0	4	4	5.4
45-49	0	5	5	6.3
50-54	0	0	0	0.0
55-59	0	2	2	3.0
60-64	0	4	4	6.0
65-69	0	2	2	3.0
70-74	2	5	7	9.2
75-79	1	1	2	2.7
80-84	2	2	4	5.5
85 y más	2	2	4	5.4
Total	15	58	73	100.0

Fuente: Archivo de mortalidad. Centro de Salud de San Pablo Jocopilas, 1973.

Como puede apreciarse el grupo mas afectado es el que incluye a la población infantil.

La tasa de mortalidad fue de 10 por mil habitantes.

$$\text{Tasa de mortalidad} = \frac{\text{No. muertes en 1973}}{\text{Población total en 1973}} \times 1000 = 10 \times 1000$$

En el cuadro No. 10 queda comprendida la mortalidad general por causa. Debe hacerse notar que los diagnósticos fueron copiados tal y como aparecen en el archivo del Centro de Salud. Existen algunos diagnósticos que no pueden considerarse como entidades patológicas puramente y otros que realmente no tienen el debido significado para considerarlos causas de mortalidad. El anterior problema se debe a que los mencionados diagnósticos no son dados por personas medicamente capacitadas para hacerlo. En los casos anteriores los diagnósticos fueron dados por médico (1); empírico (51); autoridad (19); ignorado (2).

Por empírico se entiende que es el farmacéutico local o el secretario municipal; y por autoridad la policía o el alcalde municipal.

La causa de mortalidad predominante fueron las enfermedades infecciosas y el grupo mas afectado es el de 0-4 años.

Cuadro No. 10

**Mortalidad por Causas
San Pablo Jocopilas, 1973**

Diagnóstico	No. Casos
Infección intestinal	11
Cirrosis hepática	7
TBC pulmonar	6
BNM	6
Anemia aguda	4
Parasitismo intestinal	4
Bronquitis	4

(continua)

Cáncer	3
Fiebre	3
Atrepsia (?)	2
Vejez	2
Enterocolitis	2
Anemia grave	2
Desintería	2
Gripe	2
Sin diagnóstico	2
Complicación renal hepática	1
Ulcera péptica	1
Paludismo	1
TBC sin especificar	1
Ataque de lombrices	1
Mortinato	1
Neumonía	1
Muerto por arma blanca	1
Pulmonía	1
Reumatismo	1
Practicismo (?)	1
Anemia perniciosa	1
Homicidio	1
Desnutrición aguda	1
Enfermedad común	1
Infección del hígado	1
Gastroenteritis aguda	1
Sin diagnóstico	1

Fuente: Archivo Centro de Salud de San Pablo Jocopilas, 1973.

MORTINATALIDAD

Solo hay un caso reportado en área rural, ninguno en la urbana. La tasa de mortinatalidad fué de 0.1 x mil habitantes.

Mortalidad Neonatal

Se reportaron 4 casos en el área rural, ninguno en el área urbana. Los detalles quedan incluídos en el cuadro No. 11

Cuadro No. 11

Montalidad Neonatal. San Pablo Jocopilas, 1973.

Edad	Atención	Certificado	Diagnóstico
1 hora	ninguna	autoridad	pulmonía
21 hrs.	empírica	autoridad	sin Dx.
24 hrs.	comadrona	empírico	I. intestinal
23 días	empírica	empírico	calentura

Fuente: Archivo. Centro de Salud de Sn. Pablo Jocopilas, 1973.

MORTALIDAD INFANTIL

Según datos del Archivo del Centro de Salud de San Pablo Jocopilas, hubo un total de 16 casos de defunción en menores de 1 año. 10 en área rural y 6 en área urbana, los cuales constituyen el 21.9% de la mortalidad general.

La tasa de mortalidad infantil fué de 40.8 x 1000.

Las causas principales quedan resumidas en el cuadro No. 12.

