

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure, likely a saint or scholar, seated and holding a book. Above the figure is a crown. The seal is surrounded by Latin text: "OBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA" at the top and "CAETENSIS INTER COACTENATENSIS" at the bottom. The entire seal is rendered in a halftone dot pattern.

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DEL GRUPO  
MATERNO-INFANTIL DEL MUNICIPIO DE  
SAN CARLOS SIJA, QUEZALTENANGO, 1975

JOSE GUILLERMO ALVARADO CASTILLO

## PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. JUSTIFICACION
- IV. HIPOTESIS
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO
  - VI.1 Características geográficas
  - VI.2 Historia y costumbres
- VII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS
  - VII.1 Población
  - VII.2 Medio ambiente
- VIII. SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA
  - VIII.1 La familia
  - VIII.2 Medios de producción
- IX. DAÑOS
  - IX.1 Mortalidad
  - IX.2 Morbilidad
  - IX.3 Situación nutricional

X. PERCEPCION DEL PROBLEMA

X.1 Por la comunidad

X.2 Por el personal local de salud

XI. INTERPRETACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

XII. CONCLUSIONES

XIII. RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

Con el presente trabajo se pretende dar una visión de la situación de la población Materno-Infantil de nuestro país, infiriendo de la muestra representativa de la población del municipio de San Carlos Sija, Quezaltenango, durante el año de 1975.

Mediante este trabajo, se trató de determinar en forma objetiva la situación de la población Materno-Infantil, que por lo numerosa que es, dentro de la población total del país y por su característica vulnerabilidad a enfermar y morir, condicionada por factores como: desnutrición, falta de recursos económicos, analfabetismo, deficientes programas de salud, etc., es susceptible de sufrir muchos daños, los cuales pueden ser prevenibles mediante acciones directas contra las causas que los originan.

Es mi deseo que con los datos aquí aportados, se pueda en un futuro próximo, dar soluciones adecuadas a los problemas detectados, puesto que los mismos son prioridad en el ramo de salud.

## II. OBJETIVOS

- a) Determinar en forma real la situación del grupo Materno-Infantil, para procurar una mejor orientación de los programas que para beneficio de este sector se hayan establecido.
- b) Contribuir, mediante un diagnóstico preciso, a la orientación de los programas de atención Materno-Infantil, que se pongan en marcha.
- c) Determinar la percepción que las comunidades y el personal de salud tienen de la situación y de la problemática del grupo Materno-Infantil, así como su orientación para la solución de la misma.

## III. JUSTIFICACION

Hasta el presente, en Guatemala, se encuentran en marcha programas de atención Materno-Infantil, pero dichos programas no han causado impacto alguno en el nivel y estructura de la salud de dicho grupo. Para la implementación de estos programas no se cuenta con un diagnóstico preciso y completo, pues si bien es cierto que en algunos casos se cuenta con datos sobre los diferentes grupos etarios y sus características primordiales, no se ha hecho un análisis en la colectividad ni en el personal de salud en cuanto a la percepción y conducta mostrada ante la problemática Materno-Infantil; no se ha analizado la situación económica y social de las comunidades. Y la manera como ésta influye en los programas que se han tratado de realizar. Además todavía se sustentan algunos criterios equivocados en cuanto al tipo de atención a la mujer embarazada, pues se le da más importancia a la atención institucional del parto, que a un adecuado control prenatal y de las coberturas que sería necesario alcanzar para influir en el nivel y estructura de salud del grupo Materno-Infantil.

#### IV. HIPOTESIS

De acuerdo a las consideraciones mencionadas anteriormente, se plantearon y se sometieron a prueba las siguientes hipótesis:

- a) La mayoría de los daños que se presentan en el grupo Materno-Infantil son prevenibles con acciones concretas contra las causas de estos daños, que en su mayoría son de origen infeccioso y nutricional, teniendo éstos como causa determinante, la situación socio-económica de las personas.
- b) Que la percepción y la conciencia que se tiene del problema Materno-Infantil, varía significativamente entre la comunidad y el personal de salud local, así como el enfoque que de las posibles soluciones.

#### V. MATERIAL Y METODOS

Se tomaron como material humano y físico:

- a) Las familias que integran la población total de la cabecera municipal y seis aldeas.
- b) Una muestra representativa de las familias de la cabecera municipal.
- c) Las viviendas de las familias del municipio estudiado.
- d) Los libros del registro civil de la alcaldía municipal.
- e) Los libros del puesto de salud, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- f) Guías y formularios diseñados para el efecto.
- g) Mapas de la Dirección General de Estadística.

Métodos:

Se efectuaron los siguientes procedimientos:

- a) Se realizó la encuesta de población de la cabecera municipal y seis de sus aldeas (Esquipulas Seque, El Progreso, Las Cruces, Panorama, Cael y Saquical), obteniéndose por este medio la población urbana y rural, así como las familias en tales áreas.
- b) Se tomó como universo de trabajo de la población, el to-

tal de familias residentes en el área urbana (cabecera municipal), lo cual arrojó un total de 227 familias.

c) Como muestra representativa se seleccionaron 68 familias, de acuerdo a los siguientes criterios:

i. 30% del total de familias para cabeceras municipales, que tuvieron de 0 a 299 familias.

ii. Se empleó el sistema de muestreo sistemático de inicio al azar, determinando el módulo de acuerdo a fórmula siguiente:

$$M = \frac{\text{Total de familias de la cabecera municipal}}{\text{Total de familias de la muestra}}$$

$$M = \frac{227}{68} = 5$$

iii. El número que dió el módulo representa la frecuencia con la cual se seleccionaron las familias, la cual se inició con la familia número 3 del censo de población, por medio de sorteo entre tantos números como había dado el módulo, o sea, de 1 a 5.

d) Se efectuó una encuesta en las familias de la muestra para estudiar la situación nutricional y su relación con los factores socio-económicos de la población, así como un estudio de la percepción que del problema de salud del grupo Materno-Infantil tiene la comunidad y el personal local de salud.

e) Se realizó también una revisión de los archivos municipales para determinar causas y tasas de natalidad y mortalidad correspondientes al año 1974.

Las tasas y el tipo de morbilidad se determinó, revisando el registro correspondiente a 1974, del puesto de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

f) Duración y extensión: El presente trabajo se realizó en el municipio de San Carlos Sija, departamento de Quezaltenango, con una duración de 6 meses, comprendidos de febrero a julio de 1975.

## VI. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

San Carlos Sija, municipio del departamento de Quezaltenango, se encuentra situado en la región Occidental del país, a 2 642.13 Mts. sobre el nivel del mar, latitud de 14°59'00", longitud 91°32'58", con una extensión territorial de 148 kilómetros cuadrados, distribuidos entre la cabecera municipal, 14 aldeas y 2 caseríos.

Limita al Norte con Malacatancito (Huehuetenango); al Este, Momostenango y San Francisco El Alto (Totonicapán); al Sur con San Francisco La Unión y Cajolá (Quezaltenango); al Oeste con Palestina de los Altos, Sibilia, Huitán y Cabricán (Quezaltenango), y Zipacapa (San Marcos).

### VI.1 Características geográficas

El terreno es en su mayoría quebrado, teniendo algunas planicies, como la llamada Llano Grande, que se encuentra situada al Norte de la cabecera y además con los siguientes accidentes geográficos:

Cerro de Sija, con una elevación de 3 000 Mts. SNM.  
Cerro Xetená y Colojites.

Flora: Dentro de esta se cuenta con distintas especies de maderas, como las siguientes: pino, ciprés, aliso, roble, palo negro, pinabete, sauce, encino, madrón y algunas especies frutales como: manzana, durazno, cerezo y otras de menor cuantía.

Fauna: Esta se encuentra constituida por: conejos, ardillas, aves cantoras, palomas silvestres, tacuatzines.

Hidrografía: Entre los accidentes hidrográficos se pueden mencionar: Río Caquizá o Salamá, Chorro de Agua, San José; Brazo del Samalá, Chacap, Los Caballitos, Recuerdo a Barrios, Xetená y La Junta. Todos son corrientes continuas en las dos estaciones del año.

Suelos: Entre los principales tipos de suelo del municipio se destacan los siguientes: arenosos, arcillosos, francos y limosos, predominando en su mayor parte el franco arenoso; el origen de estos suelos es básicamente volcánico, por lo que en el aspecto agrícola son productivos.

Clima: Corresponde a la zona montano alto, tropical húmeda, por lo cual su clima es intensamente frío.

