

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal is circular with a double border. The outer border contains the Latin text "CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER CETERAS OBIS CONSPICUA" in a serif font. The inner circle features a heraldic coat of arms. At the top is a crown. Below it, on the left, is a castle tower. In the center is a figure, possibly a saint or a historical figure, wearing a crown and holding a staff. On the right is a lion rampant. Below these elements are two figures, possibly indigenous people, standing on a rocky or mountainous terrain.

**DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD Y
ELABORACION DE UN PROGRAMA DE
ATENCION MATERNO INFANTIL EN
EL MUNICIPIO DE SANTA MARIA
CHQUIMULA, TOTONICAPAN.**

ENRIQUE OSBERTO RODRIGUEZ ENRIQUEZ

Guatemala Marzo de 1975.

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS
4. MATERIAL Y METODOS
5. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS
6. INTERPRETACION DE RESULTADOS
7. PROGRAMA MATERNO INFANTIL
8. CONCLUSIONES
9. RECOMENDACIONES
10. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION:

Al inicio de las labores de E.P.S. en el municipio de Santa María Chiquimula del departamento de Totonicapán resaltaba el hecho objetivo de la carencia de un estudio que comprendiera las condiciones de salud de este municipio, y sus factores predisponentes; documento básico para la planificación de acciones de salud, por un lado, y por otro al coincidir exactamente con la actividad curricular de la investigación dentro del E.P.S., se elaboró el presente trabajo con el propósito de analizar las condiciones de salud existentes en el municipio, los factores que en una u otra forma intervienen en el desarrollo integral de los mismos, así como proponer una alternativa de acciones que en una u otra forma mejoren las condiciones descritas.

Se cree que con el presente trabajo se podrán descubrir las necesidades más ingentes de los habitantes de la comunidad y a través de los cuales se podrán lanzar con una base sólida y científica los programas que vendrán a tratar de mejorar las condiciones de salud de los pobladores de Santa María Chiquimula.

OBJETIVOS

GENERALES:

- 1.) Conocer los principales problemas de salud de Guatemala, partiendo del estudio de una comunidad.
- 2.) Conocimiento de los principales problemas socioeconómicos de Guatemala a través de comunidades estudiadas.
- 3.) Dar a conocer la metodología de planificación en el sector salud.

ESPECIFICOS:

- 1.) Conocer las principales causas de enfermedad y muerte y los factores determinantes que permiten su existencia.
- 2.) Conocimiento del papel desempeñado por el Ministerio de Salud Pública a través de los puestos de salud, en el mejoramiento de las condiciones de salud de la comunidad.
- 3.) Detectar problemas de salud y sus factores condicionantes, para lanzar programas específicos que vendrán a mejorar las condiciones de salud de los habitantes de esta comunidad.
- 4.) Formular programas de atención de la salud prioritarios de acuerdo a la realidad encontrada.

3. HIPOTESIS

1. El grupo Materno Infantil es el más numeroso, por lo tanto el que está más expuesto a enfermarse.
2. Las malas condiciones de Salubridad en la vivienda en lo que se refiere a falta de agua potable, mala disposición de excretas, hacinamiento, contribuyen a que una de las principales causas de morbilidad sean las enfermedades transmisibles.

4. MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo se desarrolló en la siguiente forma:

PRIMERO:

Se realizó una encuesta a todas las aldeas del municipio de Santa María Chiquimula, seleccionando el 20o/o del total de casas de cada aldea, dicha encuesta recopiló datos de: Condiciones de vivienda, Familiaridad, Pertenencias, Factores de producción y Factores culturales.

SEGUNDO:

Se procedió a levantar el plano de la comunidad, para conocer su situación geográfica.

TERCERO:

Se procedió a averiguar la organización social y recursos de la comunidad, con las autoridades edilicias y miembros de la comunidad.

CUARTO:

Se averiguaron los datos de Natalidad y Mortalidad, durante un período de 5 años en el registro civil de ésta comunidad.

QUINTO:

La morbilidad se obtuvo de los registros clínicos hechos por el EPS durante los meses de Febrero a Julio.

SEXTO:

Se averiguaron datos de analfabetos y alfabetos en el distrito escolar al cual corresponde este municipio.

SEPTIMO:

La organización social y material del área de salud fue proporcionado por el administrador del hospital nacional.

En lo que respecta a la calidad del material investigado queremos hacer constar que los datos de mortalidad encontrados en el registro civil no podemos considerarlos del todo fidedignos ya que el diagnóstico de defunciones es hecho por el policía municipal; recomendamos que en lo futuro aprovechando la presencia de un estudiante de medicina, dichos diagnósticos sean efectuados por él. Sobre la obtención de los datos de Morbilidad debemos hacer constar que fueron obtenidos de los archivos del puesto de salud de este municipio porque no existían, tampoco fueron obtenidos por los registros hechos por el médico de UAMAS. Ya que este nunca se ha presentado al puesto de salud de este municipio.

5) ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

5.1. Descripción del área de Santa María Chiquimula:

Es un municipio que corresponde al departamento de Totonicapán, en la Zona occidental del país, la población se encuentra enclavada en una valle rodeada de altas montañas.

LIMITES:

Al norte limita con San Antonio Ilotenango del Departamento de El Quiché y Momostenango. Al sur limita con la cabecera departamental de Totonicapán; al este limita con el municipio de Santa Lucía la Reforma del mismo departamento y San Antonio Ilotenango del departamento de El Quiché; al Oeste limita con San Francisco El Alto y Momostenango.

EXTENSION:

Su extensión actual es de 80 Kms. cuadrados, donde se encuentran localizadas 11 aldeas y 2 caceríos, con una población que asciende a la cantidad de 18503 habitantes.

ALTURA:

Se encuentra situada a una altura de 6562 pies sobre el nivel del mar (2386 metros).

5.2. HISTORIA Y COSTUMBRES:

HISTORIA:

Según relatos por vecinos de esta localidad, este pueblo tuvo origen en tiempos de la conquista española. Se cuenta que en un encuentro que los indígenas de Zacapulas tuvieron con los españoles, los indígenas por su pequedad en los instrumentos de guerra, tuvieron que ceder ante los fusiles y cañones españoles de tal suerte que fueron derrotados y los sobrevivientes tuvieron que

huir a las montañas, precisamente un grupo de ellos originario de aldeas Arax-Tut, de la jurisdicción de Zacapulas, emigraron al lugar que hoy se le conoce como Ojer-Tinimit que queda en las cercanías del lugar que actualmente ocupa la población de Santa María Chiquimula. La palabra Ojer-Tinimit: significa pueblo Antiguo.

La palabra Pa-rax-tut, en castellano significa donde las palmas verdes. Más tarde este grupo de pobladores de Ojer Tinimit, por lo quebrado del lugar y porque el valle llamado Santa María les quedaba mejor, dispusieron trasladar la población a este lugar, donde actualmente se encuentra.

Un poco más al oriente se encuentra localizado el cerro llamado Chiquimula, y sin duda ahí ha tomado el nombre de la población que hoy se conoce oficialmente como Santa María Chiquimula.

Su extensión actual es de 80 Kms. Cuadrados, no obstante, allá por los años de 1700 el municipio abarcaba otros lugares, Santa Lucía la Reforma, parte de San Antonio Ilostenango y parte de lo que hoy es Momostenango, según se puede ver en el libro llamado Certificación de los Títulos de Santa María Chiquimula, que obra en el poder del archivo de la municipalidad del lugar. Este pueblo como otros del interior del país, antes de sentar las bases, de las que hoy impulsan su desarrollo y porvenir, tuvo que soportar amenazas de los pueblos vecinos, y según se puede ver en el libro Certificación de los Títulos de Santa María Chiquimula sostuvo luchas sangrientas durante mucho tiempo, primero con San Antonio Ilostenango, por cuestiones de límites y tierras, después por daños a la propiedad privada. Se cuenta que con medidas de presión entre uno y otro pueblo la persona que caía en manos del bando contrario se le apresaba y se le aplicaba el castigo de la mula, que consistía en amarrar a la persona de los pies a las ancas (asero) de un caballo por medio de un cordel perfectamente enlazado y luego el caballo era espoleado de tal manera que salía disparado con su trágica carga. Se cuenta que también usaban el castigo del

azote con baras. Más tarde a fines del siglo XVII allá por los años de 1790, el pueblo de Santa María Chiquimula fue acosado por sus vecinos del occidente, los pobladores de Momostenango con motivos de una disputa también de tierras precisamente por el paraje llamado PA-CAI-SIS, que traducido quiere decir DONDE LOS CIPRESALES, con presión de toda índole y aún de intrigas de tipo oficial como se ha podido investigar, de Santa Lucía la Reforma y más tarde la porción Paquisis, en manos de los pobladores de Momostenango en otros datos de importancia histórica. Se sabe de la participación de los vecinos de Santa María Chiquimula en el movimiento Revolucionario a favor de la independencia Nacional encabezado por el patriota Totonicapense Atanasio Tzul, esto por los años de 1815 a 1820. Durante la revolución de 1871 encabezada por don Justo Rufino Barrios, también los vecinos de ésta participaron activamente. Lo demuestra el encuentro armado de Coxóm, donde la revolución sentó sus bases y sus esperanzas firmes de un mejor porvenir para Guatemala.

COSTUMBRES:

Cada hombre tiene tres mujeres; la organización familiar en Santa María Chiquimula inicia unas veces por la petición directa de una joven para un muchacho por parte de los padres de éste, al conocer la inclinación hacia ella de su hijo; las edades entre las futuras parejas comprenden entre los 14 a 16 años de ella y entre los 16 a 18 años lo de él, según las costumbres antiguas aún cuando entre ambos jóvenes no existe ningún acercamiento, si acaso un ligero conocimiento del hombre hacia la mujer. Otras veces se inicia por medio del enamoramiento, forma que se ha adoptado ultimamente por los muchachos. En ambos casos para llegar al matrimonio se llenan previamente los requisitos con las llamadas PEDIDAS las cuales se describirán posteriormente.

CULTURA:

Se puede encontrar como notas típicas en el curso de su feria tradicional el baile de combites, el baile de la Conquista que

12

es un pasaje irónico de éste pueblo, por cuanto se puede ver en el desarrollo de este baile que festeja el triunfo de la conquista sobre el pueblo indígena y la muerte del héroe Tecún Umán. La historia es a veces cruel, por cuanto que esta esenificación la llevan a cabo los nativos del lugar. Se cree que éste baile fue introducido por los sacerdotes españoles, como un sustituto de aquellas danzas legítimas del Imperio Maya Quiché, como la danza del venado que en otros tiempos era la canción y el arruyo de aquellos pueblos precolombinos. Baile del Patz-car también se podía ver y consistía en un baile de enmascarados que hacían sonar sus látigos (chicote) en el suelo al son del Tun y Chirimilla, pero que ahora solo queda en el recuerdo. También se encuentra el sacrificio que se desarrolla en el atrio de la iglesia católica como culto a una imagen y que la llaman el sacrificio del Chichicaste que consiste en tapizar el suelo de la hierba llamada chichicaste y caminar de rodillas sobre dicho suelo, este sacrificio del chichicaste ya no se practica y solo queda como un recuerdo del pasado. Su traje típico en la mujer es una blusa a rayas de color rojo y negro, la falda es larga de color negro con un bordado atravesado de colores vistosos y usando en la cabeza una cinta tejida a mano de colores vistosos, el traje en el hombre es; pantalón blanco y camisa blanca, sin embargo el traje típico de la mujer chiquimulteca está desapareciendo para dar lugar a otro traje también típico, pero más vistoso y diferente. Ahora bien el traje típico del hombre ha desaparecido por completo para dar paso al uso del traje de corte occidental. El patrono del pueblo es el Cristo de Esquipulas y la feria patronal se celebra del 12 al 16 de enero.