Cuadro No. 12

Mortalidad Infantil por Causa y Distribución San Pablo Jocopilas, 1973

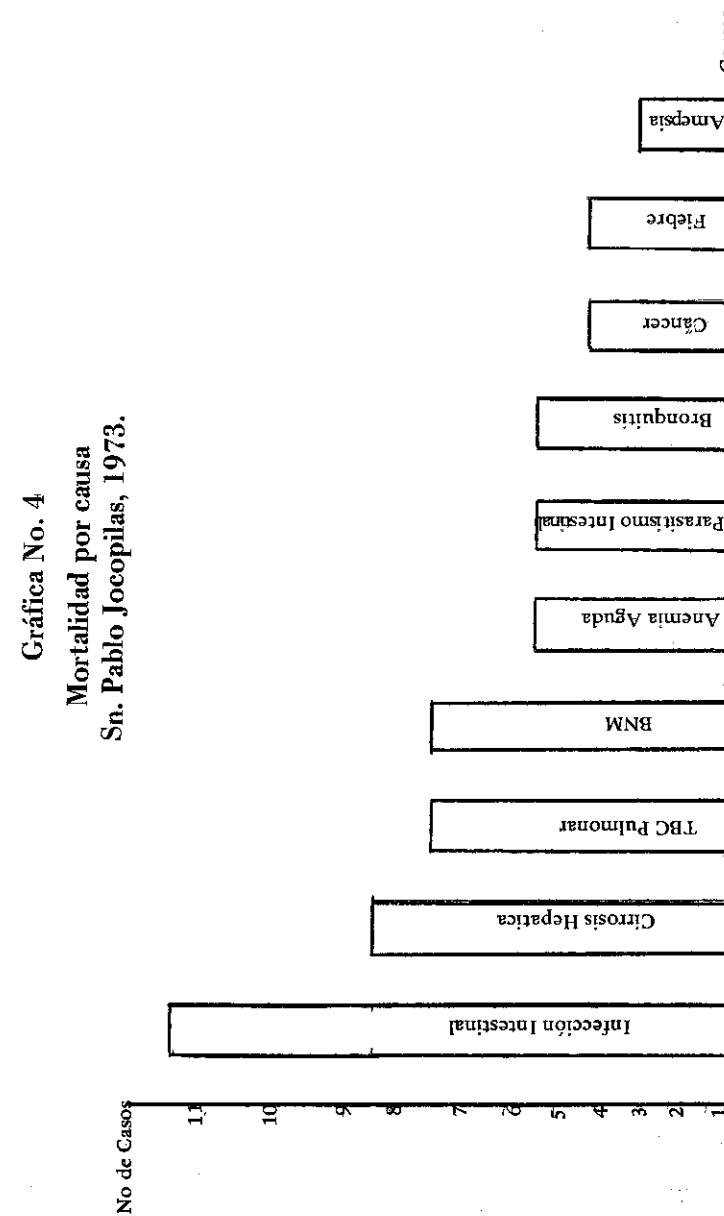
Causa	Urbano	Rural	Total
Infección intestinal	3	2	5
BNM	—	2	2
Bronquitis	1	1	2
Calentura	—	1	1
Pulmonía	—	1	1
GECA	1	—	1
Parasitismo intestinal	1	—	1
Sin diagnóstico	—	1	—
TOTAL	6	8	14

Fuente: Archivo. Centro de Salud de San Pablo Jocopilas, 1973.

Casi en su totalidad las causas principales de mortalidad son enfermedades de origen infeccioso.

MORTALIDAD MATERNA

No se reportó ningún caso.



Fuente: Archivo. Centro de Salud San Pablo Jocopilas, 1973.

E FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES

Es importante mencionar aquí la distribución de la población. De los cuadros de población mencionados anteriormente pudo deducirse que el mayor porcentaje de población está distribuido en el área puramente rural, cuyas características definitivamente no ayudan en ninguna forma a la superación de la población. Es decir, desde el momento en que es una área rural de un país en vías de desarrollo queda implícito que habrá deficiencia sino carencia aun de los mínimos requerimientos tanto nutricionales y de salud, como económicos y socioculturales. En otras palabras, estos requerimientos existen, pero están localizados solo en la parte urbana de la población marginando al área rural, donde está la mayor concentración de población, haciendo de esta manera prácticamente inasequibles; de donde puede deducirse la forma en que afecta la distribución de la población.

Otro de estos factores condicionantes y determinantes es la **desnutrición** y dada la magnitud del problema en Guatemala, no podemos dejar de mencionarla en esta sección, no como una enfermedad en sí sino como un factor condicionante de muchas situaciones actuales en salud, y también como un obstáculo para el progreso.

En este caso en particular, la desnutrición es agente causal en el sentido de que siendo la población joven la más numerosa y no productiva, es también la que por dichas características estará más afectada.

Mencionaremos a continuación los resultados del "INFORME PRELIMINAR DEL ESTUDIO NUTRICIONAL CLINICO LLEVADO A CABO EN LA FINCA NACIONAL CHOCOLA" por personal del INCAP, en 1956.

Dicho estudio comprendió un análisis de la dieta promedio en habitantes de la población, tomando para ello 2 grupos: "indígenas" y "no indígenas" los cuales fueron clasificados de tal manera según cuatro parámetros que son: 1)

según el criterio de los vecinos, 2) la aceptación de tal y la propia familia; 3) el nombre y apellido de los miembros y 4) la apariencia y el vestido. En algunos casos también se tuvo en cuenta la dificultad para hablar el español. No se consideró la lengua, ya que todos hablan español dentro y fuera del hogar, como sucede en una comunidad formada por pobladores originarios de diferentes áreas del país.

El estudio se hizo a través de encuestas y visitas domiciliarias a las familias del estudio, y los resultados fueron los siguientes:

Análisis nutricional

Calorías

Al aplicar los requerimientos calóricos a los adultos se les asignaron los correspondientes a una actividad similar a la del tipo de "referencia", pero estos campesinos despliegan indudablemente mayor actividad ya que en el trabajo de campo hacen uso únicamente de aperos rudimentarios. Si les asignaran requerimientos de una actividad mayor, la ingesta calórica no llegaría al 88% de adecuación que alcanzó el consumo promedio de toda la población. Sin embargo, el número de horas de trabajo agrícola es muy inferior al de los campesinos que viven en tierras altas, que trabajan más de 8 horas diarias en estas faenas. En las tierras bajas, debido al calor, las labores terminan a la hora del almuerzo aproximadamente.

Con respecto a las fuentes de calorías los porcentajes siguientes muestran que el tipo de alimentación es siempre a base de carbohidratos, ya que las proporciones de proteínas y grasas en la dieta son muy pequeñas.