### VI.2 Historia y costumbres

Antecedentes históricos: Acerca de este pueblo, el escritor J. Luis García cuenta, a guisa de leyenda, lo siguiente: "...Francia y España sostuvieron una guerra donde se vió el valor de los españoles y las hazañas que hacían los de cada lugar: Los de Asturias, los de Córdoba, los de Guadalajara y los de ... no recuerdo los nombres ... lo cierto es que los de Sevilla eran terribles y, peor que los de Sevilla resultaron los de Esija, una población cercana, donde los hombres dieron muestra de singular bravura. Terminada la guerra con Francia; los de Esija siguieron con tanta inquietud, por las veredas, y despo blados, que sus desafueros dieron no pocos quebraderos de cabeza a la corona; entonces buscaron los medios de corregirlos, y solo se halló como recurso el enviarlos a América donde, construyendo pueblos, pudieron apagar sus ímpetus y transformarlos en la vida tranquila del que cultiva un hato, hace una casa y siembra un terreno... Y así vinieron aquellos españoles originarios de Esija, dejando en España tantos recuerdos que hasta

un libro fue escrito para narrarlos y perpetuar sus aventuras ... La tierra que pusieron en sus manos al llegar, fue esta de la provincia de Quezaltenango. Unos fundaron El Barrios y otros al influjo de la nostalgia de la patria, hicieron nuevos poblados, bautizándolos con el nombre de su pueblo. Es así como existían Esija y Sevilla en la provincia Altense; pero el correr de los años trajo degeneración en estos hombres; las sencillas gentes que sucedieron a sus fundadores ya no sintieron la añoranza de la capital Sevilla, ni de su vecina Iedaña ... talvez ni supieron de su existencia, ni les importó jamás. Y el nombre evocador se vino a menos, sufrió desmoronamientos y de golpe y porrazo un día de tantos resultó sonando "Sija" en lugar de Esija y Sibilia en lugar de Sevilla".

Según datos históricos este pueblo fue fundado por Bernal Díaz del Castillo, en diciembre de 1526, quien le puso el nombre de Esija, nombre de la ciudad española donde él nació.

En el índice alfabético de las ciudades, villas y pueblos del reino de Guatemala, este pueblo figura adscrito al curato de Ostuncalco, en el partido de Totonicapán. San Carlos Sija fue segregado de la jurisdicción del departamento de Totonicapán y pasado al de Quezaltenango, por acuerdo del 26 de agosto de 1882.

Costumbres: A este respecto las costumbres son variadas, por ejemplo: durante la fiesta titular (12 al 15 de diciembre) Día de Concepción, las mujeres de la aldea acostumbran vestidos nuevos, característicamente largos y de colores "chillantes" y a los hombres les gusta lucir sus buenos semovientes (caballos) y usan pantalones apretados y de ruedo amplio. No se celebra el día de San Carlos, como el día principal, sino el día de la Virgen de Concepción. Se celebra aún el día del Santo Patrono, pero solamente en el aspecto religioso, hay misa y pro

cesión, pero no diversiones.

Matrimonio: Entre los ladinos, se efectúa en la ya conocida forma tradicional. Entre los indígenas (la mayoría de los cuales son emigrados de Totonicapán) el matrimonio es una costumbre que se efectúa a muy temprana edad y es tratado y llevado a cabo por los padres, sin que los futuros esposos puedan disponer en dicho compromiso. En la mayoría de casos se efectúan "uniones de hecho".

Religión: La religión católica es la que más se practica, tanto en el área urbana como rural. Existen además otras sectas religiosas como la pentecostés y sabatista.

## VII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

### VII.1 Población

Según el censo de población practicado en abril de 1975 se encontró una población total de 4 230 habitantes en el municipio de San Carlos Sija, la cual se encontró distribuida de la siguiente manera:

Cuadro 1  
Distribución de la población total por área geográfica y sexo

URBANA		RURAL			
Número	%	Número	%		
Masculina	673	15.9	Masculina	1 519	35.9
Femenina	706	16.6	Femenina	1 317	31.1
<b>TOTAL</b>	<b>1 379</b>	<b>33.1</b>	<b>TOTAL</b>	<b>2 836</b>	<b>67.0</b>

Fuente: Encuesta directa.

El mayor porcentaje de población se encuentra localizado en el área rural, existiendo ligero predominio de habitantes de sexo femenino (49.7%) sobre el masculino (49.1%).

Población Materno-Infantil: Tomando como población infantil a los niños menores de 15 años y las mujeres en edad reproductiva, 15 a 44 años, se encontraron los siguientes resultados:

Cuadro 2

Distribución de la población Materno-Infantil por grupos etarios

EDAD	No.	Población Total %	Masculina		Femenina	
			Urb.	Rur.	Urb.	Rur.
Niños menores de 1 año	138	3.26	15	57	17	49
Niños de 1 a 2 años	198	4.68	15	80	27	76
Niños de 2 a 3 años	158	3.73	20	60	27	51
Niños de 3 a 4 años	169	3.99	20	75	26	48
Niños de 4 a 5 años	183	4.32	29	80	25	49
Niños de 5 a 15 años	1258	29.73	236	433	213	376
Pob. 15 a 44 años mu- jeres en edad Reprod.	790	18.67			276	514
<b>TOTAL</b>	<b>2894</b>	<b>68.38</b>	<b>405</b>	<b>785</b>	<b>611</b>	<b>1063</b>

Fuente: Encuesta directa.

Se puede apreciar que la población Materno-Infantil constituye el 68.38% de la población total.

Por los datos expuestos en el cuadro anterior, se hace evidente la distribución de la población, con un mayor porcentaje en el área rural, para el municipio de San Carlos Sija; además se viene a confirmar lo que se menciona en la introducción del presente trabajo, es decir, que la población Materno-infantil constituye más del 60% en este caso el 68.38% de la población total, lo cual era de esperar para un país como el nuestro, incluido dentro de los llamados "sub-desarrollados", con un alto porcentaje de población joven.

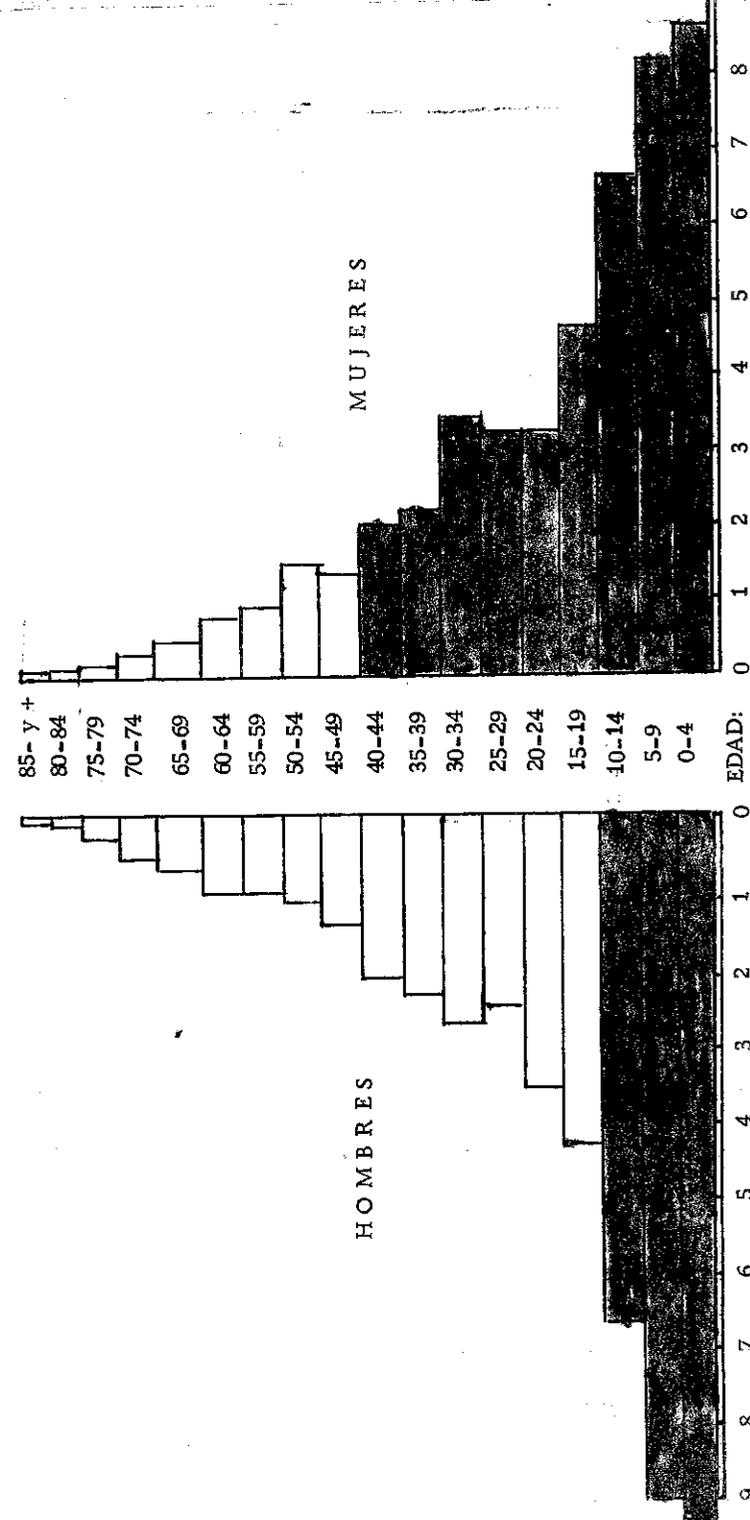
De acuerdo a las cifras encontradas y empleando las fórmulas estadísticas proporcionadas por la Facultad de Ciencias Médicas, se obtuvieron las siguientes tasas y datos estadísticos:

Embarazos esperados	211.50
Abortos esperados	21.15
Partos esperados	190.35
Tasa de fecundidad	37.70
Tasa de natalidad	70.00
Tasa de crecimiento vegetativo	53.93

Gráfica No. 1. Pirámide de población del municipio de San Carlos Sija, año 1974.

Como puede observarse, la pirámide tiene una base ancha y un vértice angosto, propia de los países subdesarrollados, con un elevado porcentaje de población joven. Es evidente el alto porcentaje de población, que corresponde al grupo Materno-infantil (sección oscura de la pirámide).

PIRAMIDE DE POBLACION PARA EL MUNICIPIO DE SAN CARLOS SIJA, 1974.



Fuente: Población Calculada, años 1972-1980. Unidad de Planificación y Estadística. M.S.P. y A.S.

## VII.2 Medio ambiente

Durante el censo efectuado en abril de 1975, se investigaron las características de las viviendas del municipio, habiéndose obtenido los datos siguientes:

Vivienda: Se presentan a continuación las características de las viviendas de 227 familias del área urbana (cabecera municipal) y las de las 461 familias del área rural.

Cuadro 3

Vivienda urbana y rural. Sus características.

	URBANA		RURAL	
	Número	%	Número	%
<b>Piso</b>				
Tierra	136	59.9	330	93.27
Cemento	84	37.0	29	6.29
Madera	1	0.4	1	0.21
Otros	6	2.6	1	0.21
<b>Techo</b>				
Lámina de Zinc	71	34.27	19	4.12
Lámina de Asbesto	3	1.32	5	1.0
Paja, manaca o palma	29	12.77	47	10.19
Teja	123	54.18	380	82.42
Terraza	0	0.00	0	0.00
<b>Cielo</b>				
No tiene	17	7.48	66	14.31
Machihombre	48	21.14	19	4.14
Cartón	3	1.32	18	3.90

	URBANA		RURAL	
	Número	%	Número	%
Telas	1	0.44	3	0.65
Otros	156	68.72	354	76.78
<u>Paredes</u>				
Tabla	0	0.00	7	1.51
Palma	0	0.00	2	0.43
Adobe	210	92.5	451	97.83
Block	5	2.20	0	0.00
Ladrillo	1	0.44	0	0.00
<u>Instalaciones</u>				
Cocina	221	97.35	448	97.18
1 cuarto	83	36.56	269	58.35
2 cuartos	75	33.0	148	32.10
3 cuartos	30	13.21	33	7.15
Mas de 3 cuartos	37	16.29	1	0.21
<u>Alumbrado</u>				
Eléctrico	120	52.86	2	0.43
Gas	36	15.85	342	74.18
Candela	71	31.27	86	18.65
Ocote	0	0.00	30	6.5
<u>Agua</u>				
Riachuelo	31	13.65	30	6.5
Pozo con brocal	52	22.90	64	13.88
Pozo sin brocal	49	21.58	317	68.76
Tubería intradomiciliar	92	40.52	29	6.29
Tubería extradomiciliar	3	1.32	0	0.00
Otros	4	1.76	17	3.68

	URBANA		RURAL	
	Número	%	Número	%
<u>Basura</u>				
Patio	1	0.44	14	3.03
Incineración	27	11.89	93	20.16
Basurero	23	10.13	96	20.82
Otros	177	77.97	257	55.74
<u>Excretas</u>				
A flor de tierra	64	28.19	389	84.38
Letrina sanitaria	45	19.82	24	5.20
Letrina insanitaria	3	5.72	17	3.68
Fosa séptica	97	42.73	30	6.5
Colector público	8	3.52	0	0.00

Fuente: Encuesta directa.

Del cuadro anterior, podríamos concluir en que la vivienda está representada de la siguiente manera: Para el área urbana: piso de tierra, techo de teja, paredes de adobe, 1 cocina con dos cuartos, con alumbrado eléctrico, con una disposición de excretas de fosa séptica para las casas del centro de la cabecera y a flor de tierra en las orillas de la misma. Agua con tubería intradomiciliar. Con respecto a la basura, el mayor porcentaje corresponde a la casilla "otros", entendiéndose por esto, la disposición de la misma en el patio o terreno adjunto para que se transforme en abono orgánico.

En lo que respecta a la vivienda rural, ésta se diferencia de la urbana por los siguientes aspectos: cuenta con 1 cocina y solamente 1 cuarto, alumbrándose en su mayoría con gas

y candela, las excretas se disponen a flor de tierra, obteniendo el agua de pozo sin brocal y la basura en el terreno a inmediaciones de la casa. Todo lo anterior da como resultado una higiene deficiente o nula, con el hacinamiento consecutivo, en un ambiente ya de por sí hostil, para el desarrollo de una salud adecuada en la población del municipio, sobre todo a nivel rural. Son los anteriormente mencionados, factores condicionantes de la morbilidad, pues favorecen la acción de los agentes infecciosos y parasitarios, así como su reproducción y diseminación.

## VIII. SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA

Los datos que a continuación se presentan se obtuvieron mediante la encuesta de población de abril de 1975, así como de la muestra representativa de la población.

### VIII. 1 La familia

Distribución por área: De acuerdo a la encuesta general de población había en el municipio un total de 688 familias, de las cuales 461 (68%) se encontraban en el área rural, y 227 (32%) en el área urbana o cabecera municipal.

Grupo étnico: La población total del municipio era de 4 230 habitantes, los cuales se encontraron distribuidos de la siguiente manera:

Cuadro 4

#### Poblacion urbana y rural

URBANA	Hab.	%	RURAL	Hab.	%
Pob.ladina	1 210	87.42	Pob.ladina	1 999	70.23
Pob.indígena	174	12.58	Pob.indígena	847	29.77
TOTAL	1 384	100.00		2 846	100.00

Fuente: Encuesta directa.

Aproximadamente las 2/3 partes de las familias se encuentran ubicadas en el área rural con un promedio de 6.1 miembros por familia.

A diferencia, de la mayoría de los municipios de Quezaltenango, la población de San Carlos Sija, es en su mayoría ladina, lo cual deberá tenerse presente, al igual que el elevado promedio de miembros familiares y las características de la vivienda cuando se considere hacer alguna planificación sanitaria para el área.

Alfabetismo: Del total de habitantes del universo estudiado, 4 230, solamente saben leer y escribir 1 710, que representan el 40.42% de la población total.

Existen 1 618 niños que constituyen la población en edad escolar, de los cuales asisten 629 a la escuela, o sea, 38.87% de la misma.

Aparentemente el porcentaje de las personas que saben leer y escribir es alto 40.42%, si ésto es cierto, es alentador para un país como el nuestro, clasificado como uno de los que poseen mayor porcentaje de analfabetismo. En lo referente a la situación escolar, ésta es deficiente (solo 38.8% asiste a la escuela) y considero, es el resultado de programas ineficaces, que no toman en cuenta factores culturales y socio-económicos de las comunidades.