ORGANIZACION SOCIAL Y RECURSOS DE LA COMUNIDAD:

La autoridad civil de éste municipio está representada por un alcalde municipal, un síndico, 5 consejales y tres suplentes así también tiene sus autoridades civiles en cada cantón y aldeas, que son elegidos por el alcalde del municipio y está representada en la forma siguiente: un alcalde auxiliar; un mayor y cuatro alguaciles que tienen como función velar por el orden de sus comunidades teniendo reunión con el alcalde del municipio dos veces a la

13

semana para rendir informes siendo los días jueves y domingo. En cuanto a los miembros de la municipalidad, se reúnen una vez por mes o cuando lo consideran necesario o en casos de emergencias. Se reúnen con la autoridad inmediata superior de la cabecera municipal cada vez que sean citados por consulta de emergencia. Las autoridades cantonales se reúnen una vez al año con los miembros de la comunidad, para elevar sus peticiones a la municipalidad, esta reunión la celebran cada sábado de Gloria. En esta comunidad no existe comité pro mejoramiento, pero cuando hacen un trabajo comunal o en grupo forman un comité y cuando queda concluida la obra se disuelve el comité.

También hay comisionados militares, siendo uno por cada cantón o aldea, estando el jefe en la cabecera y la función de ellos es extender la inscripción militar a los ciudadanos que cumplen los 18 años de edad, otras de sus funciones es la de velar por el orden de la comunidad, participando también en casos de emergencia por Ejem., incendios forestales etc.

No hay patronatos de padres de familia o comités organizados por la escuela como tampoco existen del puesto de salud. En ésta comunidad hay dos congregaciones religiosas que son: La de los Católicos y la de los Evangélicos, pero que únicamente funcionan en aspectos religiosos y no proporcionan alguna ayuda en el aspecto social en su comunidad.

No existe en esta comunidad organizaciones de adultos, mujeres, como tampoco de niños; los vecinos de éstas organizaciones de adultos no participan en problemas de la comunidad por la sencilla razón de que no les gusta agruparse o unificar sus esfuerzos para solucionar sus problemas.

El recurso de salud con que cuenta esta comunidad es únicamente con un centro de salud tipo C y entre los recursos humanos de salud cuenta con un estudiante de medicina; un técnico en salud y una auxiliar de enfermería, pero las consultas son de menor escala debido a la creencia de los habitantes con respecto a los brujos o curanderos y algunos van directamente a las farmacias ya que esta comunidad cuenta con dos. En lo que

respecta a educación como se dijo anteriormente cuenta con 13 escuelas y 17 maestros no existiendo programas de alfabetización oficial ni voluntaria.

LAS PEDIDAS:

Cuando se pide la mano de una muchacha para matrimonio los padres del muchacho se presentan a la casa de la novia llevando un octavo de litro de licor, para ser obsequiado para los padres de ésta, son recibidos cordialmente por los dueños de la casa y después de un breve cambio de impresiones como se acostumbra en todas las visitas los padres del muchacho exponen sus propósitos, los que son escuchados sin objeciones por los visitados, manifestando luego los padres de la muchacha que ella será consultada sobre el proyecto matrimonial, pidiéndoles que vuelvan para saber la determinación tomada por la señorita, para fijar la fecha que generalmente es a los 8 días después de la primera visita, en la segunda reunión los peticionarios van preparados con medio litro de aguardiente y después de los saludos respectivos y luego de una pequeña introducción inquieran sobre la determinación adoptada por la hija de los visitados. Si el caso es previo enamoramiento o del sistema antiguo, pero que el muchacho sea del parecer de la joven, enhorabuena y se acepta la petición y el medio litro de aguardiente que se da en el momento y es entre todos, pero si el caso es lo contrario y el pretendiente no es del agrado de la señorita entonces la petición es rechazada y es devuelto a su origen el octavo de licor recibido por los padres de la muchacha y en su defecto se devuelve su respectivo valor porque esto mismo puede servir con los mismos fines en otra parte. Las pedidas de rigor son 5 sin incluir las dos primeras visitas que tienen prácticamente un carácter de consulta.

Las pedidas se hacen en intervalos de 15 días a un mes y en cada una de ella los peticionarios se proveen de aguardiente, pan, cigarrillos y puros, para obsequiar a los padres y familiares de la novia, en éstas sesiones se abordan diferentes temas de la vida y en la cuarta pedida se fija la fecha en que ha de irse la

muchacha con el pretendiente ya sea el matrimonio legal o por el tradicional. Cuando llega éste día los padres de la novia acompañados de algunos familiares llevan además de los obsequios acostumbrados, panela, tomate, cebolla, carne de res y pan a los padres y familiares de la nueva escena. Al caer la tarde de éste día el muchacho conduce a su cónyuge a su propio domicilio o sea el de sus padres, pero antes han entregado cierta cantidad de dinero a los padres de la joven prometida como recompensa por la educación que se le dió cuando era soltera.

Es posible que el muchacho al llegar a los 18 años exige su herencia y se le otorga su parcela para que viva en ella cuando lo crea conveniente. Cuando el nuevo hogar ya esta separado de la convivencia paterna empieza para sus miembros la lucha para el mantenimiento de una vida propia y es aquí donde el hombre organiza su hogar a su manera y donde tiene lugar la poligamia que hoy nos ocupa.

Según informes de las personas respetables del lugar, ésta modalidad conyugal tuvo su origen allá por los años 1930 a 1931, es decir que hace aproximadamente unos 42 años, cuando dos señores de esta localidad, con mujer o hijos comerciantes de ocupación, se vieron en la necesidad de buscar compañía a sus respectivas mujeres para que las ayudasen a los quehaceres de la casa mientras dura su viaje, ya que poseía unas cuantas cuerdas de terreno y algunas cabezas de ganado vacuno para que una de ellas se encargara de los oficios domésticos y del cuidado de los niños, que desde un principio fue la ayudante, en tanto que la verdadera mujer se quedaba a los trabajos agrícolas.

Al cabo de algún tiempo la doméstica se convirtió en la mujer del patrón no sin la extrañeza del enojo de la primera, pero la necesidad y la palabra de convencimiento de los hombres hicieron que las esposas aceptaran la situación creada. Esta tolerancia indujo a los maridos a continuar su labor de conquista con la seguridad de que sus argumentos serían convincentes y por consiguiente aceptadas, así las cosas duraron un tiempo hasta que fallcieron los protagonistas entre los que nunca existió ninguna relación comercial ni amistosa, estos hechos fueron muy notorios

podemos observar que en la pirámide de población los grupos que más predominan son los que están comprendidos dentro de las edades de 0 a 4 años (población de gente joven), lo cual es indicativo que la mayoría de sus miembros están en la edad de consumo; la cual repercute en productividad de la población, pero es fuerza de trabajo latente para el desarrollo.

El crecimiento vegetativo de la población nos indica (gráfica 2), que la población estudiada no ha presentado un crecimiento vegetativo considerable, debido a las tasas de mortalidad alta que han ocurrido durante esos años. En lo que respecta a la natalidad de dicha población como se ve en la gráfica No. 3, las tasas no han presentado un considerable aumento ya que los valores han oscilado entre los 45 y 55 por mil habitantes; otro factor influyente en el bajo crecimiento vegetativo de la población.

Con respecto al estado civil de las 220 familias estudiadas el 46.27o/o son unidos.

5.4 NIVEL DE SALUD

MORBILIDAD:

En el cuadro número 2, podemos observar que las enfermedades que mayor prevalencia tuvieron en los diferentes grupos etareos de la población fueron las que corresponden a las enfermedades infecciosas y parasitarias, infecciones agudas de las vías aéreas superiores, las relacionadas con el aparato gastro intestinal; gastroenterocolitis y enterocolitis, y estas enfermedades son prevenibles. Un hecho que debemos de hacer constar es la alta incidencia de tuberculosis pulmonar.

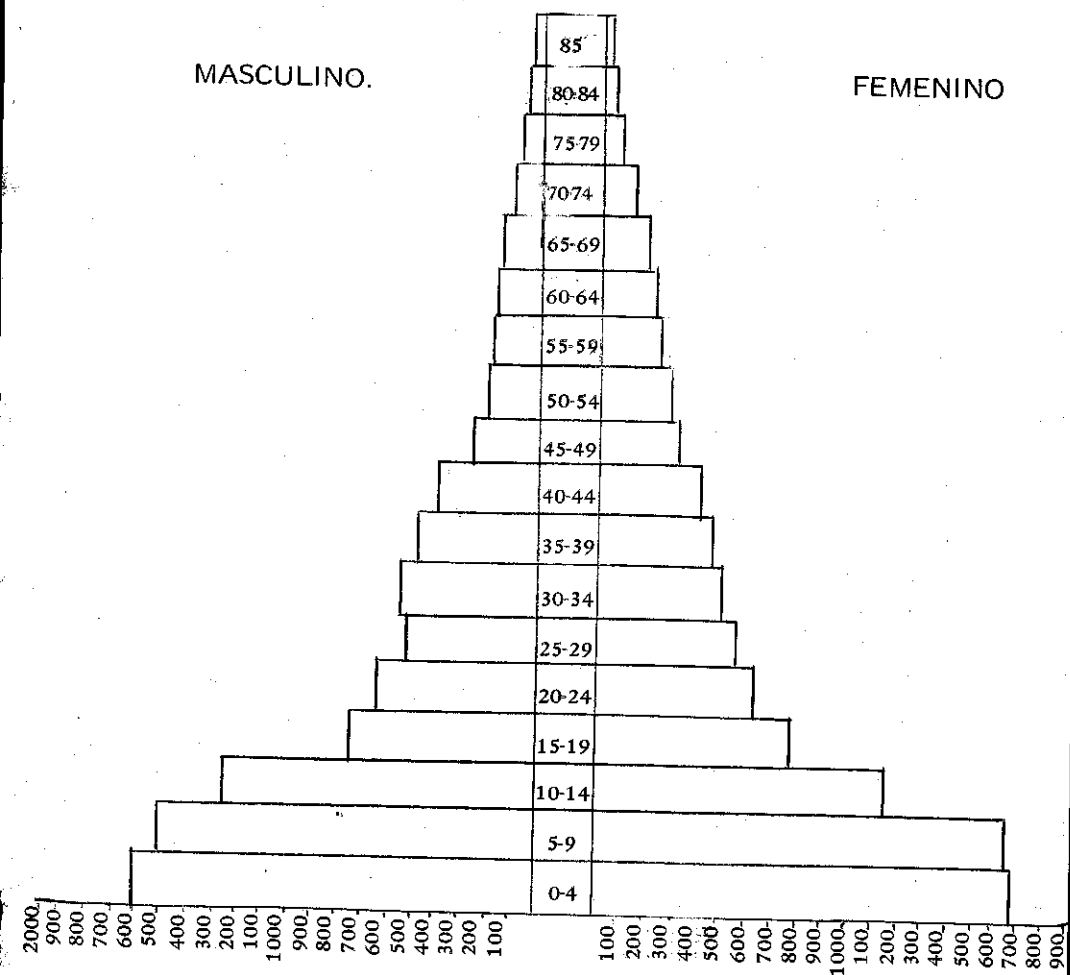
CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EDAD Y SEXO CENSO 1973. SANTA MARIA CHIQUMULA, TOTONICAPAN.