<u>Fuentes de calorías</u>	<u>o/o</u>
Proteínas	13
Grasas	11
Hidratos de carbono	76

Proteínas

El consumo de proteína total alcanza un nivel satisfactorio, pues asciende a 95% de adecuación en toda la población estudiada. Debido a la cantidad de maíz consumido, el grupo de indígenas pobres dió una ingesta protéica mayor que la de los otros grupos, llegando a un 100% de adecuación.

Calcio

El consumo promedio de calcio de todas las familias resultó ser exactamente igual al requerimiento promedio asignado a esa población, es decir que alcanzó un 100% al comparar ambos niveles. Sin embargo al comparar ambos niveles, y tomar los resultados individualmente de cada familia un tercio de ellas no alcanzó sino un 75% de adecuación. Del calcio consumido por las familias un 75% proviene de la cal agregada al maíz en la preparación de las tortillas y un 12% de los productos lácteos. De aquí que el grupo de indígenas pobres muestre un consumo de calcio que sobrepasa los requerimientos estimados por haber utilizado mayor cantidad de maíz en sus dietas. Las verduras y las semillas leguminosas contribuyen también a reforzar el consumo de calcio, si bien en cantidades muy pequeñas.

Hierro

Al comparar los niveles de consumo con las cantidades recomendadas de este nutriente, todas las familias sobrepasan dichas recomendaciones, lo que indica que el consumo deja un amplio margen de protección para deficiencias de Hierro ocasionadas por enfermedades endémicas. A pesar de ello, los hallazgos hematológicos de un grupo de familias incluidas en una encuesta clínico-nutricional, sugieren que hay una gran incidencia de anemias entre estos pobladores. Los autores opinan que una de las causas principales de esas anemias es el alto índice de infestación parasitaria.

El mayor porcentaje de hierro en las dietas proviene de los cereales, especialmente del maíz, pero la carne también aporta cantidades apreciables de este mineral.

Vitamina A

Los niveles de ingesta de vitamina A alcanzan aproximadamente dos tercios de las cantidades recomendadas, en todas las familias.

Tiamina

Por término medio, el consumo de tiamina de toda la población satisface sólo el 75% de los requerimientos estimados, calculados en función de las necesidades calóricas correspondientes al tipo de actividad del individuo de "referencia".

Riboflavina

El consumo de riboflavina es inadecuado en todos los grupos de familias, si se compara con las cifras recomendadas. En general son los cereales y la carne además de los productos lácteos, los principales contribuyentes al consumo total de riboflavina en estas dietas.

Vitamina C

La cantidad de vitamina C consumida por las familias alcanza el 50% de lo recomendado a esta población.

AMBIENTE

A. EDUCACION

El municipio cuenta con una escuela primaria oficial urbana y cuatro escuelas oficiales rurales. No hay escuelas particulares, ni de educación media.

Están asignados al área 6 maestros urbanos oficiales, cuatro mujeres y dos hombres. No hay maestros particulares.

La población inscrita para 1973 fue de 182 niños desde 10. a 60. grados en el área urbana, y en el área rural de la

manera siguiente: Chocolá 399, madremía 116, Ladrillera 51 y Lolemí 104, haciendo un total de 670 niños.

En 1974 (los primeros 6 meses) hubo un total de 211 niños inscritos en el área urbana y un total de 656 en el área rural. Actualmente se ha aumentado la sección de castellanización en las escuelas rurales.

Para el año 1971 existían en el área rural (Chocolá y anexos) un 12.52% de alfabetos de 7-15 años y un 10.66% de analfabetos también de 7-15 años.

El total de alfabetos tomando en cuenta la población de mayores de 15 años, fue de 21.06% y el total de analfabetos de 37.01%.

Actualmente el porcentaje de población escolar real es de 7.5%.

El porcentaje de población inscrita en las escuelas es de 8.5%.

Los índices de deserción escolar son en el área urbana, de 10.15% y en el área rural de 16%.

ECONOMIA

El municipio cuenta con una extensión de 68 km² de los cuales unos pocos pertenecen al área urbana y algunos propietarios, y la gran mayoría pertenecen a la finca nacional Chocolá y sus anexos Lolemí, Madremía y Ladrillera. Es una región eminentemente agrícola que comprende tanto a pequeños productores de café y banano, como también a grandes productores como en la finca nacional Chocolá. De esto se deduce que la tenencia de tierra está en la mayor parte con el estado.

FUERZAS DE TRABAJO

Están constituidas en su mayor parte por población masculina en edad productiva y también mujeres, y en algunas oportunidades niños en edad escolar quienes contribuyen en las tareas de cultivo.

El casco urbano del municipio está formado por familias que cuentan con pequeñas propiedades y se dedican al cultivo de café, algunas frutas, milpa y cacao para autoconsumo.

El área rural representada en toda su extensión por la finca nacional Chocolá y anexos según carta agrológica posee un suelo aren-arcilloso, con vientos predominantes de Norte a Sur. Tiene un costo de un millón de Quetzales; ingresos estimativos de Q601,395.55 y Q554,726.33 de egresos.

Los cultivos principales son café y caña distribuidos en 33,820 cuerdas de terreno para siembra de café y 2,131 cuerdas para caña.