Alimentación familiar: Se realizó una encuesta para determinar el tipo y la calidad de alimentación familiar a un total de 68 familias del área urbana, obteniéndose los datos siguientes:

Cuadro 5

Alimentación familiar

Número de Familias	Alimento	Cantidad	Veces/día	Veces/semana	% Familias
68	Maíz	8 Libras	3	7	100
68	Frijol	1 Libra	3	7	100
68	Arroz	1 Libra	2	7	100
65	Carne	2 Libras	1	2	95.2
39	Habas	2 Libras	1	2	57.3
68	Café	3 Onz.	3	7	100
68	Pan	65 Cts.	2	7	100
54	Huevos	6 Huevos	1	7	79.3
38	Leche	1 Botella	1	7	55.8

Fuente: Encuesta directa.

La alimentación familiar está constituida básicamente por maíz, frijol y arroz, lo cual constituye un alto porcentaje de carbohidratos y baja en proteínas y grasas, a pesar del alto porcentaje correspondiente a las segundas, el cual no es muy confiable debido a un alto índice de falsedad de los datos, ya que al momento del interrogatorio se pudo percibir, que algunas familias trataron de dar la impresión de recibir una alimentación adecuada; poniendo en duda con su actitud, la veracidad de la respuesta. En general la dieta es deficiente calóricamente, influyendo negativamente en la situación nutricional y favoreciendo la morbilidad y mortalidad general.

Alimentación suplementaria. Se investigó algún tipo de alimentación extra en la mujer embarazada y en la población

pre-escolar y escolar, obteniéndose los datos siguientes:

Mujeres que reciben una alimentación suplementaria	23	36.5%
Niños en edad escolar con alimentación suplementaria	18	44.0 "
Niños en edad pre-escolar con alimentación suplementaria	19	56.0 "

Según los datos expuestos, en el niño escolar un poco más de la mitad de los mismos no tienen alimentación suplementaria lo que es debido al desconocimiento de las necesidades alimentarias durante esta etapa de crecimiento. Lo referente al niño pre-escolar la situación es a la inversa, existiendo así el mismo desconocimiento. Con respecto a las mujeres embarazadas el porcentaje de alimentación suplementaria es también bajo. Hay que hacer notar que a la par del desconocimiento, existen escasos recursos económicos en la población en general.

Lactancia. En la muestra estudiada se investigó el número de lactantes que era de 23 de los cuales 20 (86.9%) recibían otro tipo de alimentación además de la lactancia materna.

Destete. Se estudió una muestra de 22 niños menores de 5 años que habían lactado y que actualmente ya no lo hacían, y se determinó la edad de los mismos como se presenta a continuación:

Cuadro 6

Edad de destete y su distribución por edad

EDAD	NIÑOS	PORCENTAJE
12 meses	13	59.09
15 meses	3	13.63
18 meses	3	13.63
24 meses	3	13.63

Fuente: Encuesta directa.

La edad del destete tiene como límite de los 12 a los 24 meses siendo más frecuente a los 12 meses (59.09%), lo cual es tá condicionado muchas veces por un nuevo embarazo.

Lactancia artificial. Se investigó un total de 31 niños, obteniéndose los datos siguientes:

Cuadro 7

Lactancia artificial y su distribución por edad

Edad-inicio (meses)	Niños	Porcentaje
5	3	9.67
6	12	38.70
7	5	16.12
8	3	9.67
9	1	3.28
12	7	22.58

Fuente: Encuesta directa.

Como se puede ver en el cuadro anterior, el inicio de la alimentación artificial, corresponde en su más alto porcentaje (38.70%) a los 6 meses. Lo cual indudablemente se debe al desconocimiento por parte de las madres, de la secuencia de la alimentación infantil y otra vez más al factor económico.

Tradiciones alimenticias. Se investigó en las familias la existencia de creencias o costumbres con respecto a alimentos que se consideraban perjudiciales durante el embarazo, la lactancia y para el niño de pecho:

	No. Familias	%	100%
Hay alimentos malos durante el embarazo	23	41.0	62
Hay alimentos malos durante la lactancia	25	40.9	62
Hay alimentos malos para el niño de pecho	26	42.6	69

Existe un porcentaje elevado de mujeres que creen que cierto tipo de alimentos "hacen daño" durante el embarazo, la lactancia y al "niño de pecho", todo lo cual constituye creencias erróneas que han sido transmitidas de una generación a otra debido al desconocimiento de estos aspectos.

## VIII.2 Medios de producción

Tenencia de la tierra. De 66 familias encuestadas, 53 poseen tierra para sembrar o sea el 80%, mientras que 13 familias no la tienen (20%), encontrándose distribuida de la siguiente manera:

Cuadro 8

### Tenencia de la tierra

TENENCIA	FAMILIAS	%
Propia	50	89
Arrendada	4	7
En usufructo	1	4

Fuente: Encuesta directa.

De las familias encuestadas, 54 trabajan la tierra (98%) y existe una familia (2%) que no lo hace. Solamente una familia da tierra en arrendamiento. Las herramientas especialmente utilizadas son el azadón y el machete en un 97% y solamente un 21% utilizan maquinaria agrícola (tractor).

Como puede observarse, un alto porcentaje de familias posee tierra para sembrar y que es propia, siendo trabajada en su mayoría. Debemos hacer mención que casi en su totalidad los agricultores son minifundistas, que dependen casi exclusivamente del cultivo para vivir y que lo que producen es utilizado para su subsistencia.

Las herramientas son del tipo manual y son escasos los que tienen una agricultura parcialmente mecanizada (tractor), el cual generalmente es alquilado. En un regular porcentaje, los campesinos han recibido la orientación necesaria sobre la mecanización de la agricultura para el aumento de la producción, pero como siempre el factor limitante es el económico.

Extensión de la tierra. Se trató de determinar la extensión promedio de las tierras de cada familia, tomándose en cuenta

das, cada una equivalente a 20 varas cuadradas.

Cuadro 9

Extensión de la tierra

No. CUERDAS	No. FAMILIAS	%
1 a 10	15	27.27
11 a 20	9	16.36
21 a 30	12	21.81
31 a 40	2	3.63
41 a 50	7	12.72
51 a 75	3	5.45
76 a 100	3	5.45
101 a 150	0	0.00
Más de 151	4	7.27

Fuente: Encuesta directa

El 43.63% de las familias tienen tierra comprendida entre 1 y 20 cuerdas, mientras que solo el 7.27% posee más de 100 cuerdas, lo cual viene a evidenciar la mala distribución de la tierra existente en el país.

Producción agrícola. El 100% de las familias se dedican al cultivo del maíz y el trigo. Solamente 2 familias utilizan abono natural para sus siembras, el resto utilizan además el abono químico.

El 95% de las familias obtienen menos de 2 quintales de trigo por cuerda y el 78% de familias obtienen menos de 2 quintales de maíz por cuerda, como se observa en los cuadros siguientes:

Cuadro 10

Cuerdas trigo	No. Familias	%
1 a 25	29	74.3
26 a 50	6	15.3
51 a 75	3	7.6
76 a 100	1	2.56

Fuente: Encuesta directa.

Cuadro 11

Cuerdas maíz	No. Familias	%
1 a 25	50	92.89
26 a 50	3	5.55
51 a 75	0	0.00
76 a 100	1	1.86

Fuente: Encuesta directa.

Cuadro 12

No. Quintales de trigo	No. Familias	%
Más de 1 quintal	29	72.5
De 1 a 2 quintales	9	22.5
De 2 a 3 quintales	1	2.5
De 3 a 4 quintales	0	0.0
Más de 4 quintales	1	2.5

Fuente: Encuesta directa.

Cuadro 13

No. Quintales de maíz	No. Familias	%
Menos de 1 quintal	17	34.0
De 1 a 2 quintales	22	44.0
De 2 a 3 quintales	6	12.0
De 3 a 4 quintales	4	8.0
Más de 4 quintales	1	2.0

Fuente: Encuesta directa.

De las familias encuestadas el 59.2% (32) tienen una producción de consumo mientras que el 40.7% (22) utilizan parte de la producción para la venta. Utilizan mozos para el cultivo del maíz 26 familias, mientras los utilizan para el cultivo de trigo 24 familias, pero básicamente los cultivos son realizados por la mayoría de los miembros de la familia.

Cuadro 14

## Producción pecuaria

Animal	Familias	%
Gallinas	51	75
Chompipes	15	22
Cerdos	51	75
Vacas	28	41
Ovejas	15	22

Fuente: Encuesta directa.