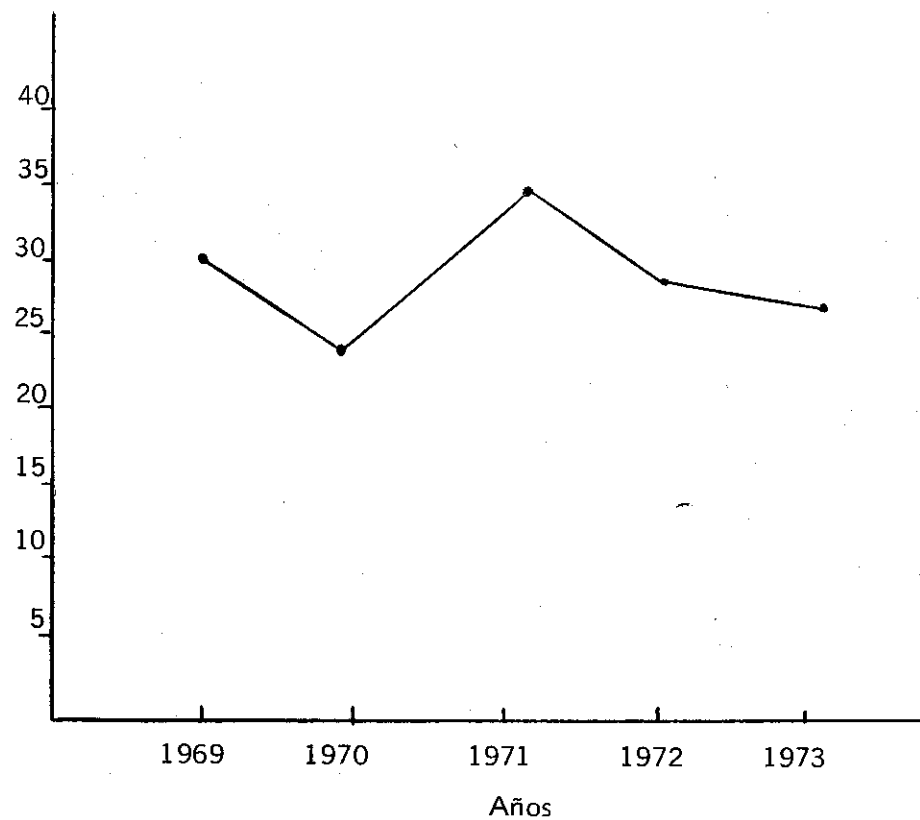
GRUPO ETAREO	SEXO		PORCENTAJE		
	Masculi.	Femen.	Masculi.	Femen.	
0 - 4 años	1641	1630	3271	50.1	49.9
5 - 9 años	1532	1621	3153	48.5	51.5
10 - 14 años	1252	1121	2373	52.9	47.1
15 - 19 años	779	865	1644	47.3	52.7
20 - 24 años	663	699	1362	48.7	51.3
25 - 29 años	571	620	1191	47.9	52.1
30 - 34 años	573	590	1163	49.2	50.8
35 - 39 años	520	526	1046	49.9	50.1
40 - 44 años	435	382	817	53.1	46.9
45 - 49 años	268	262	530	50.9	49.1
50 - 54 años	224	246	470	47.6	52.4
55 - 59 años	206	211	417	47.0	53.0
60 - 64 años	186	196	382	48.9	51.1
65 - 69 años	155	159	314	49.2	50.8
70 - 74 años	126	107	233	54.2	45.8
75 - 79 años	44	33	81	54.3	45.7
80 - 84 años	15	17	32	46.8	53.2
85 - a más	11	13	24	45.4	54.6
TOTAL	9201	9302	18505		

Fuente:: Censo 1973. Dirección General de Estadística.

GRAFICA No. 1
PIRAMIDE DE POBLACION SEGUN EDAD Y SEXO,
CENSO 1973 SANTA MARIA
CHIQUMULA. TOTONICAPAN

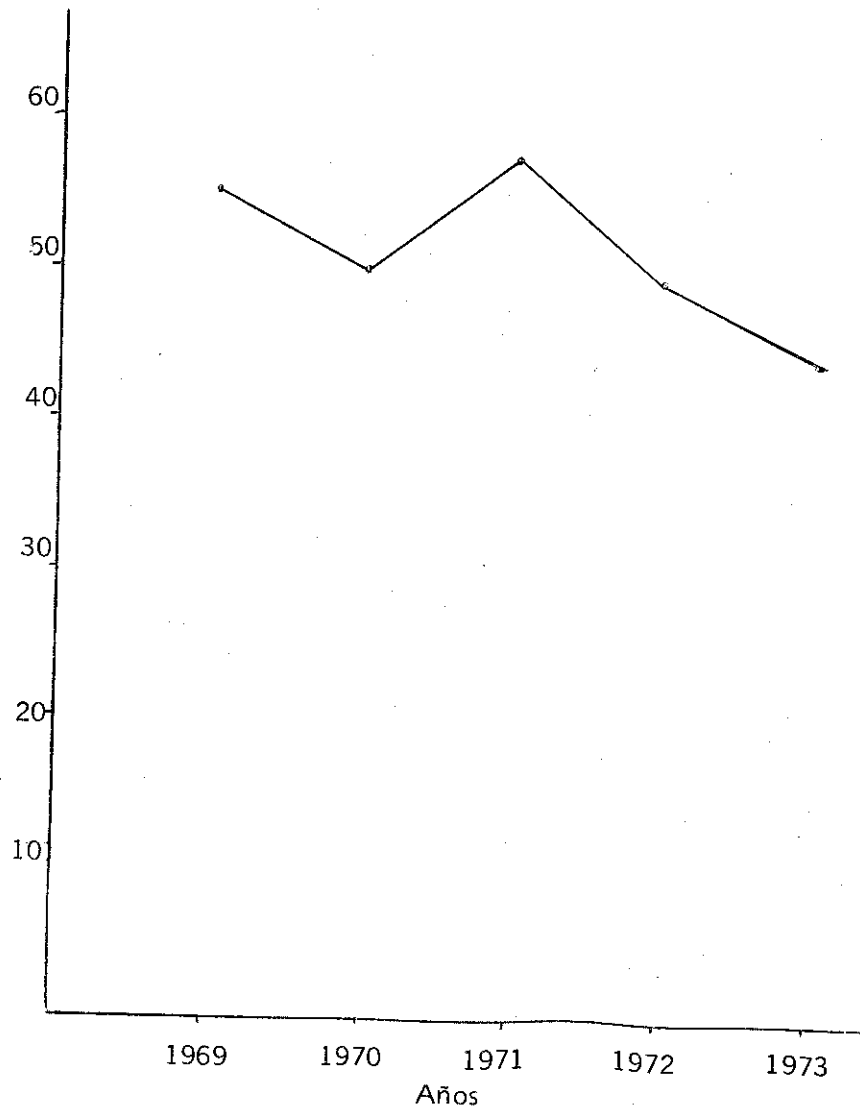


GRAFICA No. 2
CRECIMIENTO VEGETATIVO DE LA POBLACION DURANTE
LOS AÑOS 1969-1973. SANTA MARIA
CHIQUMULA. TOTONICAPAN.



GRAFICA No. 3

TASA DE NATALIDAD DURANTE LOS AÑOS 1969-1973
SANTA MARIA CHIQUIMULA. TOTONICAPAN.



CUADRO No. 2

DEMANDA DE ATENCION MEDICA, POR CAUSAS, GRUPOS
ETAREOS EN NUMERO ABSOLUTO EN
SANTA MARIA CHIQUIMULA, TOTONICAPAN
DEL 1o. FEBRERO AL 31 DE
JULIO DE 1974.

CAUSAS	EDADES								Total
	< 1a.	1-4	5-9	10-14	15-44	45yM	Uyb		
TOTAL	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.
1. Resto de infecciones y parasitarias	3	34	17	12	20	12	40	58	98
2. Infecciones agudas de las vías aéreas superiores	9	20	2	0	4	0	21	14	35
2. Exámenes practicados en ausencia de enfermedad	2	0	0	0	1	0	1	2	3
4. De más causas	1	5	2	3	39	17	25	42	67
5. Disenteria todas sus formas	0	1	0	0	0	0	1	0	1
6. Tos Ferina	0	1	0	0	0	0	0	1	1
7. Varicela	0	1	0	0	0	0	1	0	1
8. Bronquitis	0	5	0	1	6	1	5	8	13
9. Gastritis, Gastroenteritis, colitis, enteritis	0	5	0	2	12	4	10	13	23
10. Escarlatina y Angina estreptocócica	0	0	1	1	2	0	2	2	4
11. Senilidad mal definida	0	0	0	1	22	5	8	20	28
12. TB. todas sus formas	0	0	0	0	15	8	6	17	23
13. Tumores malignos	0	0	0	0	1	0	0	1	1
14. Tumores Benignos	0	0	0	0	1	0	0	1	1
15. Desnutrición y mal Nutrición	0	0	0	0	1	1	1	1	2
16. Enfermedad del corazón con y sin mención de hipertensión	0	0	0	0	3	2	1	4	5
17. Neumonía y BNM	0	0	0	0	2	0	0	2	2
18. Cirrosis Hepática	0	0	0	0	1	0	0	1	1
19. Accidentes, envenenamiento y violencias	0	0	0	0	1	0	0	1	1
20. Control de Embarazo y puerperio	0	0	0	0	18	0	12	6	8
21. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0	1	1	0	1

Fuente: Registros clínicos del centro de salud tipo "C".

Además se creyó conveniente hacer un estudio retrospectivo de la desnutrición proteico calórica a los niños comprendidos de 0 a 4 años, clasificándolos en grados de acuerdo al deficiente peso corporal. Los resultados fueron los siguientes: de un total de 15 niños examinados de 0 a 11 meses de edad se encontró:

DPC grado I: 3, DPC grado II: 6, DPC grado III: 2, lo que hace un total de 11 niños desnutridos que corresponde al 73.33o/o.

De un total de 72 niños examinados de 1 a 4 años de edad se encontró DPC grado I: 22, DPC grado II: 24, DPC grado III: 22 lo que hacen un total de 73.58o/o.

De ahí se deduce que el total de niños examinados de 0 a 4 años de edad que son 87 los que padecen de DPC proteica calórica más alguna patología asociada son 64 la cual se resumió en el cuadro No. 2 y 22 solo padecen de otra patología.

CUADRO No. 4

**MORTALIDAD POR CAUSAS EN LOS AÑOS 1969-1973
SANTA MARIA CHIQUIMULA, TOTONICAPAN.**

CAUSA	1969	1970	1971	1972	1973
1. Senilidad, Mal definidas	278	287	236	306	271
2. Tos Ferina	48	27	35	23	27
3. Malaria	39	72	45	28	26
4. Infecciones agudas de las vías aéreas superiores.	14	10	12	4	4
5. Accidentes, envenenamiento y violencias.	6	7	0	2	2
6. Disenterias todas sus formas.	6	23	6	13	10
7. Sarampión	5	9	19	5	1
8. TB todas sus formas.	1	0	0	0	0
9. Demás causas	0	1	1	1	0
10. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.	0	0	0	0	1

FUENTE: Registro Civil Santa María Chiquimula.