Existen además otras partes de terreno que incluyen montañas, terrenos en blanco (sin cultivo), terrenos para siembra de los trabajadores y potreros.

Respecto a los terrenos de siembra de los trabajadores estos se denominan terreno asignado, el cual es variable en extensión según la capacidad de trabajo, teniendo como mínimo exigible 10 cuerdas de 25 varas² sembradas especialmente con granos básicos cuyo producto es para autoconsumo, o si es vendido, considerado como ingreso personal.

Las fuerzas de trabajo en el área rural están formadas por los COLONOS y sus familias, que son personas nativas y residentes en la finca, cuentan con trabajo permanente el cual es de tipo agrícola principalmente. En sus horas libres se dedican a cultivos de su propiedad.

Los VOLUNTARIOS son también fuerza de trabajo y están constituidos por los hijos de los colonos de la finca. Se les emplea solo cuando se tiene necesidad de sus servicios.

Actualmente hay 882 colonos residentes, de los cuales 770 son trabajadores. Hay también mujeres que trabajan cuando no es tiempo de cosecha, durante la cual se incrementa la población activa.

Indicadores del ingreso per-cápita en el área rural

Las siguientes son cifras promedio de los salarios de la finca nacional Chocolá:

mozo	Q.1.00/día
caporal	Q.1.25/día
guardián	Q.1.25/día
artesano	Q.1.52/día

(Datos tomados de los records de Planillas, 1974. Finca Nacional Chocolá).

PRODUCCION AGRICOLA

Los principales cultivos son el café y la caña. Los cultivos de autoconsumo se limitan siempre al café, cacao, banano, plátano y maíz (pequeños productores).

PRODUCCION PECUARIA

Según el Censo Agropecuario de 1964 fueron informados 11 fincas de ganado vacuno, 6 de ganado porcino, y 10 de ganado caballar. No hay ganado ovino.

En casi todas las casas hay aves como gallinas, patos, etc., generalmente para autoconsumo.

EL AMBIENTE

Para la descripción del medio continuaremos dividiendo el municipio en lo que forma el área urbana y el área rural.

AREA URBANA

1. Respecto a fuentes de agua

El agua proviene de nacimiento de galerías filtrantes que se encuentra ubicado en la Finca María Luisa, en la cabecera municipal de la jurisdicción. La municipalidad compró la fuente de agua e hizo un préstamo al Instituto de Fomento Municipal.

Actualmente, según los datos de la encuesta de Ingeniería Sanitaria de Mayo de 1972, contaban con agua intradomiciliar 111 viviendas, en las cuales 48 tenían chorro a presión y 63 la extraían de pozo— 41 de pozo sanitario y 22 de pozo insanitario.

Se proveían con agua acarreada 220 viviendas, ésto de la siguiente manera:

Sistema municipal	130
Manantial	7
Otros	83
Total	220

Actualmente existe un sistema de agua potable el cual fue obtenido a través del Comité de Agua Potable integrado por vecinos de la cabecera municipal, y que consta de un presidente, 1 tesorero, 1 secretario y 3 vocales, y que se formó para introducir la red de agua potable en el área urbana, y que únicamente cubre a un 50% de la población. Realmente no es un sistema que llene los requisitos para llamarlo como tal. Durante los meses de Mayo y Junio se reorganizaron actividades para solicitar una ampliación de la mencionada red de agua, a solicitud de varios vecinos, la cual fue presentada a Ingeniería Sanitaria del Departamento y que actualmente se encuentra en trámite. Aún no hay algo resuelto debido a que las solicitudes se

presentaron durante la época seca del año y esto impidió medir la capacidad real del nacimiento de agua.

El servicio de agua potable es controlado por Ingeniería sanitaria, dependencia del M.S.P. y A.S. y no permite el desperdicio de agua. Funciona con servicios del sistema de contadores y el de válvula o fordilla. Los vecinos pagan un canon de agua de Q0.40 mensuales, y Q5.00 por la instalación.

En el caso urbano existen 3 chorros públicos de donde la gente se surte por acarreo. Hay también un tanque público, el cual está actualmente en desuso aparentemente por razones internas dentro de la municipalidad.

2. Respecto a excretas

Alcantarillados. La población carece de éstos. No existe ninguna red de drenajes. Son contadas las personas pudientes que tienen instalados sus servicios de drenaje; dicho servicio se encuentra en estudio y ya hay aprobado un préstamo para llevar a cabo estos trabajos, faltando únicamente la aprobación de la municipalidad.

Letrinas. No existe un programa adecuado de letrinización. Se hace sentir a nivel de todo el municipio y todo se debe a que los programas de letrinización funcionan según planificación nacional y no por solicitudes.

Para 1963, el 83.16% de la población no contaba con lugar adecuado para la deposición de excretas. 3.96% contaba con letrina sanitaria y 3.46% con letrina insanitaria; un 9.40% con inodoro. Para 1972 los datos fueron de 70.18% sin lugar adecuado, letrina sanitaria 9.05%, letrina insanitaria 12.07% y con inodoro e. 6.79%.

3. Respecto a disposición de basuras

No existe un basurero público en la población. La mayoría de personas acumulan la basura en la vivienda y luego

algunos la utilizan como abono, botándola en los terrenos de siembra, o bien, la depositan en ríos cercanos o riachuelos de la población. Todo esto, por los factores naturales de descomposición, dan lugar a mucha contaminación del ambiente, lo cual contribuye a un verdadero estado de insalubridad.