La producción pecuaria está dada por las gallinas y los cerdos (75%), siendo estos últimos en su mayoría y algunas de las primeras destinados a la venta. La mayoría de los productos obtenidos de los animales, son vendidos. Esto último insidene cesariamente en la dieta familiar y es debido en su mayoría a desconocimiento del valor nutritivo de los mismos, y una condición económica limitada.

Producción artesanal, fabril y otros. De las familias investigadas, solamente cuatro se dedican a la producción artesanal, fabril y otros artículos así: 2 se dedican a la panificación, 1 a tejer y 1 a la elaboración de productos jarcios.

Ingresos. Se encuestó un total de 68 familias, obteniéndose los siguientes resultados.

Cuadro 15

## Ingreso familiar anual

Ingreso anual Q.	No. familias	%
De 1 a 100	6	8.82
De 101 a 200	7	10.29
De 201 a 300	6	8.82
De 301 a 400	8	11.76
De 401 a 500	3	4.41
De 501 a 600	3	4.41
De 601 a 1000	8	11.76
Más de 1000	3	4.41

Fuente: Encuesta directa.

De las familias encuestadas, 27 (39.69%) tenían un ingreso anual entre Q.1.00 y Q.400.00, y 17 de las mismas (24.99%) entre Q.400.00 y más de Q.1 000.00. De lo anterior se deduce que el porcentaje mayor de población tiene un ingreso anual per cápita de Q.66.60 de acuerdo al promedio de miembros familiares, lo que equivale a un ingreso mensual de Q. 5.50. Todo esto sin tomar en cuenta a 24 familias que indicaron no tener ningún ingreso y que vivían con lo que escasamente producían. Esto es una muestra de la precaria situación económica de la mayoría de los guatemaltecos, de San Carlos Sija, condición que puede inferirse a muchas otras poblaciones de la República.

## IX. DAÑOS

Se llevó a cabo una determinación de la morbilidad y mortalidad propias del municipio, así como la situación nutricional de los niños menores de 5 años y su relación con el medio ambiente.

### IX.1 Mortalidad

Mortalidad infantil. Se realizó una revisión de los registros de la Municipalidad, en lo que respecta al número de nacimientos y defunciones ocurridas durante el año de 1974, encontrándose registrados 297 nacidos vivos y 59 defunciones.

Cuadro 16

Tasas de mortalidad por grupos etarios en la población infantil del municipio de San Carlos Sija

Grupo etario	Casos	Tasa de mortalidad		
		Tasa		Habitante
Menores de 28 días	7	23.56	x	1 000
De 29 a 364 días	12	40.40	x	1 000
Menores de 1 año	19	63.94	x	1 000
De 1 a 4 años	19	38.30	x	1 000
De 5 a 14 años	2	0.96	x	1 000

Fuente: Registro Municipal de San Carlos Sija.

La mortalidad infantil es alta, y depende de entidades que afectan a los sistemas gastrointestinales y respiratorio, como se verá más adelante y cuya incidencia podría ser reducida, haciendo modificaciones en el medio ambiente y efectuando -

una medicina preventiva.

Principales causas de mortalidad neonatal (0 a 28 días).  
Se revisó el registro de defunciones municipal de la localidad, encontrándose 7 defunciones y las causas se clasificaron de acuerdo a formularios proporcionados por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, utilizando el Código Internacional de Causas de Muerte, así como fórmulas para determinar la mortalidad específica para cada enfermedad. La totalidad de los datos corresponde al año de 1974.

Cuadro 17

Principales causas de mortalidad neonatal y su tasa específica por 100 000 habitantes

Orden	Código	Enfermedad	Casos	%	Mortalidad específica
1	31	Bronquitis, enfisema y asma	4	57.14	94.56
2	29	Influenza	1	14.28	23.64
3	30	Neumonía	1	14.28	23.64
4	41	Lesiones al nacer, dis-tóxicos y otras afecciones anóxicas e hipóxicas perinatales	1	14.28	23.64

Fuente: Registro Municipal de San Carlos Sija.

El hecho que el 85.7% de la mortalidad esté representada por enfermedades del sistema respiratorio en el período neonatal, no es más que un índice de la ignorancia de la forma de transmisión de ciertas enfermedades, por ejemplo: T.B. y tos

ferina, por parte de la comunidad y la forma en que incide el medio ambiente en que se desenvuelve la misma. El porcentaje alcanzado por lesiones al nacer y afecciones anóxicas e hipóxicas (14.28%) no es más que una posible consecuencia de la inadecuada atención del parto, realizado en malas condiciones y por personal con deficiente preparación.

Principales causas de mortalidad post-neonatal. Se efectuó igual procedimiento que el caso anterior, encontrándose 10 fallecimientos, comprendidos entre los 29 y 364 días de edad, durante el año de 1974.

Cuadro 18

Principales causas de mortalidad post-neonatal y su tasa específica por 100 000 habitantes

Orden	Código	Enfermedad	Casos	%	Mortalidad específica
1	31	Bronquitis, enfisema y asma	6	60	141.84
2	16	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	2	20	47.28
3	02	Disenteria bacilar y amebiasis	1	10	23.64
4	43	Síntomas y estados morbosos mal definidos	1	10	23.64

Fuente: Registro Municipal de San Carlos Sija.

En este grupo nuevamente las enfermedades del sistema respiratorio alcanzan el más alto porcentaje (60%), siguiéndole las

enfermedades infecciosas y del sistema gastrointestinal (30%), las cuales podrían señalarse como secundarias a la desnutrición de la población y al medio ambiente.

Principales causas de mortalidad de 1 a 4 años. Se encontraron 19 defunciones, cuyas causas se hallaron distribuidas de la siguiente manera:

Cuadro 19

Principales causas de mortalidad de 1 a 4 años y su tasa específica por 100 000 habitantes

Orden	Código	Enfermedad	Casos	%	Mortalidad específica
1	16	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	7	36.84	165.48
2	31	Bronquitis, enfisema y asma	4	21.05	94.56
3	07	Tos ferina	3	15.78	70.92
4	02	Disentería bacilar y amebiasis	2	10.52	47.28
5	29	Influenza	1	5.26	23.64
6	44	Todas las demás enfermedades	1	5.26	23.64
7	43	Síntomas y estados morbosos mal definidos	1	5.26	23.64

Fuente: Registro Municipal de San Carlos Sija.

Es evidente que las enfermedades infecciosas y de los sistemas respiratorio y gastrointestinal, afectan en alto porcentaje a la población infantil (89.45%). El hecho de que aparezca como causa de mortalidad de 1 a 4 años y postneonatal, síntomas y estados morbosos mal definidos, revela el mal manejo de los datos y falta de capacidad de las personas encargadas del manejo de las estadísticas de este tipo.

Principales causas de mortalidad de 5 a 14 años. Se encontraron registrados durante el año 1974, 2 casos:

Cuadro 20

Principales causas de mortalidad de 5 a 14 años y su tasa específica por 100 000 habitantes

Orden	Código	Enfermedad	Casos	%	Mortalidad específica
1	16	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	2	100	47.28

Fuente: Registro Municipal de San Carlos Sija.

Son nuevamente en este grupo etario las enfermedades infecciosas y parasitarias la causa de la mortalidad infantil.

Mortalidad materna. Se efectuaron las mismas investigaciones anteriores, con respecto a las madres, durante el año de 1974, encontrándose los resultados que a continuación se exponen:

Mortalidad durante el embarazo: No se encontró ningún registro al respecto.

Mortalidad durante el parto: No se encontró ningún registro al respecto.

Mortalidad por abortos: No se encontró ningún registro al respecto.

Mortalidad durante el puerperio: No se encontró ningún reporte al respecto, en el libro de defunciones municipal.

Es claro que casos de mortalidad materna, en las circunstancias descritas anteriormente, sí existen en el municipio, pero debido a la falta de capacidad de la persona encargada de tal registro, no aparecen, al igual que por no ser denunciadas a la Municipalidad algunas de ellas. Debe señalarse también que en el libro de registro, muchas veces no se menciona adecuadamente la causa específica de defunción.

## IX.2 Morbilidad

Para determinar ésta, su tipo y tasas, se efectuó una revisión del registro del Puesto de Salud de San Carlos Sija, correspondiente al año 1974.

Morbilidad en menores de 1 año. Se registraron un total de 135 casos, los cuales se clasificaron y cuantificaron de acuerdo a normas establecidas y proporcionadas por la Facultad de Ciencias Médicas.