Como se observa en el cuadro número 4, la principal causa de muerte durante los 5 años estudiados se debió al grupo de enfermedades comprendidas en: Senilidad Mal Definidas y desconocidas, clasificándose dentro de este grupo a todos los diagnósticos de defunciones encontrados con el nombre de: Tos y Fiebre, Temperatura, Calambres y Temperatura e inanición. Esto se explica porque los diagnósticos fueron dados por personal empírico.

CUADRO No. 5

**TASAS DE MORTALIDAD DE LOS AÑOS 1969-1973
SANTA MARIA CHIQUIMULA, TOTONICAPAN**

AÑO	TASAS
1969	24 X 1000
1970	26 X 1000
1971	20 X 1000
1972	21 X 1000
1973	18 X 1000

FUENTE: Registro Civil Santa María Chiquimula.

La tasa de mortalidad general durante los 5 años se ha mantenido más o menos estable (cuadro número 5 y figura No. 4), dentro de los valores de 18 a 26 X 1000 habitantes consideradas tasas altas.

El grupo etáreo mayor afectado fué el sorprendido entre un mes y menores de 1 año (Mortalidad Infantil), cuyas tasas de mortalidad oscilaron entre los 40 a 70 X 1000 (gráfica No. 5, cuadro No. 6).

Dato que llama la atención puesto que no parece estable, que en un lugar que tiene tantas deficiencias, en los aspectos socioeconómicos y sanitarios, tenga una mortalidad tan baja, lo cual podría explicarse casi con seguridad que se debe a un

subregistro. Así mismo entre el grupo comprendido de los 0 a 28 días de edad (Mortalidad Neo-natal) con tasa que oscila entre los 30 a 50 x 1000 (gráfica No. 6 cuadro No. 7) y el comprendido entre 1 año a menores de 5 años (tasa de mortalidad proporcionada en menores de 5 años) con tasas que oscilaron entre los 40 y 50 X 1000 habitantes (gráfica No. 7 y cuadro No. 8).

Para resumir durante los 5 años estudiados hubo 1930 muertes de las cuales 878 ocurrieron en el grupo etáreo comprendido entre los 0 a 5 años de edad, lo que representa el 45.50o/o del total de muertos durante los 5 años estudiados.

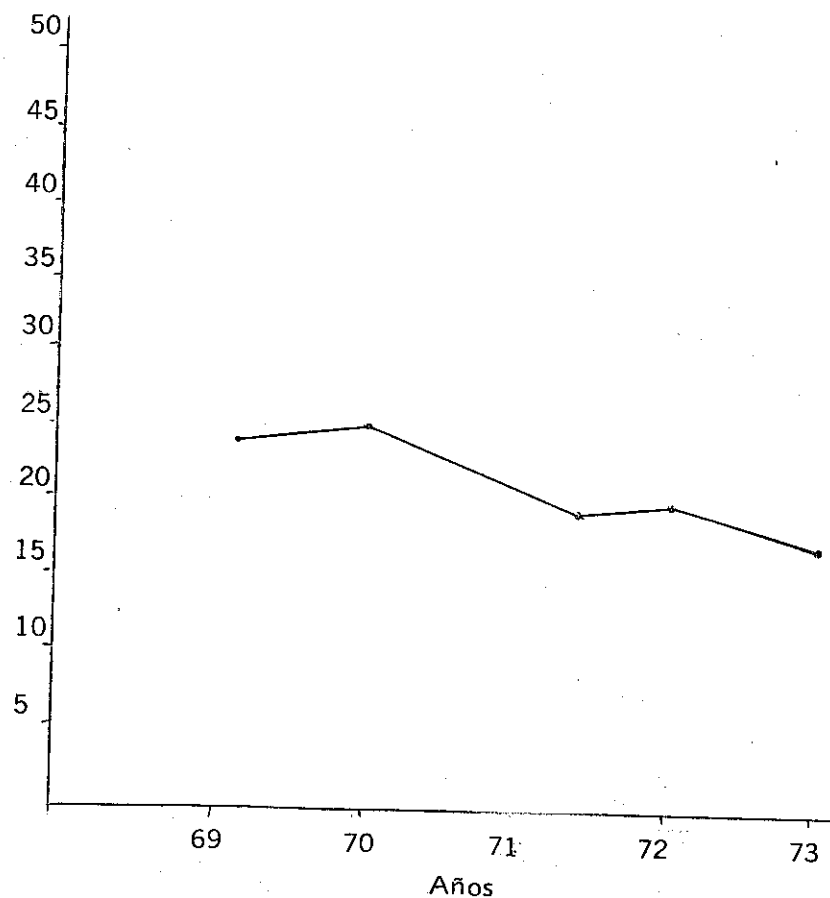
CUADRO No. 6

**TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL DURANTE
LOS AÑOS 1969-1973. SANTA MARIA
CHIQUMULA TOTONICAPAN**

AÑO	TASAS
1969	60
1970	70
1971	40
1972	50
1973	40

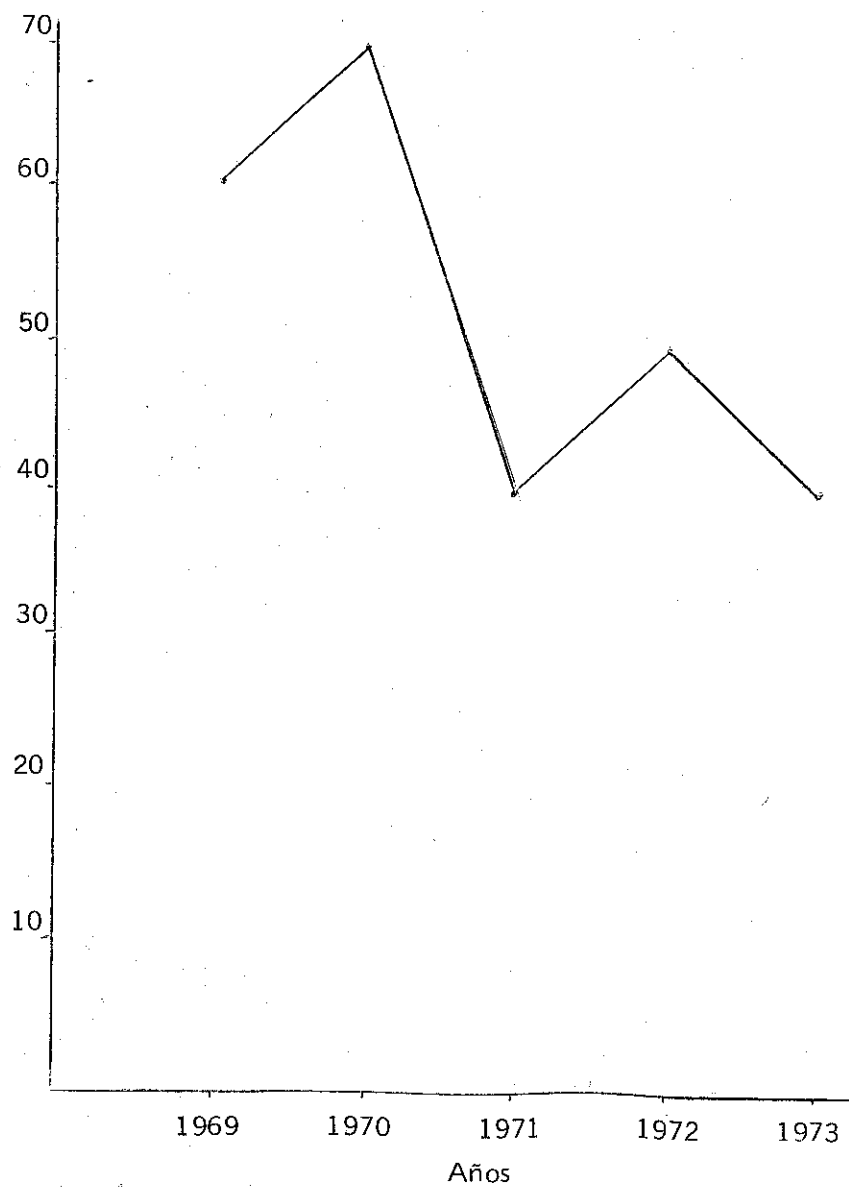
FUENTE: Registro Civil Santa María Chiquimula.

GRAFICA No. 4
TASA DE MORTALIDAD GENERAL DURANTE LOS AÑOS
1969-1973 DEL MUNICIPIO DE SANTA MARIA
CHIQUMULA. TOTONICAPAN



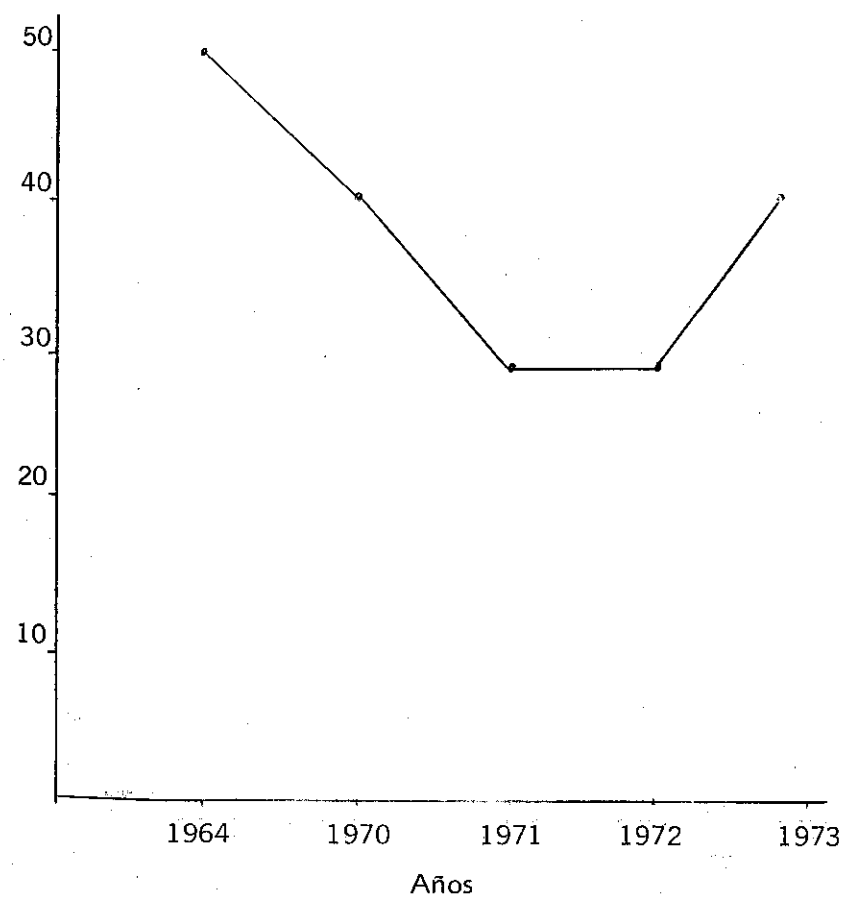
GRAFICA No. 5

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DURANTE LOS AÑOS
1969-1973 DEL MUNICIPIO DE SANTA MARIA
CHIQUMULA. TOTONICAPAN