Según datos de encuesta de 1963 existía un 0% de viviendas con depósito sanitario, 1.49% con depósito insanitario y un 98.51% sin depósito. Para 1972 los datos fueron de 17.7% con depósito; 4.7% sanitario y 12.99% insanitario; 22.04% con depósito domiciliar y 60.23 con depósito libre.

4. Respecto a Control de Alimentos

Existe un rastro que data desde 1962 y un mercado actualmente en construcción. Otros programas de control son llevados a cabo por los inspectores de saneamiento ambiental en forma eventual.

Realmente se cumple únicamente con el requisito de que toda persona que manipule alimentos debe contar con su tarjeta de salud y su licencia respectiva obtenida a través del C. de S. de Mazatenango.

Datos obtenidos de "Saneamiento Ambiental", Unidad de Planificación y Estadística, M.S.P. y A.S. 1973, y de comunicación personal con inspectores de saneamiento del área.

5. Respecto a viviendas.

Todos los datos referentes a vivienda fueron tomados de los informes de encuestas sanitarias realizadas en San Pablo Jocopilas en 1963 y 1972, por personal del Depto. de Saneamiento Ambiental del C. de S. de Mazatenango.

Para 1963 había en San Pablo Jocopilas, cabecera municipal 214 casas que para 1972 habían aumentado a 254.

**Resultados de Encuestas Sanitarias
en San Pablo Jocopilas en 1963 y 1972
por porcentajes.**

		1963	1972
Estado de la Construcción	bueno malo	3.96o/o 96.04o/o	35.43o/o 64.55o/o
Régimen de Propiedad	propia alquila	68.82o/o 31.18o/o	62.00o/o 38.00o/o
Servicio de Agua	tiene no tiene	50.00o/o 50.00o/o	33.40o/o 66.60o/o

Fuente: Archivo. Depto. de Saneamiento Ambiental. Suchitepéquez, 1963 y 1972.

El cuadro anterior es un reflejo de lo que ocurre en el estado de salud actual. Un porcentaje elevado de mal estado de construcción prevalece y en cuanto a servicio de agua es prácticamente deficiente puesto que la mayor parte de la población carece de él. Esta situación no ha sido modificada debido a que el proyecto de ampliación del sistema de agua no ha sido aprobado por las autoridades.

AREA RURAL

Todos los datos de vivienda del área rural fueron tomados del archivo de la finca Chocolá, específicamente de datos de un censo de población realizado en Septiembre de 1971 por orden del señor supervisor de fincas del INTA. No se obtuvo información acerca del motivo por el cual se realizó dicho censo.

La finca Chocolá se encuentra a 16 Km de la cabecera departamental de Suchitepéquez, ocupando una extensión de 64 caballerías tomando en cuenta los anexos.

Alrededor de los edificios principales de la finca se encuentran distribuidas las casas de los campesinos, en lo que

podría referirse como el perímetro urbano de la finca; dichas casas están situadas a corta distancia unas de otras. Existen además los edificios principales que ocupan las oficinas, la casa del administrador, otras construcciones y galeras que sirven de almacenes de producción y maquinaria; la Iglesia, el botiquín y otros más.

**Condiciones de vivienda en el
área rural de San Pablo Jocopilas
1971**

		o/o
Paredes	tarro	23.5
	madera	74.0
	block	2.45
Pisos	tierra	71.8
	cemento	23.7
	madera	2.4
	ladrillo barro	0.2
	piedra	1.7
Techo	teja cemento	21.8
	lámina	26.9
	teja barro	51.2
No. de Cuartos	1	60.7
	2	31.6
	3	5.3
	4	2.2
Cocina	independiente	56.1
	adjunta a casa	43.8
fuente de agua	río	2.4
	chorro	85.0
	pozo	12.5
alumbrado	candil	67.6
	candela	0.9
	electricidad	31.3
Excretas	letrina	20.0
	sin letrina	79.9

Fuente: Archivo. Finca Nacional Chocolá, 1971.

Puede apreciarse que también en el área rural las condiciones de vivienda son malas, insanitarias y favorecen el hacinamiento y la contaminación del ambiente.

F. POLITICA DE SALUD

RECURSOS

1. CENTRO DE SALUD

El centro de salud del área está situado en Suchitepéquez, en su cabecera departamental Mazatenango, y el cual tiene bajo su jurisdicción a los centros de salud tipo B, centros tipo C y los puestos de salud que funcionan en los diferentes municipios del área IV. Es donde funciona además la sede regional de salud del área IV.

En el primer semestre de 1974 funcionaron como centros de salud tipo C los puestos de Cuyotenango y La Máquina, San José El Ídolo, Samayac, San Pablo Jocopilas, y San Miguel Panán, y como puestos de salud el resto de los municipios del departamento. Dependen también del Centro de Salud de Mazatenango, los Centros de Salud de Chicacao y San Antonio Suchitepéquez.

Recursos humanos para 1973

Personal	Tasa	Asignación
5 médicos	0.2	Q. 700.00
1 enfermera graduada	0.3	165.00
17 enfermeras auxiliares	0.11	780.00
3 inspectores de saneamiento	0.2	405.00
resto de personal	---	315.00

Presupuesto para 1973: Q45,232.00.