Cuadro 21

Morbilidad en menores de 1 año y su tasa específica por 100 000 habitantes

Orden	Código	Enfermedad	Casos	%	Morbilidad específica
1	03	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	51	37.7	1 205.67
2	29	Influenza	35	25.92	827.42
3	31	Bronquitis, enfisema y asma	14	10.37	330.96
4	16	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	10	7.40	236.40
4	44	Todas las demás enfermedades	10	7.40	236.40
5	08	Angina estreptocócica y escarlatina	6	4.44	141.84
6	37	Desnutrición proteico-calórica	5	3.70	118.20
7	02	Disenteria bacilar y amebiasis	2	1.48	47.28
7	21	Anemias	2	1.48	47.28

Fuente: Registro del Puesto de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La principal causa de morbilidad son las enteritis y otras enfermedades diarreicas, con 37.7% del total, seguida de la influenza, bronquitis, enfisema y asma, con 36.29%, y luego todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias con 7.40%. Es evidente que los primeros lugares están ocupados por entidades que afectan los sistemas gastrointestinal y respiratorio,

por ser éstos los más afectados en el huésped pudiendo existir una relación con las condiciones ambientales y nutricionales existentes en el municipio, todo lo cual está dado en última instancia por el estado socio-económico imperante. Es de hacer notar el que aparezca en el presente cuadro la desnutrición como enfermedad, ya que tanto el personal del Puesto de Salud, como en el nivel popular, no se consulta por esta patología.

Cuadro 22

Morbilidad en menores de 1 a 4 años y su tasa específica por 100 000 habitantes

Orden	Código	Enfermedad	Casos	%	Morbilidad específica
1	03	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	50	28.0	1 182.03
2	16	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	34	13.48	803.78
3	44	Todas las demás enfermedades	22	12.35	520.09
4	29	Influenza	16	8.98	378.25
5	31	Bronquitis, enfisema y asma	13	7.30	307.72
6	37	Desnutrición protéico calórica	11	6.17	260.04
6	46	Los demás accidentes	11	6.17	260.04
7	08	Angina estreptocócica y escarlatina	10	5.60	236.40
8	02	Disentería bacilar y amebiasis	9	5.00	212.76
9	21	Anemias	2	1.12	47.28

Fuente: Registro del Puesto de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Del presente cuadro podemos decir que, las entidades que afectan al sistema gastrointestinal han desplazado, junto con las parasitarias (41.48%), a las del sistema respiratorio (16.38%), debido a que durante esta época el niño se pone más en contacto y es influido gradualmente por el medio ambiente (piso de tierra, excretas a flor de tierra, etc.). Lo cual puede repercutir en una alta incidencia de enfermedades entéricas.

Cuadro 23

Morbilidad en niños de 5 a 14 años y su tasa específica por 100 000 habitantes

Orden	Código	Enfermedad	Casos	%	Morbilidad específica
1	16	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	44	25.0	1 040.18
2	29	Influenza	27	15.34	638.29
3	44	Todas las demás enfermedades	26	14.77	614.65
4	31	Bronquitis, enfisema y asma	23	13.00	543.73
5	46	Los demás accidentes	20	11.36	472.81
6	03	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	12	6.81	283.68
7	08	Angina estreptocócica y escarlatina	9	5.11	212.76
8	21	Anemias	7	3.97	165.48
9	37	Desnutrición protéico-calórica	4	2.27	94.56
9	02	Disentería bacilar y amebiasis	4	2.27	94.56

Fuente: Registro del Puesto de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Del presente cuadro podemos decir, que en comparación con el grupo etario anterior, las enfermedades infecciosas y parasitarias (25%), pasan a ocupar el primer lugar, mientras que la desnutrición ha disminuido, no porque la morbilidad de la misma disminuya, sino como se indicó anteriormente, se le toma como problema secundario anteponiendo a ella otras enfermedades, como motivo de consulta.

Morbilidad materna

Morbilidad obstétrica:

Cuadro 24

Morbilidad obstétrica y su tasa específica por 100 000 habitantes

Orden	Código	Enfermedad	Casos	%	Morbilidad específica
1	39	Otras complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio, sin mención de complicaciones	4	57.14	94.56
2	38	Aborto	3	42.85	70.92

Fuente: Registro del Puesto de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La morbilidad por aborto es baja (3 casos) aparentemente, esto es debido posiblemente a que muchas pacientes no consultan o son vistas por comadronas.

Cuadro 25

Otra morbilidad durante el embarazo y su tasa específica por 100 000 habitantes

Orden	Código	Enfermedad	Casos	%	Morbilidad específica
1	21	Anemias	11	36.66	260.04
2	44	Todas las demás enfermedades	8	26.66	189.12
3	32	Úlcera péptica	5	16.66	118.20
4	43	Síntomas y estados morbosos mal definidos	4	13.33	94.56
5	39	Otras complicaciones del embarazo, del parto y puerperio, sin mención de complicaciones	2	6.66	47.28

Fuente: Registro del Puesto de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Ocupa el primer lugar en el cuadro anterior, las anemias (36.6%) lo cual podría interpretarse como una consecuencia del inadecuado aporte nutricional de la población en general del municipio y del país, así como secundario a las necesidades aumentadas del embarazo. El hecho de que el 13.3% lo constituya los síntomas morbosos mal definidos, evidencia nuevamente la falta de capacidad de la persona encargada, de estos registros.

IX.3 Situación nutricional

Se tomaron para efectuar este estudio, los niños menores de 5 años que formaban parte de las familias seleccionadas para la muestra, durante el censo de abril de 1975, que dió

un total de 80 niños. Del total de la muestra, solo se pudo encuestar a 59 niños, lo que se tomó como 100%, debido a que no se localizó al resto de ellos por diversas causas.

Cuadro 26

Situación nutricional		
	No. Niños	%
<u>Cabello</u>		
Fácilmente desprendible	5	8.47
Cambio en: textura	18	30.00
Cambio en: color	18	30.00
Cambio en: textura y color	18	30.00
<u>Ojos</u>		
Conjuntivitis no purulenta	-	-
Manchas de Bitot	-	-
Queratomalacia	-	-
<u>Cuello</u>		
Bocio: grado I	-	-
Bocio: grado II	-	-
Bocio: grado III	-	-
<u>Conjuntivas</u>		
Pálidas	21	35.6
Dudosamente pálidas	5	8.4

	No. Niños	%
<u>Piel</u>		
Hiperqueratosis folicular	-	-
<u>Sistema celular subcutáneo</u>		
Edema bilateral de las piernas	-	-
Edema generalizado	-	-

Fuente: Encuesta directa.

Los signos más frecuentes de deficiencia nutricional fueron: cambios en el color y textura del cabello, 30%, conjuntivas pálidas, 35.6%. Evaluando estos resultados, podemos observar que los porcentajes están relativamente bajos. Comparando estos datos con los de morbilidad por desnutrición, son altos, pero éste es debido, como se indicó en su oportunidad, a que este motivo de consulta casi no se hace y es poco reconocido o conceptualizado como tal, por el personal de salud.

Encuesta clínico-nutricional y antropométrica. Fueron evaluados un total de 35 niños (100%), distribuidos entre menores de 1 año y pre-escolares, involucrando ambos sexos. Se efectuó una clasificación por peso, de acuerdo a tablas de nutrición de la División Materno-Infantil de la Dirección General de Servicios de Salud.

Pre-escolares (niños)

Con peso normal:	3	
Con desnutrición G-I:	3	
Con desnutrición G-II:	2	Total: 8 niños

Pre-escolares (niñas)

Con peso normal:	6	
Con desnutrición G-I:	12	
Con desnutrición G-II:	5	Total: 23 niñas

Menores de 1 año (niños)

Con peso normal:	0	
Con desnutrición G-I:	0	
Con desnutrición G-II:	1	Total: 1 niño

Menores de 1 año (niñas)

Con peso normal:	2	
Con desnutrición G-I:	1	
Con desnutrición G-II:	0	Total: 3 niñas

(Desnutrición según la clasificación de Gómez).

Del total de niños evaluados, el 31.4% de los mismos (11 niños), son los únicos que tienen un peso dentro de la normalidad (Rel. peso para edad), lo cual viene a mostrar la mala situación nutricional de la población infantil del municipio. Esto puede ser atribuido a la falta de conocimientos al respecto y más concretamente, a la situación socio-económica reinante en el municipio, si se tiene en cuenta el ingreso promedio per cápita personal de las familias investigadas, a las cuales corresponden los niños estudiados desde el punto de vista nutricional.