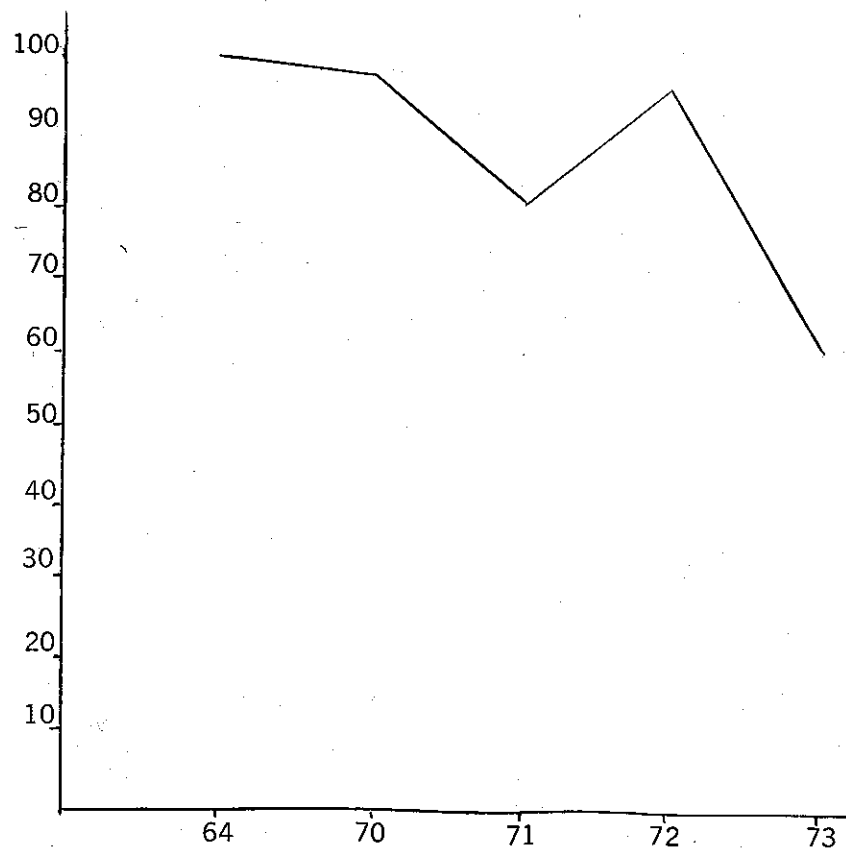
GRAFICA No. 6

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL DURANTE LOS AÑOS
1969-1973 DEL MUNICIPIO DE SANTA MARIA
CHIQUMULA. TOTONICAPAN



GRAFICA No. 7

**TASA DE MORTALIDAD DE 1-4 AÑOS, DURANTE LOS AÑOS
1969-1973 DEL MUNICIPIO DE SANTA MARIA
CHIQIMULA. TOTONICAPAN**



CUADRO No. 7

**TASA DE MORTALIDAD NEONATAL DURANTE LOS AÑOS
DE 1969-1973 DEL MUNICIPIO DE SANTA MARIA
CHIQIMULA. TOTONICAPAN**

AÑO	TASAS X 1000
1969	50
1970	40
1971	30
1972	30
1973	40

FUENTE: Registro Civil Santa María Chiquimula.

CUADRO No. 8

**MORTALIDAD PROPORCIONAL EN TASAS DURANTE LOS AÑOS
1969-1973, DEL MUNICIPIO DE SANTA MARIA
CHIQIMULA TOTONICAPAN**

AÑO	TASAS X 1000
1969	50
1970	45
1971	40
1972	40
1973	41

FUENTE: Registro Civil Santa María Chiquimula.

5.5. FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES.

5.5.1 EDUCACION:

El municipio de Santa María Chiquimula cuenta con 13 escuelas localizadas en cada una de las aldeas y en algunos de sus parajes, solamente dos aldeas del municipio no poseen escuelas. El número de maestros existentes es de 17, y el número de escolares

inscritos en dichas escuelas es de 745 lo que representa únicamente el 18.25o/o de la población real escolar (4080 población escolar), de los alumnos inscritos se presenta una deserción y/o inasistencia del 30o/o lo que representa una asistencia baja a dichas escuelas.

El censo efectuado (Cuadro No. 9) se puede observar bien la repercusión de este fenómeno ya que de la población estudiada el 62.14o/o son personas analfabetas.

CUADRO No. 9

**ESCOLARIDAD DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA,
SEGUN SEXO, EN PORCENTAJES. SANTA MARIA
CHIQUMULA. TOTONICAPAN.**

ESCOLARIDAD	MASCULINO		FEMENINO		PORCENTAJE o/o
	No.	o/o	No.	o/o	
Pre-Escolar	135	24.45	115	20.61	22.48
Alfabeta	5	0.90	—	—	0.46
Analfabeta	300	54.34	391	70.60	62.14
1o. a 3o. año Prim.	95	17.24	54	8.78	13.39
4o. a 6o. año Prim.	6	1.08	0	—	0.54
Educ. Básica.	4	0.72	0	—	0.35
Vocacional	0	—	0	—	0.00
Universitario	0	—	0	—	0.00
Sin Información	7	1.26	0	—	0.62
TOTAL	552	99.99o/o	560	99.99o/o	99.99o/o

FUENTE: Censo 1974 Santa María Chiquimula.

5.5.2 ECONOMIA:

Los habitantes de Santa María Chiquimula como lo podemos ver en el cuadro No. 10 se dedican especialmente al comercio como su principal actividad, pero es de hacer constar que además de dicha ocupación cultivan las tierras, la cual en mayoría de los casos es propia (Cuadro No. 11), pero de tipo minifundio, como se verá más adelante.

CUADRO No. 10

**OCUPACION DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA SEGUN
GRUPOS DE EDAD Y SEXO. SANTA MARIA
CHIQUMULA TOTONICAPAN**

OCUPACION	MASCULINO				FEMENINO				Total
	0-14	15-59	60-+	Sub T.	0-14	0-59	60-+	Sub T.	
Peón o Jornalero	4	2	1	7	0	0	0	0	7
Arrendatario	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Agricultor	1	20	3	24	0	0	0	0	24
Oficio Especializado.	3	15	1	19	8	6	0	14	33
Comerciante	24	276	0	300	3	7	0	10	310
Dependiente	246	4	0	250	222	262	2	488	738
Desocupado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin Información	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL				600				512	1112

CUADRO No. 11

**TENENCIA DE LA TIERRA EN NUMEROS
ABSOLUTOS Y PORCENTAJES. SANTA MARIA
CHIQUMULA. TOTONICAPAN**

TENENCIA DE LA TIERRA	FAMILIAS	
	No.	o/o
Propia	217	98.64
Prestada	2	0.90
Arrendada	0	0.00
A Medias	0	0.00
No Tienen	0	0.00
Sin Información	1	0.45
TOTAL	220	99.99

Según el censo efectuado de las 220 familias estudiadas el 50o/o poseen tierras de 0 a 10 cuerdas, el 25o/o poseen de 10 a

20 cuerdas, y el resto de 20 a más cuerdas. El total de tierra en dicho estudio es de 3167 cuerdas existiendo un 30o/o de tierras no cultivadas. Los productos que obtienen de sus cultivos son: Maíz, Frijol y Trigo en menor escala (cuadro No. 12).

CUADRO No. 12

PRODUCCION DE LA COMUNIDAD DE ACUERDO A EXTENSION CULTIVADA. SANTA MARIA CHIQUMULA. TOTONICAPAN.

NUMERO DE FAMILIAS	TIPO DE CULTIVO						Total Ext. Cultivada
	MAIZ		FRIJOL		TRIGO		
	Ext.	Prod.	Ext.	Prod.	Ext.	Produ.	
220	3071	2855	1621	249	96	55	3167 cuerdas.
	Cdas.	qq	Cdas.	qq	Cdas.	qq	

El destino de los productos cultivados como lo indica el cuadro No. 13 es en su mayoría para el consumo familiar a excepción hecha en trigo que casi en su totalidad lo venden.

CUADRO No. 13

DISTRIBUCION DE LA PRODUCCION SEGUN INVESTIGACION SANTA MARIA CHIQUMULA. TOTONICAPAN 1974

Cultivo	Producción		Venta	Total	Consumo
	Total				
Maíz	2855	qq.	65	qq.	2740 qq
Frijol	249	qq.	52	qq.	179 qq
Trigo	55	qq.	49	qq.	6 qq

5.5.3 VIVIENDA:

En el censo efectuado se investigaron 400 viviendas que corresponden al 20o/o del total de viviendas de todo el municipio de Santa María Chiquimula. De éstas se encontraron 220 casas

habitadas las cuales sirven para el material de estudio y el resto 180 viviendas estaban deshabitadas. Dicho fenómeno se interpreta por el hecho de que la mayoría de la población económicamente activa se dedica al comercio y para ello tiene que abandonar su hogar.

Del total de casa censadas el 98.2o/o son propias (cuadro No. 14)

CUADRO No. 14

TENENCIA DE VIVIENDA EN PORCENTAJES SEGUN INVESTIGACION. SANTA MARIA CHIQUMULA. TOTONICAPAN 1974

Tenencia de Vivienda	No.	o/o
Prestada	2	0.90
Alquilada	2	0.90
Propia	216	98.20
Otros	000	00.00
TOTAL	220	100.00

En lo que respecta al tipo de vivienda 114 son casas formales (cuadro No. 15), entendiendo con esto aquellas casas que están construidas: a. de adobe, b. el piso es de ladrillo, cemento, ladrillo de barro o tierra, c. cielo de machimbre o sin cielo, d. techo de teja o lámina. El piso de las viviendas estudiadas el 96.81o/o (Cuadro No. 15) es de tierra y el resto es de torta de cemento, mosaico y ladrillo.

Las paredes de las viviendas en el 97.2o/o son de adobes y el resto de madera y bahareque (Cuadro No. 15). El techo de las viviendas es de teja en el 93.1o/o y el resto de lámina y palma (Cuadro No. 15).

En lo que respecta al número de cuartos por vivienda el 96.1o/o poseen únicamente un dormitorio y el resto 2 o más. El promedio de personas dormitorio es de 6.

CUADRO No. 15

**CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA SEGUN TIPO,
PISO, PAREDES Y TECHO, SEGUN
INVESTIGACION. SANTA MARIA
CHIQUMULA TOTONICAPAN. 1974**

TIPO		PISO		PAREDES		TECHO	
Improvisada	1	Tierra	213	Adobe	215	Palma	3
Rancho	5	Ladrillo	1	Madera	3	Lámina	12
Casa Formal	214	Torta	3	Bahareque	2	Teja	205
		Mosaicos	3				
TOTAL	220		220		220		220

El 99.35o/o de las viviendas estudiadas no poseen instalación sanitaria dentro de la vivienda. (Cuadro No. 16).