Adjunto al Centro funciona un Servicio de Educación y Recuperación Nutricional del cual se hablará personalmente.

Programas existentes en el Área IV

1. Materno
2. Infantil y pre-escolar
3. Nutrición
4. Epidemiología
5. Control TB
6. Saneamiento ambiental y control de alimentos
7. Otros programas (zoonosis y venéreas)

Consultas:	primeras	2737
	reconsult	1712
	total	4449

El Centro de Salud por el edificio es Tipo A pero realmente funciona como tipo B ya que no cuenta con encamamiento.

2. Hospital

El Hospital Nacional de Mazatenango es el único para el área; se encuentra clasificado entre los de 100 a 499 camas siendo su número real de 252.

Recursos humanos:

Médicos	12
Practicantes	4
Enfermeras graduadas	6
Enfermeras auxiliares	41
Inspector de saneamiento	0
Laboratorista	1
Personal de Rx	1
Dentistas	0
Estadígrafos	2
Trabajador Social	1
Otro personal	

Recursos materiales

Total de camas:	252
Camas para niños	47
Camas para mujeres:	130
Camas para hombres:	75

Promedio de días de estancia: 35 días

Porcentaje ocupacional: 246o/o.

Consultas

Total 13,005
 Cirugía mayor 318
 Cirugía menor 663
 Pacientes en Rx 2,986
 Dental 0
 Partos 1089
 Emergencia 5,890
 Autopsias 150
 Transfusiones 847
 Laboratorio 37,197.

Primeras consultas:	7,287
Reconsultas:	5,685
Total	12,972

Datos obtenidos de la Memoria Anual 1973 del Centro de Salud de Mazatenango, Such.

3. Servicio de Educación y Recuperación Nutricional (S.E.R.N.)

Es una dependencia de la Dirección de Bienestar Infantil y Familiar que a su vez depende de la Secretaría de Asuntos Sociales de la Presidencia de la República.

A ese centro ingresan niños referidos por los Centros o Puestos de Salud o por cualquier otra institución que tenga responsabilidad en el bienestar de la población o bien espontáneamente.

Son admitidos los niños clasificados entre desnutrición grado II o III (Clasificación de Gómez). Sin patología que necesite tratamiento hospitalario, y cuya edad esté comprendida de uno a cinco años once meses. La estancia será de 6 meses como máximo y durante ella se inculcarán aspectos de educación nutricional, se llevan además controles estrictos de peso y talla así como de inmunizaciones y evaluaciones médicas.

En 1973 fueron asistidos 69 niños, logrando la recuperación de 20 de ellos. No llegaron a su recuperación total 28 niños y quedaron pendientes de recuperación para 1974, 21 niños. Se dieron 30 charlas sobre nutrición y 20 demostraciones.

4. Guardería Infantil

Es otro servicio que funciona adjunto a el S.E.R.N. y es para niños de dos a seis años, sanos, y que son atendidos por trabajo de la madre o encargada el que no le permite dar una atención diurna adecuada al niño por carecer de recursos económicos.

ADMINISTRACION

Este es uno de los más importantes aspectos del presente trabajo y al respecto podría decirse que en lo que se refiere a integración, esta no existe ya que el recurso físico (del hospital, del centro de salud y otras dependencias) no ayuda a ella. Tanto el Centro de Salud como el hospital funcionan completamente separados. Además del aspecto puramente físico, no ayuda la actual organización del sistema de salud. La organización del área influye en el funcionamiento de los recursos de salud. Existe además límites respecto al manejo de presupuestos lo cual interfiere con la integración. Actualmente la asignación trimestral para los centros de salud es de Q150.00. Además se cobra una

cuota de Q0.25 por cada consulta médica en el centro pero este dinero pasa a formar parte de los fondos privativos y no se utiliza en manera alguna para beneficio del centro de salud en sí.

PROGRAMAS EXISTENTES EN EL AREA DE SAN PABLO JOCOPILAS

Durante los meses de práctica del EPS se llevaron a cabo los siguientes programas de atención:

I. Salud Materna

No. casos

Gestantes inscritas nuevas	37
antes del 5º. mes	13
5º. mes y más	24
Consultas subsecuentes	9
Sesiones de consultas	15
puérperas	19
primeros exámenes	9
exámenes subsecuentes	10

II. Salud Infantil

Niños inscritos nuevos	145
menores de 1 año	57
1 a 4 años	91
Consultas subsecuentes	40
menores de 1 años	22
1 a 4 años	18
Total de nuevos y subsecuentes	185
sesiones de consultas realizadas	26

III. Atención Médica General

Consultas en los puestos	1442
Sesiones de consultas	61

(continua)

IV. Servicios de Enfermería

Visitas domiciliarias	16
realizadas	13
efectivas	3
hipodermia	1082
curaciones	240
tratamientos antiparásitos	205
charlas educativas	24
embarazadas y madres	10
sobre nutrición	12
otros temas	2

Control de Tuberculosis

Este programa funciona en toda el área IV y sus objetivos son:

1. El objetivo central es reducir la prevalencia de morbilidad por tuberculosis en el departamento mediante el descubrimiento de enfermos y el tratamiento quimioterapéutico de los mismos, bajo el sistema de tratamiento ambulatorio.
2. Obtener el índice de prevalencia de la infección, mediante la prueba tuberculina universal y al propio tiempo evaluar los resultados de la protección biológica conferida por vacunaciones anti tuberculosis con BCG efectuadas en épocas anteriores.
3. Impartir protección biológica a todos los tuberculino negativos hayan o no recibido vacuna BCG en épocas anteriores.
4. Conferir la protección química por medio de la quimioprofilaxis a todos los contactos de los enfermos bacilíferos.
5. Proyectar la educación higiénica sobre la población en general en relación a la tuberculosis como enfermedad social.