La diferencia tan marcada entre los sexos, en lo referente a la desnutrición (grados I y II), con un 57.14% para el sexo femenino y un 17.14% para el masculino, no es más que debido

a la relación cuantitativa de los mismos dentro de la muestra.

Desnutrición en embarazadas. Durante la encuesta se encontraron 5 mujeres embarazadas, no pudiéndose obtener datos sobre el peso y la talla de las mismas, ya que no se hicieron presentes al Puesto de Salud para la determinación de los mismos.

De los datos consignados en la ficha, solo se obtuvieron como datos positivos, los referentes a las conjuntivas, como sigue:

Conjuntivas pálidas: 5 (100%).

Aunque es un dato clínico aislado, puede darnos una idea de un alto porcentaje de pluricarencia, lo cual viene a demostrar lo significativo que puede ser el problema Materno-Infantil en nuestro medio y sobre todo, a nivel rural.

## X. PERCEPCION DEL PROBLEMA

### X.1 Por la comunidad

Se efectuó un análisis de la comunidad en cuanto a la percepción y conducta adoptada ante la problemática Materno-Infantil en la muestra seleccionada.

#### Atención del último parto:

Médico: 16.39% Comadrona: 80.32% Enfermera: 3.27

#### Tipo de atención deseada:

Médico: 46.8% Comadrona: 40.62% Enfermera: 12.5%

#### Lugar de atención deseado:

Hospital: 49.2% Casa: 43.0% Centro de Salud: 7.6%

La mayoría de las madres han sido atendidas por comadronas (80.32%), como ha sucedido siempre. Es significativo el hecho que el porcentaje más alto para el lugar de atención deseado, corresponda a hospital (49.2%), lo cual puede interpretarse como un mejor conocimiento al respecto, debido probablemente, a las costumbres de la mayor parte del grupo étnico de la población del municipio.

#### Existencia del control prenatal:

<u>SI</u>	<u>NO</u>
42.18%	57.8%

#### Lugar de control prenatal:

<u>Hospital</u>	<u>Centro de Salud</u>
25.9%	14.8%
<u>Casa</u>	<u>Médico</u>
29.6%	29.6%

#### Control efectuado por:

<u>Médico</u>	<u>Enfermera</u>	<u>Comadrona</u>
44.4%	18.5%	40.7%

#### Conveniencia del control prenatal:

<u>SI</u>	<u>NO</u>
92.3%	7.6%

#### Atención hospitalaria del parto:

<u>SI</u>	<u>NO</u>
90.7%	9.1%

A pesar de que el 92.3% creen en la conveniencia del control prenatal, solamente el 42.18% confirmaron haberlo efectuado, lo cual es un índice de la baja cobertura del programa, aunque en su mayoría es efectuado por personal capacitado (70.2%) (hospital, médico y Centro de Salud).

Atención primaria para el niño. Se interrogó a las madres respecto al tipo de atención que desearían para sus hijos, en caso de enfermedad, y a continuación se presentan en el orden de prioridad deseado.

- 1o. Remedios caseros
- 2o. Médico particular
- 3o. Farmacia
- 4o. Puesto de Salud
- 5o. Al brujo

La atención primaria del niño se efectúa mediante los remedios caseros, lo cual es producto de creencias y costumbres arraigadas. Se recurre en segundo término, al médico particular; y, seguidamente, a la farmacia, al fallar la primera opción. Llama la atención, el hecho que se recurra en última instancia al brujo, lo cual es explicable debido a la mayoría de población ladina del municipio, que acepta más fácilmente cambios en ese sentido, que la población indígena.

Vacunación en niños menores de 5 años. Se investigó un total de 39 niños, de los cuales 33 (84.6%) sí habían recibido vacunas, mientras que solo 6 (15.38%) no las habían recibido. Estos datos contrastan con los alcanzados durante la Campaña Nacional de Vacunación, los cuales fueron bajos. Lo que es explicable en parte, por los comentarios vertidos por la prensa del país en esos días, al indicar que las vacunas conducían a la esterilidad.

Control del crecimiento y desarrollo del niño sano. Se investigó al número de familias que llevaban a los niños a dichos controles, estableciéndose que solo 2 familias (5.4%) los llevaban y el resto (94.5%) no lo hacían, pues la mayoría no comprende el objeto de llevar al médico a un niño, si éste no está

padeciendo alguna enfermedad. Esto demuestra el desconocimiento sobre ciertos aspectos de salud durante el crecimiento del niño, a la vez, la ineficacia del programa de salud establecido, el cual se desarrolla más en un plan curativo, que preventivo.

Morbilidad Materno-Infantil. Se investigó los tipos de morbilidad en la comunidad, según la creencia de la misma, y se le clasificó de acuerdo a conceptos de la misma.

Cuadro 27

Morbilidad Materno-Infantil

Materna			Infantil		
Enfermedad	Orden	%	Enfermedad	Orden	%
Catarro	1o.	27.02	Catarro	1o.	34.33
Dolor de cabeza	2o.	23.28	Lombrices	2o.	25.22
Gripe	3o.	20.54	Dolor de estómago	3o.	18.91
Tos	4o.	16.43	Tos	4o.	17.11
Dolor de estómago	5o.	13.69	Asientos	5o.	9.00

Fuente: Encuesta directa.

De acuerdo a la percepción de la comunidad, la morbilidad materna está caracterizada por cuadros de catarro y dolor de cabeza 50.3% de la morbilidad total, mientras la infantil corresponde en un 59.5% a catarro y lombrices, o sea, enfermedades del sistema gastrointestinal y respiratorio, lo cual ya se había evidenciado en las estadísticas de morbilidad anteriores.

Mortalidad Materno-Infantil. Se efectuó igual procedimiento que para la morbilidad, para determinar la percepción

de la comunidad de las causas más frecuentes de mortalidad según su concepto.

Cuadro 28

Mortalidad Materno-Infantil

Materna			Infantil		
Enfermedad	Orden	%	Enfermedad	Orden	%
No saben	1o.	24.52	Sarampión	1o.	38.09
Gripe, tos y pulmonía	2o.	23.52	Lombrices	2o.	32.14
"Fiebre y estómago"	3o.	17.64	Tos ferina y Bronquitis	3o.	21.42
Cáncer	4o.	15.68	Asientos	4o.	4.76
Tumores	5o.	11.76	Desnutrición	5o.	3.57
Dolor de cabeza	6o.	7.84			

Fuente: Encuesta directa.

El más alto porcentaje 24.52% no supieron señalar un tipo de enfermedad como causa de mortalidad en las madres. Se señaló a la gripe, tos y pulmonía 23.52% y la "fiebre y estómago" 17.64% como causas de mortalidad materna, involucrándose en ellos a los sistemas respiratorio y gastrointestinal, siendo éstos influenciados por el medio ambiente. Es de hacer resaltar el porcentaje de 15.68% correspondiente al cáncer, lo cual puede ser atribuido a una mayor información recibida respecto a este tipo de enfermedad. En lo referente a la mortalidad infantil, el 91.65% correspondió a enfermedades de los sistemas respiratorio y gastrointestinal. El alto porcentaje alcanzado por el sarampión, 38.09%, puede explicarse por los brotes del mismo, registrados en el Departamento días antes de realizarse la encuesta.

X.2 Por el personal local de salud

Se pasó al personal de enfermería local, igual cuestionario que a las familias de la muestra. Existiendo 3 enfermeras auxiliares que se desempeñan, respectivamente en: Puesto de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Centro Local No. 14 del Programa Nacional del Desarrollo de la Comunidad y Clínica Parroquial.

El control de su último parto refirieron haber sido atendido por médico y en el hospital (66%), centro de salud (33%).

Consideran conveniente el control prenatal efectuado por médico, ya sea particular o en el hospital, pues permite una adecuada evolución del embarazo y previene complicaciones.

Consideran que la atención primaria de un niño enfermo debe ser efectuada por un médico particular (66%) o en centro de salud (33%), por ser las personas más capacitadas para el efecto.

Consideran útil la vacunación de los niños, por ser una medida profiláctica que, previene las enfermedades y porque "en nuestro medio es más fácil prevenir, que curar las enfermedades" (33%).

Con respecto al control del niño sano y de crecimiento y desarrollo, los consideran necesarios, pues permiten evaluar el desarrollo correcto de los niños, previniendo enfermedades.