CUADRO No. 16

**INSTALACIONES SANITARIAS EN NUMEROS
ABSOLUTOS Y PORCENTAJES, SEGUN
INVESTIGACION. SANTA MARIA
CHIQUMULA TOTONICAPAN. 1974**

Instalación sanitaria.	No. Viviendas	No. Habs.	o/o Viviendas	o/o Hbs.
Ausente	219	1107	99.55	99.55
Letrina Sanitaria	1	5	00.45	00.45
TOTAL	220	1112	100.00	100.00

En lo que respecta al servicio de agua en la vivienda el 70.59o/o la obtienen de pozo público y el 25.62o/o de red pública y el resto del río y pozos privados. (Cuadro No. 17).

CUADRO No. 17

**CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA
SEGUN FUENTE DE AGUA, SEGUN
INVESTIGACION SANTA MARIA
CHIQUMULA TOTONICAPAN. 1974**

Servicio	No. Vivienda	No. Habs.	o/o Viviendas	o/o Habs.
Río	3	22	1.36	1.99
Pozo Público	156	785	70.90	70.90
Pozo Privado	4	20	1.82	1.79
Red Pública	57	285	25.91	25.62
Total	220	1112	99.99	99.99

Las cocinas de las viviendas estudiadas en el 97.30o/o están separadas del dormitorio y el resto no lo están (Cuadro No. 18). La iluminación y ventilación de las viviendas en 200 casas es mala y en 20 es buena.

CUADRO No. 18

**CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA
SEGUN TIPO DE COCINAS, SEGUN
INVESTIGACION. SANTA MARIA
CHIQUMULA TOTONICAPAN. 1974**

Cocina	No. Viviendas	No. Habs.	Con Poyo	Sin Poyo	Total
Separada	214	1191	6	209	6
No Separada	6	21	5	000	214
TOTAL	220	1112	11	209	220

El uso que se le da a la basura en el 87.37o/o de las viviendas, la usan como abono y el resto la tiran.

En lo que respecta a desagües de las viviendas en su totalidad es a flor de tierra (220).

Las comodidades que se encontraron en las viviendas poseen unicamente radio el 51.36o/o y el resto no posee ninguna comodidad.

El medio de transporte de los habitantes del municipio no cuentan con ningún medio el 90.45o/o, el 8.63o/o poseen bestia y el 0.93o/o tienen carro.

5.6 POLITICA DE SALUD

5.6.1 SERVICIOS DE SALUD DEL AREA:

Recursos:

I. Físicos:

Centro de Salud Tipo B

Cabecera Departamental
Momostenango

Centro de Salud Tipo C.

San Francisco El Alto
San Cristóbal
San Bartolo
Santa María Chiquimula
Santa Lucía La Reforma

Puestos de Salud:

San Andrés Xecul

Servicios de Educación y recuperación Nutricional.

Existe actualmente un centro de recuperación localizado en la cabecera departamental a donde se envían pacientes de la cabecera departamental y de los puestos de salud existentes en toda el área. A nivel de puestos de salud no existe ningún centro de este tipo sino que unicamente se complementa la alimentación a los niños preescolares con productos como cereal, leche y aceite, donados por CARE. La cobertura abarcada y la cantidad de cada producto dada es baja.

Hospitales:

Hospital Nac. José Felipe Flores

II. Recursos Humanos:

	Total de Personal	Hrs. por día
Médicos de Guardia	1	4
Médico de Pabellón TB.	1	4
Médico Jefe Area	1	6
Odontólogos	2	1
Oftalmólogo	1	1
Médicos Inf. (EPS)	4	8
Técnicos en Salud Rural	3	8
Enfermeras Profesionales	4	8
Enfermeras Auxiliares	34	8
Anestesista	1	8
Trabajadores Sociales	1	8
Técnicos en Rayos X	1	8
Laboratoristas	2	8
Inspectores de Saneamiento	3	8
Farmacéutico ,	1	8
Oficinistas	5	8
Cocineras ,	4	8
Lavanderas	5	8
Guarda Almacén	1	8
Conserjes	7	8
Porteros	2	8
Ecónoma	1	8
Pilotos	2	8

Ref. Nóminas del Hospital y Centro de Salud del área de Totonicapán.

Recursos en Santa María Chiquimula:

Existe un centro de salud tipo C el cual esta ligado a los servicios de salud de Totonicapán.

Recursos Humanos:

Médico Inf. (EPS)

Técnico en Salud (TSR)

Enfermera Auxiliar.

A los centros de salud tipo C el médico de UAMAS tiene asignado una visita por semana a éstos, pero durante el tiempo de práctica nunca asistió.

Número de Camas por áreas, en el departamento o servicios del Hospital José Felipe Flores Totonicapán:

Departamento de Hombres:

Servicio de Medicina: 22 camas

Servicio de Cirugía 10 camas

Pabellón Antituberculoso: 40 camas

Departamento de Mujeres:

Medicina de Mujeres: 20 camas

Cirugía de Mujeres: 14 camas

Pabellón Antituberculoso 40 camas

Departamento de Niños: 16 camas

Servicio de Oftalmología 2 camas

Casa de Salud: 2 camas

Egresos y promedios de días de estancia por departamento en el Hospital Nacional de Totonicapán del 1ro. de Enero al 31 de Diciembre de 1973:

Departamento	Egresos	Promedio de estancia
Medicina	1348	27.2 días
Cirugía	480	16.5 días
Pediatría	388	12.3 días
Obstetricia	149	5.6 días

Actividades Hospitalarias en el Departamento de Totonicapán del 1ro. de Enero al 31 de Diciembre de 1973:

Operaciones:	Cirugía Mayor:	280
	Cirugía Menor:	100
Tratamientos:		100,314
Rayos X		1,114
Laboratorio		20,135
Partos en General:		
Partos Eutésicos	120	
Partos Distósicos	43	
Nacidos vivos	150	
Nacidos muertos	10	
Prematuros	3	

PRESUPUESTO GENERAL POR RENGLOES

Personal.	Q.	59,789.00
Servicio no Personales	"	1,953.00
Materiales y suministros	"	9,747.00
Alimentación	"	27,914.00
Combustible	"	450.00
Medicinas	"	19,200.00
Maquinaria y equipo médico	"	525.00

5.7 PROGRAMAS EXISTENTES EN EL AREA

A nivel departamental existen actualmente el programa de materno infantil y pre-escolar así como el programa de planificación u orientación familiar. Dichos programas no han sido eficaces al nivel del departamento porque el número de personas atendidas en los mismos es bajo considerando que abarca un 20o/o del grupo total existente en la cabecera departamental. A nivel de puestos de salud existen estos programas unicamente en los tres municipios donde existe EPS. Igualmente diremos que dichos programas son ineficaces ya que la población atendida es demasiado baja creyendo que se deba a

los factores siguientes: a. Las distancias enormes que tiene que recorrer la gente para visitar el puesto de salud b. La falta de costumbre por parte de la gente para que sea atendido por un médico.

5.7.1 NUTRICION

Recuperación Nutricional

Como es frecuente en la mayoría de los niños guatemaltecos padecen de Desnutrición Proteico Calórica. Como se hizo notar anteriormente existe únicamente un puesto de recuperación nutricional en la cabecera departamental en donde son atendidos en la mayoría de las veces niños de dicha cabecera puesto que a los niños del área rural por factores económicos de distancia etc, les es imposible llegar a éste lugar. Por lo anteriormente expuesto creemos conveniente la necesidad de crear centros de recuperación nutricional a nivel de municipio.

Suplementación y Complementación Alimenticia.

Los productos de CARE son distribuidos a nivel de todo el departamento de Totonicapán, por los centros de salud y las escuelas existentes en el área. Dicho programa creemos que es ineficaz ya que su cobertura es demasiado baja.

5.7.2 Epidemiología:

Inmunizaciones

TIPO DE VACUNA	1973	VACUNADOS	o/o
	POBLACION SUSCEPTIBLES		
Polio	2616	1759	68.2
Sarampión	1635	357	27.3
	1974		
TIPO DE VACUNA	POBLACION SUCEPTIBLE	VACUNADO	o/o
Polio	2696	647	23.9
DPT	2696	647	23.9
Sarampión	1735	114	5.9

NOTA: La población suceptible está calculada sobre el 80o/o del total de dicha población.

5.7.3 SANEAMIENTO AMBIENTAL Y CONTROL DE ALIMENTOS

El área de salud del departamento de Totonicapán cuenta únicamente con tres inspectores los cuales uno de ellos está centralizado a la cabecera departamental y los otros dos tienen a su cargo el resto de municipios. Creemos que dichos inspectores no cumplen su función a cabalidad por tener que cubrir cada uno una población grande.

5.8 ADMINISTRACION

ORGANOGRAMA OFICIAL DEL AREA DE SALUD DE TOTONICAPAN

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DIRECCION GENERAL DE SERVICIO DE SALUD

REGION DE SALUD No. 5

JEFATURA DE AREA

HOSPITAL NACIONAL

SUB-JEFATURA DE AREA

Centros de Salud Tipo

B

UAMAS

B.

Centro de Salud Tipo

C.

Como podemos darnos cuenta en el Organograma, en este tipo de administración el poder de mando está centralizado únicamente a dos instituciones, consecuencia de esto las demás dependencias no pueden tomar decisiones por ellos mismos, lo cual dificulta el trabajo de éstas.

INFORMACION ESTADISTICA:

Todos los servicios de salud del área están obligadas a reportar semanalmente a la unidad de planificación estadística las enfermedades infectocontagiosas y además se reportan mensualmente todas las actividades desempeñadas incluyendo Morbilidad.

6. INTERPRETACION DE RESULTADOS

El municipio de Santa María Chiquimula está poblado por 18503 habitantes, que en su totalidad, es gente eminentemente indígena, en la cual el grupo etáreo predominante es el comprendido de 0-14 años de edad; situación que repercute en:

- 6.1. En la baja productividad de dicha población por ser el grupo etáreo el comprendido en la edad de consumo.
- 6.2. La alta Morbimortalidad encontrada en ese grupo de población por ser el grupo más numeroso y por estar sometido a mayor riesgo de enfermedad.

Debido a la alta tasa de mortalidad y la baja tasa de natalidad el crecimiento vegetativo de la población durante los últimos 5 años no ha presentado un aumento considerable en dicha población.

Al querer tratar de explicar los factores que condicionan a que esta población tenga una alta tasa de mortalidad y una alta prevalencia de enfermedades parasitarias infecciosas tanto del aparato gastro intestinal como del respiratorio y la alta prevalencia de la desnutrición protéica calórica en los niños comprendidos de 0-5 años de edad, encontramos la respuesta en los diferentes puntos que vamos a enumerar:

- 6.2.1 Las condiciones de vivienda completamente insalubres e insanitarias, el acinamiento existente, la falta de agua potable, falta de letrinas, falta de un medio adecuado para eliminar las aguas servidas; falta de una disposición final adecuada de basuras.
- 6.2.2 El régimen existente de tenencia de la tierra (minifundio), la cantidad de tierra no cultivada y malos procedimientos técnicos para el cultivo hacen que la producción de los

alimentos básicos sea baja, lo que repercute en el bajo ingreso por persona y como corolario se tiene una alimentación deficiente para dicha población.