Este programa piloto para el área de Suchitepéquez fue iniciado en Junio de 1973. Sin presupuesto autónomo éste depende de la División de Tuberculosis de la Dirección General de Servicios de Salud.

Los medios diagnósticos son: 1) frote de esputo, 2) tuberculina 3) examen clínico y 4) fluoroscopia.

Este sistema se ha llevado según sugerencias de la O.M.S. y hasta la fecha no ha sido evaluado.

En el área IV el programa cubre a la población de mayores de 15 años, haciendo diagnósticos a través del examen de esputo y dando tratamiento ambulatorio a los casos positivos para bacilo de Koch, con drogas como son la INH y Estreptomicina.

Programa de Inmunizaciones

Se ha llevado según las normas del Centro de Salud de Mazatenango y se efectuaron dos campañas de vacunación durante los meses de Mayo y Julio de 1974.

5. INTERPRETACION

Por todos los análisis expuestos anteriormente nos podemos dar cuenta que las bajas condiciones de salubridad del medio, la distribución de la población, las bajas condiciones nutricionales, las costumbres de la población y otros factores de orden económico y de distribución de riquezas influyen de una manera negativa en las actuales condiciones de salud, contribuyendo a su permanencia estática e impidiendo una evolución satisfactoria.

Específicamente, las malas condiciones de vivienda, las condiciones de hacinamiento, la mala disposición de excretas, los malos recursos o mejor dicho las malas condiciones de substancias necesarias como son el agua potable y una buena red de drenajes son factores que en las actuales condiciones de salud

contribuyen a la prevalencia de enfermedades infecciosas que son la primera causa de muerte en la población.

Al analizar la población se llegó a la conclusión de que es una población joven la cual es económicamente dependiente y debido a la estructuración de la pirámide de población, es decir, a la distribución de base ancha que corresponde a la población infantil es que la tasa de mortalidad es tan elevada. Es también debido a este factor que el problema de la desnutrición sea tan severo en el área.

Los problemas educacionales, por deficiencia de recursos, son también importantes en la prevalencia de la actual situación de salud. El alto grado de analfabetismo, el número insuficiente de escuelas y con frecuencia la escasez de maestros y falta de escuelas son factores coadyuvantes si no etiológicos en la mayoría de las veces, ya que la educación es la clave principal para el mejoramiento de la salubridad y la nutrición de un país.

En la situación de salud actual influye también la distribución de las instalaciones médicas. Quiero decir que hay una mala distribución geográfica del personal de salud, especialmente de médicos ya que la mayoría de ellos se encuentran concentrados en los cascos urbanos de las poblaciones lo cual hace difícil el acceso para la parte rural, donde se encuentra la mayoría de la población.

Puede decirse en general que en la actual situación de salud del área, influyen grandemente el nivel educacional, el bajo ingreso per cápita y las familias numerosas, la mala producción y distribución de alimentos y el uso que se da a esos alimentos. Y además puede decirse que la causa fundamental de que dicha situación prevalezca es la ignorancia.

6. CONCLUSIONES

1. El municipio de San Pablo Jocopilas tiene una extensión de 68 Km², y la mayoría de población se encuentra distribuida en el área rural (82.7o/o), al igual que en el resto del país.
2. La pirámide de población refleja las mismas características que ocurren a nivel nacional: una base ancha y vértice agudo; la base ancha constituida por el mayor porcentaje de población de menores de 19 años.
3. Las tasas de natalidad y mortalidad son prácticamente iguales a las del resto del país.

	Natalidad	Mortalidad
Rep. de Guatemala	38.8 x 1000	11.4 x 1000
Sn. Pablo Jocopilas	40.0 x 1000	10.5 x 1000

4. Las principales causas de mortalidad en la población son las enfermedades infecciosas y coinciden con las causas de mortalidad.
5. La mortalidad del grupo infantil es elevada (21.9o/o) de la mortalidad general) lo cual da una tasa de 40.8 x 1000.
6. Las boletas de defunción no son extendidas por personal capacitado y tomando en cuenta que son índice de la mortalidad, las causas de esta no son prácticamente representativas de lo que verdaderamente ocurre.
7. No existe la integración de recursos de salud en el área departamental.
8. La situación económica precaria de la mayoría de la población y el atraso sociocultural son parte del origen del estado de salud actual del municipio.

9. Las condiciones de vivienda son malas y antihigiénicas en gran porcentaje y condicionan al hacinamiento e insalubridad.
10. Es necesaria la creación de programas de salud adecuados a las características de la población, ya que si bien existen teóricamente, únicamente funcionan en forma aislada y sin control de funcionamiento, y no llenan los requisitos mínimos de cobertura.