Consideran que la morbilidad en las madres está dada por la mala alimentación e higiene (desnutrición, anemia, mastitis) (66%) y por enfermedades del sistema respiratorio y gastrointestinales (66%), mientras que en los niños la misma está dada por

enfermedad del sistema respiratorio y gastrointestinal, así como por la desnutrición (100%).

Con respecto a la mortalidad en adultos, señalan como causas más frecuentes a las enfermedades del sistema gastrointestinal y al cáncer (66%) y enfermedades del sistema circulatorio (33%), mientras que son causas de mortalidad infantil, las enfermedades gastrointestinales, desnutrición y respiratorias (100%).

### DIFERENCIAS EN LA PERCEPCION DEL PROBLEMA ENTRE LA COMUNIDAD Y EL PERSONAL DE SALUD

#### Atención del último parto:

Comunidad	Comadrona:	80.32%
Personal de salud	Médico:	66 %

#### Atención deseada:

Comunidad	Médico:	40.8 %
	Comadrona:	40.6 %
Personal de Salud	Médico:	100 %

#### Existencia de control prenatal:

Comunidad	Sí:	42.18%
Personal de Salud	Sí:	100 %

#### Lugar de control:

Comunidad	Médico:	29.6 %
	Casa:	29.6 %
Personal de Salud	Médico u hospital	100 %

#### Atención primaria del niño:

Comunidad	1o.	Remedios caseros
-----------	-----	------------------

Personal de salud	1o.	Médico	
<u>Control niño sano:</u>			
Comunidad	Sí:	2	%
Personal de salud	Sí:	100	%

#### Morbilidad materna:

Comunidad	Enfermedades respiratorias
Personal de salud	Desnutrición, anemias

#### Morbilidad infantil:

Comunidad	Enfermedades respiratorias y gastrointestinales
Personal de salud	Enfermedades respiratorias, gastrointestinales y desnutrición

#### Mortalidad materna:

Comunidad	No saben:	24.5 %
	Enfermedades respiratorias:	23.5 %
	Enfermedades gastrointestinales:	17.64%
Personal de salud	Enfermedades gastrointestinales y cáncer:	66 %

#### Mortalidad Infantil:

Comunidad	Enfermedades respiratorias y gastrointestinales:	91 %
Personal de salud	Enfermedades gastrointestinales y desnutrición	100 %

## XI. INTERPRETACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En el desarrollo del presente trabajo, hemos venido presentando datos que nos han proporcionado la siguiente información: La comunidad estudiada está constituida en un alto porcentaje por población ladina en la cual menos de la mitad (40 %) saben leer y escribir, asiste a la escuela solo el 38% de los niños en edad escolar. La alimentación está constituida básicamente por granos, siendo deficiente calóricamente. En cuanto a los medios de producción, la explotación de la tierra está constituida por el minifundio y monocultivismo, con una producción de consumo y subsistencia, mediante una fuerza de trabajo constituida por mano de obra familiar y con ingresos per cápita anuales paupérrimos.

Las condiciones enumeradas pueden sumarse a las condiciones del medio ambiente representado por una vivienda con piso de tierra, techo de teja, paredes de adobe, una cocina, con dos cuartos, alumbrado eléctrico, con una disposición de excretas en fosa séptica o a flor de tierra, agua con tubería intradomiciliaria y una disposición de la basura en el patio o terreno; todo lo cual viene a condicionar una situación de hacinamiento, promiscuidad y deficiente higiene, lo cual favorece el aumento de la morbilidad y mortalidad, que afectan de manera acentuada al grupo más vulnerable dentro de la población como lo es el Materno-Infantil y debida a agentes parasitarios, infecciosos y a problemas nutricionales. Esta situación es observable en el área urbana, que cuenta con mayores recursos, de lo cual podemos inferir que en el área rural, la situación es peor. Con lo anterior, queda demostrada nuestra primera hipótesis que hace referencia a que los daños que sufre la población (de origen nutricional e infeccioso) pueden ser prevenibles mediante acciones concretas contra las causas de los mismos.

Se cumple igualmente nuestra segunda hipótesis, referente a que la percepción y conciencia del problema Materno-Infantil, varía entre la comunidad y el personal de salud, como se desprende de las diferencias de conocimientos existentes entre ambos y descritos anteriormente.

Es importante señalar que todo lo anteriormente expuesto, tiene como causa determinante la situación socio-económica de la comunidad, todo lo cual no podrá ser corregido de manera adecuada, mientras no se efectúe un cambio en la situación social y económica existente en el país, pues de lo contrario, las acciones que se tomen solo serán medidas paliativas para un problema de urgente solución.

## XII. CONCLUSIONES

- A. La mortalidad Infantil (menores de 15 años), constituye el 67.79% de la mortalidad general del municipio.
- B. Dentro de la población Infantil, el grupo etario con el índice más alto de mortalidad, lo constituye el de los menores de un año, siendo las principales causas de la misma, las enfermedades del sistema respiratorio, del gastrointestinal e infecciosas.
- C. La morbilidad infantil es una consecuencia del medio ambiente y la situación socio-económica del municipio.
- D. Dentro de la desnutrición Infantil, es más frecuente el grado I y está elevada dentro de la población infantil total.
- E. Son causas de morbilidad del municipio, las precarias condiciones de la vivienda, las cuales condicionan un ambiente de hacinamiento y deficiente higiene.
- F. La alimentación familiar es insuficiente en cantidad y calidad, basada en el consumo de granos básicos. La alimentación suplementaria se efectúa también deficientemente, por la falta de conocimientos respecto del aumento de requerimientos, y por falta de recursos.
- G. Se confirma la hipótesis, que la percepción del problema Materno-Infantil varía en forma significativa entre el personal de salud y la comunidad, así como las posibles soluciones para el mismo.

- H. El ingreso per cápita anual es de aproximadamente Q. 66.60, cantidad insuficiente para satisfacer las necesidades mínimas, y es factor determinante en la situación de salud del grupo Materno-Infantil.

### XIII. RECOMENDACIONES

- A. Incrementar programas de salud, coordinados entre la Municipalidad, Puesto de Salud, y Jefatura de Area, que tengan como objetivos: mejorar las condiciones del medio y llevar a cabo así una medicina preventiva.
- B. Promover programas de desarrollo agrícola, con el fin de aumentar la producción, mediante el empleo de modernas técnicas de cultivo.
- C. Realizar programas sanitarios, con una "visión" más preventiva, que curativa.
- D. Aumentar las metas y coberturas de los programas de salud en el área rural, para de esta manera, disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad tan elevadas en la misma.
- E. Tratar que una persona entrenada o el médico EPS, sea quien asiente o determine el asentamiento de las defunciones, para contar así con datos más confiables.
- F. Proporcionar o tratar de que se proporcione al Puesto de Salud, las medicinas y material necesarios para una mejor atención de los beneficiarios; y a la vez, que se impulsen programas preventivos de adecuada eficacia.
- G. Promover la integración de los programas del Ejercicio Profesional Supervisado, de las diferentes facultades de la Universidad de San Carlos, para lograr una mejor resolución de los problemas municipales del área rural.

- H. Proyectar y llevar a la realización trabajos de investigación con el conocimiento adecuado del medio al que se pretende investigar, para la obtención de beneficio efectivo.

## BIBLIOGRAFIA

- González, Br. Fredy, Diagnóstico de la situación de salud del Municipio de San Carlos Sija. Informe final EPS, 1974.
- Unidad de Planificación y Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Población calculada años 1972-1980, Departamento de Quezaltenango.
- Registro de nacimientos, año de 1974. Municipalidad de San Carlos Sija, Quezaltenango.
- Registro de defunciones, año de 1974. Municipalidad de San Carlos Sija, Quezaltenango.
- Registro de consulta externa y emergencias, año de 1974. Puesto de Salud de San Carlos Sija, Quezaltenango.
- De León, Oscar y Chichilla, Raúl Dres. Análisis del programa Materno-Infantil. 1a. Edición del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, año de 1973.
- Zavala, Silvio. Contribución a la historia de las instituciones coloniales de Guatemala. Editorial Universitaria. Universidad de San Carlos de Guatemala.

Br. José Guillermo Alvarado Castillo

Dr. Cesar Vásquez  
Asesor

Dr. Clementino Castillo  
Revisor

Dr. Julio de León Méndez  
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas  
Secretario General

o. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto Gómez  
Decano