- 6.2.3. Debido a que la mayor parte de la población se dedica al comercio como consecuencia de lo expuesto anteriormente, el jefe de la familia desatiende los cuidados de su familia que repercute en la salud de todos.
- 6.2.5 En lo que concierne a educación, como se expresó anteriormente dicha población está atravesando por un alto índice de analfabetismo lo que es común en toda la república de Guatemala. Repercutiendo este aspecto en la salud integral de todos los miembros de la comunidad.
- 6.2.5. El papel desempeñado por las autoridades competentes, en este caso el ministerio de Salud Pública no ha llenado a cabalidad los objetivos que tienden a reducir al menor grado la alta incidencia de Morbimortalidad. Su función a través de los puestos de salud exclusivamente ha sido el de una institución de carácter curativo temporalmente y no una institución de carácter preventivo.

Dicha institución ha tenido la oportunidad de practicar la medicina preventiva a través de las campañas de vacunación, pero como se podrá observar en las coberturas del año 1973 a 1974, ha habido una baja considerable. Preocupados por dicha situación tratamos de buscar cuál era el origen del problema y nos encontramos con la triste sorpresa de que los datos en las campañas anteriores a ésta (en lo que concierne a Santa María Chiquimula) eran falseados, ya que vacunaban a niños no comprendidos en la edad para vacunarse y además los laborantes en dicha institución reportaban arbitrariamente los datos, reportando un número mayor a lo que realmente había sido.

Durante mucho tiempo el pueblo de Santa María Chiquimula no había tenido la oportunidad de contar con

un médico en su localidad, función que desde hace mucho tiempo estaba encomendada al médico de UAMAS. Pero dicho profesional nunca visitó el referido centro. En lo que respecta a utilización de los recursos de salud por parte de la comunidad diremos que no se utilizan debido a los factores que se pasarán a enumerar:

- a) El significado que tienen en la estabilidad económica de la familia, de que el jefe de la familia, la madre, enfermos tengan que abandonar el hogar e internarse a un hospital:
- b) El criterio de la gente indígena sobre el hospital es demasiado negativo por el concepto que temen de que al llegar a éste van a fallecer teniendo la razón por el mal servicio prestado a dicha gente por su condición de clase.
- c) Las supersticiones en ellos existentes hacen que ellos visiten y tengan más fe a los brujos.

7. PROGRAMA MATERNO INFANTIL

- 7.1 INTRODUCCION**
- 7.2 JUSTIFICACION**
- 7.3 PROPOSITOS**
- 7.4 OBJETIVOS**
- 7.5 RECURSOS**
- 7.6 BASES TECNICO-ADMINISTRATIVO GENERALES**
- 7.7 SUB-PROGRAMAS**
- 7.8 EVALUACION**

7. PROGRAMA MATERNO INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE SANTA MARIA CHIQUIMULA

7.1. INTRODUCCION.

Lo descrito anteriormente en el Diagnóstico de Salud de la población de Santa María Chiquimula, constituye la base para programar ordenadamente, las actividades más necesarias que redunden en beneficio de la atención en Salud para la comunidad. Es así que como fruto del estudio monográfico ya delineado, surge el Programa Materno Infantil como prioridad sobre los demás programas existentes, (Saneamiento Ambiental, Educación en Salud, Médico Quirúrgico según demanda), por ser el grupo Materno Infantil el más numeroso y susceptible a enfermar o morir.

Los programas de Salud Materno Infantil Integral deben ser formulados y ejecutados con criterio de nivel útil de población beneficiada, de continuidad en el seguimiento de la misma, de participación multidisciplinaria en las distintas fases del proceso programático, de colaboración activa e informada de la propia comunidad, y de obtención de recursos de distinto tipo y procedencia que posibiliten el tránsito desde la situación observada o diagnosticada a la imagen-objetivo planteada.

La planificación de la salud, a su vez, es un proceso metódico que consiste en determinar los problemas sanitarios de la colectividad, descubrir las necesidades no satisfechas, establecer objetivos prioritarios y proyectar las medidas de carácter administrativo necesarias para llevar a la práctica el programa propuesto. Expresado en otra forma es un proceso que permite relacionar los conceptos de administración general con los conocimientos técnicos para un mejor manejo de los recursos de la comunidad y la obtención subsecuente de mayor rendimiento de tales recursos. En este orden de ideas y en términos de la programación en salud materno infantil recordemos que las fases esenciales de la planificación son: la decisión preliminar, el diagnóstico de salud, la formulación de un plan (programación-fijación de metas), decisión final la cual es de índole político, puesta en marcha que es de carácter puramente administrativa y su evaluación.

7.2. JUSTIFICACION.

Se justifica plenamente un Programa Materno Infantil, en base a las conclusiones del Diagnóstico de Salud de Santa María Cuiquimula, donde encontramos:

- 7.2.1 El grupo etéreo predominante dentro de la población es el grupo Materno Infantil.
- 7.2.2 La tasa de Mortalidad Infantil es alta, con valores que oscilan entre 40 y 70 por mil (años 1969 a 1973).
- 7.2.3 La tasa de mortalidad neonatal es elevada con valores entre 30 y 50 por mil (años 1969-1973).
- 7.2.4 La incidencia de atención empírica del parto es sumamente elevada, puesto que de 788 partos presentados en 1973, únicamente uno fue atendido por médico, cinco por comadrona adiestrada y 782 fueron atendidos por comadrona empírica.

- 7.2.5 La morbilidad en lo que se refiere a enfermedades infecciosas y parasitarias así como a infecciones agudas de las vías aéreas superiores, el grupo mayor afectado fue el de cero a cinco años.

7.3 PROPOSITOS.

- 7.3.1 Reducir los riesgos de enfermar o morir durante los períodos de embarazo, parto o puerperio de las madres
- 7.3.2 Procurar el crecimiento y desarrollo normal del niño, promoviendo en él niveles óptimos de salud física, mental y social.
- 7.3.3 Desarrollar programas de adiestramiento para comadronas empíricas y promotores en salud y efectuar estudios sobre recursos humanos y físicos, necesarios para extender los programas y obtener niveles óptimos de cobertura.

7.4. OBJETIVOS.

7.4.1. Objetivo General:

Disminuir la morbi-mortalidad del Grupo Materno Infantil, mediante acciones de fomento, protección y recuperación de la salud.

7.4.2 Objetivos Específicos:

- 7.4.2.1 — Lograr una cobertura del 100o/o en la población Materno Infantil en base al total de personas comprendidas dentro de dicho grupo y no en base a los recursos existentes, con el fin de prevenir complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, y mantener o mejorar la salud de los infantes y preescolares.

7.4.2.2 — Mejorar la atención del parto en el Area Rural, colaborando con el adiestramiento de comadronas empíricas de la población.

7.4.2.3 — Impartir educación en Salud acerca de los cuidados que la mujer debe tener durante el embarazo, parto y puerperio, así como hacer conciencia acerca de las ventajas que tiene el seguimiento médico preventivo del recién nacido.

7.4.2.4 — Captación y atención de la morbilidad de la población menor de cinco años de edad.

7.4.2.5 — Vacunación del 100o/o de la población menor de 5 años, urbana y rural del Municipio, contra: Difteria, Tétano, Tos Ferina, Sarampión, Poliomielitis. y antivariolica.

7.5 RECURSOS.

7.5.1 HUMANOS:

Se encuentran aplicables al programa, las siguientes personas:

- | | | |
|-----------------|---|---|
| | 1 | Médico E.P.S. |
| | 1 | Auxiliar de Enfermería |
| A nivel local | | |
| | 1 | Técnico en Salud Rural. |
| | | Comadronas adiestradas en la localidad. |
| | | Personal Médico y Paramédico del Hospital |
| A nivel de área | | Nacional y Centro de Salud de la Cabecera |
| | | Departamental, para referencia de casos. |

7.5.2 FISICOS:

En la Cabecera Departamental

Para referencia de casos que lo ameriten, se cuenta con:

7.5.2.1 Salas de Pediatría y Obstetricia del Hospital Nacional.

7.5.2.2 Centro de Salud Tipo "B" de la Cabecera Departamental.

7.5.2.3 Centro de Recuperación Nutricional.

En el Municipio: se cuenta con:

— Centro de Salud Tipo "C" de la localidad.

Es de hacer notar la necesidad de la creación de nuevos puestos de salud, estratégicamente situados, dadas las condiciones geográficas, necesidades y las distancias grandes de varias comunidades hacia la Cabecera Municipal. Dichos puestos de salud podrían estar situados en las aldeas de Chuicacá y Chuacorrall respectivamente.

7.6 BASES TECNICO ADMINISTRATIVAS GENERALES.

La Jefatura, coordinación y secuencia del Programa estarán a cargo del Médico E.P.S. del Centro de Salud de la localidad, contando con la asesoría del Médico Sub-Jefe del Area de Salud y supervisión de la Facultad de Ciencias Médicas.

7.6.1 Funciones del Personal de cada nivel:

7.6.1.1 Comadrona Adiestrada:

— Atención del parto con riesgo normal, a domicilio.

- Información de partos atendidos y referencia de complicaciones al Centro de Salud.
- Referencia de mujeres embarazadas y niños menores de cinco años al Centro de Salud, para su incorporación al Programa.

7.6.1.2 Técnico en Salud Rural:

Visita Domiciliaria:

- Promoción: Educación para la salud.
- Prevención: Inmunizaciones.

Asistencia:

- Captación precoz, evaluación y referencia del embarazo.
- Control de postparto.
- Captación precoz del niño.
- Control de crecimiento y nutrición.
- Atención de la morbilidad.
- Organización de la comunidad.
- Participación en el desarrollo de otros programas como lo serían el adiestramiento de comadronas empíricas y formación de promotores en Salud Rural.

7.6.1.3 Auxiliar de enfermería.

Consulta Auxiliar:

- Promoción: Educación para la salud.
- Prevención: Inmunizaciones.

Asistencia:

- Control pre y postnatal.
- Diagnóstico y tratamiento de morbilidad en niños menores de cinco años, referida, y que acuda directamente.
- Seleccionar la morbilidad que deba ser atendida por el médico en su visita al Centro de Salud.
- Atender la preconsulta de los casos a examinar por el médico, anotando en el registro clínico, temperatura, peso y talla.
- Participar en el desarrollo de otros programas.
- Supervisión de Comadronas.

7.6.1.4 Médico E.P.S.

Consulta Médica:

- Determinación de la primera consulta del tipo y nivel de atención de los usuarios del programa materno infantil.
- Determinación del tipo y nivel de atención según la evaluación de los usuarios controlados.
- Diagnóstico y tratamiento de la morbilidad referida de otros niveles y que acude directamente al Centro de Salud Tipo "C".
- Participación en la planificación y desarrollo de otros programas a desarrollarse dentro del Municipio.
- Referencias de casos complicados, tanto al Hospital Nacional, como al Centro de Salud Tipo "B" de la Cabecera Departamental.

7.7 SUBPROGRAMAS.

7.7.1 SUB PROGRAMA MATERNO.

7.7.1.1 PRE NATAL:

Se captará e inscribirá en el Programa al 100o/o de los embarazos esperados (925), dentro de los primeros tres meses de gestación, proporcionándoles a cada señora cinco consultas prenatales, de las cuales la primera y la última estarán dadas por el médico y las tres intermedias por la Auxiliar de enfermería. Además el médico dará margen a una consulta por morbilidad a cada madre. (Ver cuadro de distribución de consultas maternas 1) Ver anexo 1.

Se promoverá adiestramiento a las comadronas empíricas, mejorando sus conocimientos y técnicas para una atención más adecuada del parto, sobre todo en las aldeas más lejanas. Estas comadronas constituyen un nexo entre los Servicios de Salud y la comunidad, como tales, deberán de contribuir a la detección precoz del embarazo y la incorporación de la gestante al programa.