7. RECOMENDACIONES

Con todo lo anterior expuesto, puede deducirse que si no se llevan a cabo renovaciones en los actuales programas, a medida que la población aumente la situación tendrá que empeorar. Creo que todo debe interpretarse en función del crecimiento de la población y de los recursos con que se cuenta.

Una manera de empezar a introducir el cambio que se necesita es tratar de cambiar la actual mentalidad respecto al aprovechamiento de los recursos de salud. Específicamente, debe tratar de cambiarse la mentalidad de que solo se busca al médico en enfermedad. Este para mí es uno de los pasos más importantes, ya que puede hacerse más medicina preventiva que curativa y de esta manera podría necesitarse de menos recursos económicos, y aprovecharse mejor los actuales.

Entre las medidas de carácter general que podrían empezar a introducirse con el objeto de iniciar un cambio están:

1. Hacer mas conciencia de las necesidades de la población en las actuales escuelas de Medicina. Se debe iniciar el cambio empezando por modificar la mentalidad de los futuros médicos, desde los primeros años de la carrera.
2. Incrementar los programas que tengan como objetivos mejorar las actuales condiciones de salubridad.
3. Tratar de hacer conciencia en la población de sus actuales condiciones y hacerles ver la forma en que ellas las afectan.
4. Tratar de incrementar y auspiciar una ampliación de los actuales programas de atención médica ya que tienen una fundamentación lógica, es decir están adaptados, aunque en una forma parcial, a las actuales condiciones de nuestra población; y evaluar periódicamente su desarrollo.

5. Uno de los pasos más importantes será no el de tratar de satisfacer las necesidades dando lo que sea necesario, sino haciendo sentir una necesidad y partiendo de ella hacer que la misma gente se ayude o trate de mejorar por sí misma su actual situación.

BIBLIOGRAFIA

1. Guatemala, Dirección General de Servicios de Salud. División de Tuberculosis. Informe del Programa. Control de la Tuberculosis en el Depto. de Suchitepéquez, Enero-Junio, 1966. Guatemala, Septiembre de 1960.
2. Guatemala. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad Sectorial de Planificación. Saneamiento ambiental. 1973.
3. Guatemala. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad Sectorial de Planificación de la Salud. M.S.P. y A.S. República de Guatemala. Mortalidad Año 1973.
4. Guatemala. Dirección de Servicios de Salud. Unidad de Planificación y Estadística. M.S.P. y A.S. República de Guatemala. Natalidad Año 1973.
5. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Planificación y Estadística. República de Guatemala, Depto. de Suchitepéquez. Población Calculada Años 1972-1980.
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Planificación y Estadística. República de Guatemala. Recursos Humanos y Número de Camas Hospitalarias. Año 1973.
7. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Planificación y Estadística. República de Guatemala. Estadísticas Hospitalarias en Instituciones del M.S.P. y A.S., 1973.
8. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Planificación y Estadística. Memoria Anual 1972.

9. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de la Labor Realizada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el Período 1970-1974. 1974.
10. Guatemala, Dirección General de Estadística. Censo de Población 1964. Guatemala 1971.
11. Guatemala, Dirección General de Estadística. Censo de población y habitación 1973. Serie II, tomo I. Resultados de tabulación por muestreo. Población.
12. Derrick B.J. Nutrición Infantil en Países en Desarrollo. Trad. Antonio Bosch Tejeda. Centro Regional de Ayuda Técnica. Agencia para el Desarrollo Internacional (A.I.D.) México/Buenos Aires, 1972.
13. Molina Abril Raúl René Estudio de la Mortalidad Infantil en Guatemala. Guatemala, Septiembre de 1971.
14. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. El problema de la desnutrición proteínico-calórica en el istmo centroamericano. Monografía No.7.
15. Guatemala. Dirección General de Cartografía. Diccionario Geográfico de Guatemala. Tomo II. Guatemala, 1962. pp. 210-2-11.
16. Guatemala, Dirección General de Rentas. Archivo, Depto de Control del Impuesto Territorial. Sn. Pablo Jocopilas. Primer trimestre, 1973.
17. Guatemala, Dirección General de Estadística. Censo Agropecuario 1964. Tomo III. Ganadería. Enero 1969.
18. Guatemala. Oficina de Supervisión Técnica de Distrito 1974. Archivo.
19. Guatemala. Centro de Salud de Mazatenango. Memoria Anual, 1973.
20. Guatemala. Presupuesto de Ingresos y Egresos. Ejercicio 1974. Archivo. Finca Chocolá.
21. Guatemala. Centro de Salud de Mazatenango. Depto. de Saneamiento Ambiental. Archivo.
22. Guatemala. Puesto de Salud de San Pablo Jocopilas. Archivo 1974.
23. Muñoz, J.A. y Portilla, J.M. Informe preliminar del estudio nutricional clínico llevado a cabo en la finca Chocolá. Publicaciones científicas del INCAP. L-39, Agosto, 1953.

L. E. P. P. A.
Br. María Esther Palacios

J. Palma
Dr. Asesor

Selviste f. m.
Dr. Revisor

Selviste f. m.
Dr. Julio De León
Director Fase III

Mariano Guerrero
Dr. Mariano Guerrero
Secretario General

Carlo Armando Soto
Dr. Carlos Armando Soto
Pecano