7.7.1.2 POST NATAL:

Se atenderá al 100o/o de las púerperas (925), proporcionándoles atención médica, educación en salud y las recomendaciones necesarias para la inscripción del recién nacido al Programa Infantil.

7.7.2 SUB PROGRAMA INFANTIL.

Se cubrirá proporcionándole atención al 100o/o de la población comprendida entre 0 y 5 años de edad, (3271). La concentración de consultas al año por niño, variará de acuerdo a la edad, como sigue: (Normas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social).

0 — 1 año:	5 consultas.
1 — 2 años:	4 consultas.
2 — 3 años:	3 consultas.
3 — 4 años:	3 consultas.
4 — 5 años:	2 consultas.

La distribución del Nivel Aplicativo de Atención para cada grupo etáreo y según la concentración anual de consultas, es el siguiente: (Ver Anexos 2 al 6).

Meses de edad.

Grupo etáreo	Médico	Aux. Enfermería
0 — 1	0 y 12	3 — 6 y 9
1 — 2	16 y 24	13 y 19
2 — 3	30 y 36	25
3 — 4	43	37 y 48
4 — 5	49	60

Además el médico atenderá la demanda por morbilidad según cuadros adjuntos.

Según normas de la División Nacional de Epidemiología, se programarán inmunizaciones.

7.8 EVALUACION DEL PROGRAMA.

La evaluación del Programa será responsabilidad del Médico E.P.S., contando con la ayuda necesaria del resto de personal del Centro de Salud Tipo "C" de la localidad. La evaluación se efectuará cada seis meses y según los indicadores siguientes:

7.8.1 INDICADORES DE RENDIMIENTO DE LA ATENCION PRE NATAL:

- Porcentaje de embarazadas bajo seguimiento.
- Porcentaje de inscritas antes del 5o. mes de embarazo.

- Concentración de consultas efectuadas para cada embarazada, en relación a la concentración normada.
- Porcentaje de embarazadas que siguieron el control durante todo el período prenatal.
- Rendimiento del Instrumento (hora médico según norma).

7.8.2 INDICADORES DE RENDIMIENTO DE LA ATENCION DEL PUERPERIO:

- Porcentaje de madres en control de puerperio, sobre el total de embarazadas bajo seguimiento.
- Porcentaje de madres sin control de puerperio, sobre el total de partos atendidos.

7.8.3 INDICADORES DE RENDIMIENTO EN LA ATENCION PEDIATRICA:

- Porcentaje de niños inscritos en seguimiento, en relación a la población total menor de cinco años, calculada para el año operacional del programa.
- Porcentaje de niños inscritos en el primer trimestre de vida.
- Porcentaje de niños inscritos espontáneamente.
- Porcentaje de niños que quedaron fuera de control según factor causal: Abandono del control, Cumplimiento de edad, Traslado a otra localidad, Muerte.
- Rendimiento del Instrumento (hora médica) según normas.

ANEXO No.1 SUB-PROGRAMA MATERNO MUNICIPIO DE SANTA MARIA CHIQUMULA TOTONICAPAN

Actividades	Población Total	Cobertura	Meta a cubrir	Concentración o número de Consultas anuales 5 consultas / Embarazada	Horas-año.	Horas diarias	Número de Consultas en 250 días hábiles del año	Personal Aplicativo.
Consultas:								
Embarazos esperados igual al 50/o de la población total	925	100o/o	925	4625	308.3	1 h 12'	7	Médico Auxiliar de Enfermería
				2775	462.5	1 h 48'	11	
Puérperas	925	100o/o	925	925	154.1	36'		Médico
Morbilidad	925	100o/o	925	925	154.1	36'		Médico
Población Total:	18505							
Embarazos esperados:	925							
	(50/o población total)							

ANEXO No.2
SUB-PROGRAMA INFANTIL-GRUPO ETAREO
0-1 AÑO

Actividades	Población Total 0-1 año	Cober- tura. o/o	Meta a Cubrir	Concentración de Consultas - anuales. 5 por c/niño		Horas- año	Horas diarias	No. Consul- tas diarias en 250 días hábiles del año.	Personal Aplicativo
Consultas:									
Niños: 20o/o de la población de 0 a 5 años	654	100o/o	654	3270	1308 1962	218 327	48' 1 h 18'	5 8	Médico Auxiliar enfermería
Morbilidad 1 por año	654	100o/o	654			109h	24'	2	Médico
Total:	niños 0-5 años: 3271								
Total:	niños 0-1 año: 654 (20o/o niños 0-5 años)								

ANEXO No.3
SUB-PROGRAMA INFANTIL-GRUPO ETAREO
1-2 AÑOS

Actividades	Población Total	Cober- tura	Meta a Cubrir	Concentración de Consultas - anuales. 4 por c/niño		Horas- año	Horas diarias	Número de Consul- tas diarias en 250 días hábiles x año	Personal Aplicativo
Consultas:									
Niños: El 20o/o de la población de 0-5 años	654	100o/o	654	2616	1308 1308	218 218	48' 48'	5 5	Médico Auxiliar enfermería
Morbilidad 1 por niño	654	100o/o	654	654		109	24'	2	Médico
Total:	niños 0-5 años: 3271								
Total:	niños 0-1 año: 654 (20o/o niños 0-5 años)								

62

2-3 AÑOS

53

53

3-4 AÑOS

[illegible]

ANEXO No.6

SUB-PROGRAMA INFANTIL-GRUPO ETAREO

4-5 AÑOS

Actividades	Población Total	Cober- tura	Meta a Cubrir	Concentración de consultas anuales. 2 x c/niño	Horas— año	Horas diarias	Número de Consul- tas diarias 250 días hábles	Personal Aplicativo
Consultas:								
Niños: El 20o/o de la población de 0-5 años	654	100o/o	654	1308	654	24'	2	Médico Auxiliar Enfermería
Morbilidad 1 x niño	654	100o/o	654	654	109	24'	2	Médico
Total: niños 0-5 años: 3271 Total: niños 4-5 años: 654 (20o/o niños 0-5 años)								

8. CONCLUSIONES

1. La Hipótesis No.1 planteada se comprueba ya que el grupo Materno Infantil es el que predomina y por lo tanto es el que tiene mayor riesgo para enfermarse y morir.
2. La tasa de natalidad y mortalidad son altas, lo que implica un crecimiento vegetativo más o menos estable, sin embargo la tasa de Mortalidad Infantil no parece estar acorde a la realidad y probablemente se deba a un subregistro.
3. Las principales causas de Morbilidad estudiadas fueron las que se refieren a las enfermedades infecciosas y parasitarias, infecciones agudas de las vías aéreas superiores, y una alta incidencia de Tuberculosis, lo cual es consecuencia del medio y la falta de aplicación de Medicina Preventiva, lo cual viene a comprobar la Hipotesis No.2 planteada.
4. La principal causa de Mortalidad registrada en los libros del Registro Civil por la Policía Municipal, fue la que se refiere a Senilidad Mal Definidas y Desconocidas. En vista de esto no sabemos con exactitud cual fue la principal causa de muerte en dicha población.
5. Existe una gran ausencia a la escuela de niños comprendidos en la edad escolar ya que solo asisten el 18.25o/o de la población escolar real, existiendo una deserción del 30o/o de los niños inscritos, lo cual contribuye a un alto índice de analfabetismo (71.75o/o).
6. La principal ocupación de las familias estudiadas es el comercio.
7. La mayoría de los jefes de hogar tienen tierra propia, pero es un minifundio, y las malas técnicas en el manejo

de la tierra hacen que la producción sea baja, siendo el principal producto de cultivo el maíz y frijol, hechos que condicionan un alto índice de Desnutrición protéico-Calórica en la población estudiada.

8. La mayoría de las familias estudiadas tienen casa propia, y la mayoría de éstas tienen mala iluminación y ventilación.
9. El 99.55o/o de viviendas no tienen instalación sanitaria, y el 80o/o no tienen agua potable.
10. Existe un alto índice de hacinamiento ya que el 96.1o/o de las viviendas tienen un solo dormitorio con un promedio de 6 personas, lo cual es un factor contribuyente para el alto índice de enfermedades transmisibles.
11. Es muy baja la cantidad de dinero asignada para medicina en el hospital de área y en los centros de Salud Tipo "C".
12. La falta de educación limita el éxito de las campañas masivas de vacunación.
13. Los programas de saneamiento ambiental son deficientes en el área rural.

9. RECOMENDACIONES

1. Mejorar las condiciones tanto socioeconómicas como de salubridad de los habitantes del Municipio de Santa María Chiquimula por parte de las autoridades competentes, ya que dichos factores condicionan el estado de salud de una población.
2. Que las autoridades del Ministerio de Salud Pública estudien y pongan en práctica el programa Materno Infantil propuesto.
3. Que las autoridades universitarias continúen con mayor énfasis la concientización del estudiante Interno del Ejercicio Profesional Supervisado, sobre la problemática tanto socioeconómica como de salud de nuestro país, para que éste labore con mayor efectividad.
4. En vista del problema existente en lo que se refiere a comunicación con los habitantes de la comunidad, se recomienda a la Facultad de Ciencias Médicas incluir dentro del currículum el estudio y aprendizaje de una lengua indígena que permita mejor comunicación.
5. Delegar al estudiante del Ejercicio Profesional Supervisado la certificación de todas las defunciones que ocurran en dicha comunidad, para tener un dato más real de las causas más importantes de mortalidad.
6. Recomendar a las autoridades Universitarias la integración de otras facultades al programa de E.P.S. para estudiar con más detenimiento y dar soluciones a todos los factores que condicionan la salud desde un punto integral y multidisciplinario.

10. BIBLIOGRAFIA

- Alvarado Fuentes Julio César. Estudio Preliminar sobre el diagnóstico de salud del área del Quiché, durante el período comprendido del 1o. de Junio de 1972 al 31 de Mayo de 1973. Tesis. (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1974. 68 p.
- Alonzo Lara, Luis Alberto. Programa de atención materno-infantil y familiar en el área de salud de Totonicapán. Tesis. (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1974. pp. 27-44.
- Delgado, Antonio. Bases para programación materno infantil integral a nivel de áreas de salud. Guatemala, 1974. 23 p. (Mimeografiado).
- Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Información general sobre la situación del grupo materno infantil en Guatemala. Guatemala, 1974. 23 p. (Mimeografiado).
- Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Fase 3. Normas de clasificación de los diagnósticos. Guatemala, 1974. 15 p. (Mimeografiado).
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Planificación y Estadística. Natalidad año 1973. Guatemala, 1974. 43 p.
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Planificación y Estadísticas. Mortalidad año 1973. Guatemala, 1974. 56 p.

8. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
Unidad de Planificación y Estadística. Departamento
de Totonicapán. Población calculada años 1972-1980.
Guatemala 1974. 114 p.

Vo.Bo. Aura Estela Singer
Bibliotecaria

Br. Enrique Osberto Rodríguez Enríquez

Dr. Rómulo Sánchez
Asesor

Dr. Héctor Nuila
Revisor

Dr. José Quiñónez Amado
Director de la Fase

Vo. Bo..

Dr. Mariano Guerrero R.
Secretario

Dr. Carlos Armando Soto
Decano