



MANUEL ALFREDO BARRIENTOS MARTINEZ

GUATEMALA, AGOSTO DE 1976

PLAN DE TESIS

- I. Introducción
- II. Justificación
- III. Descripción del Area de Trabajo
 - a) Localización
 - b) Antecedentes
 - c) Costumbres
 - d) La Familia
 - e) Religión
 - f) Liderazgo
 - g) Vías de Comunicación
 - h) Aspectos Sociales
 - i) Servicios Asistenciales
 - j) Organizaciones Existentes
- IV. Objetivos
- V. Hipótesis
- VI. Material y Métodos
- VII. Resultados
 1. Población
 2. Encuesta Socio-Económica
 - 2a. Medios de Producción
 - 2b. Fuerza de Trabajo
 - 2c. Otras Actividades Desarrolladas por la Familia
 - 2d. Producción Agrícola
 - 2e. Producción y Consumo Pecuario
 - 2f. Ingreso Familiar
 3. Encuesta Clínico Nutricional
 4. Hábitos y Creencias sobre Alimentos
 5. Morbimortalidad
 6. Percepción de la Situación Materno Infantil por la Comunidad
 7. Percepción de la Situación Materno Infantil por

el Personal Local de Salud

VIII. Análisis y Discusión

IX. Conclusiones

X. Recomendaciones

XI. Bibliografía

INTRODUCCION

Guatemala es un país de contradicciones, algunos tienen lujos, comodidades y riquezas; pero el índice de analfabetismo es grande en las masas populares. Nos damos el lujo de exportar carnes finas y muchos guatemaltecos campesinos se están muriendo de hambre. Así se podrían mencionar miles de contradicciones.

Ante la problemática que vive el país, existen dos alternativas: una es dejar hacer dejar pasar; dedicarnos a lo nuestro y que los demás salgan de sus problemas. La segunda es cambiar las condicionantes y determinantes de este sistema de contradicciones.

Creo que es deber inherente al guatemalteco, conocer a fondo la problemática de su país.

Es ilógico pensar que la situación de Guatemala se va arreglar de un día para otro, o que la modificará una sola persona o grupo de personas, ideologías o sectas.

Es un problema muy complejo, por su hondas raíces históricas, culturales, sociales, políticas, económicas, religiosas, psicológicas, etc.

Si en el campo que nos ha tocado desenvolvernos, tratamos de hacer algo para remediar esta situación, aunque sea en forma paulatina, redundará en un futuro, en el bien de la muy noble Guatemala.

La medicina tiende hoy día a ser preventiva más que curativa.

Para poder prevenir es necesario planificar, y para eso es imprescindible tener bases, estudios, estadística, etc.

Uno de los problemas más importantes en lo que a la salud se refiere, es la situación de la población Materno Infantil.

No hay estudios sobre este grupo, en muchos lugares - de la república; por eso se pensó en el diagnóstico de la situación Materno Infantil, y se escogió una comunidad donde se encuentra con mucha pureza el sentir del pueblo, - que sin ser indígena es una comunidad bastante representativa de Guatemala.

Este trabajo deja algunas lagunas, no es completo pero al menos inicia una serie; que con el futuro pueden ayudar a la precaria situación del grupo Materno Infantil estudiado.

Fue realizado a través del programa "Ejercicio Profesional Supervisado"; EPS. de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Espero que la persona que lo lea, se interese un poco en la situación nacional de la cual este trabajo no es más que un pequeño muestreo.

No me resta más que agradecer a todos y cada una de las personas que en una u otra forma me ayudaron a efectuar este trabajo y el cual sin su valiosa colaboración no se hubiera podido hacer, mis agradecimientos sinceros.

II. JUSTIFICACION

La Universidad de San Carlos de Guatemala y específicamente la Facultad de Ciencias Médicas, concientes de T papel histórico que les toca desempeñar exige al estudian - te de medicina del último año la práctica rural obligatoria, llamada Ejercicio Profesional Supervísado (EPS); en el cual además de los servicios médico asistencial que se presta a la comunidad, se elabora un trabajo de investigación con diferentes puntos de vista para cada practicante; pero con un mismo fin que es el bienestar comunal y formar el marco conceptual Salud-Enfermedad del guatemalteco.

Después de convivir medio año con los moradores de SRPC y efectuar el trabajo exigido por la facultad, he considerado que es digno de convertirlo en tesis de graduación, ya que es el fruto de vivencias en el medio guatemalteco y no resultado de fríos e impersonales estudios estadísticos - hospitalarios de temas sofisticados.

III. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

a) LOCALIZACION

San Rafael Pie de la Cuesta (SRPC) es un Municipio del Departamento de San Marcos, que dista de la cabecera departamental 27 kilómetros, con una extensión territorial de 70 kilómetros cuadrados. Su altura sobre el nivel del mar es de 1,039 metros. Limitado por el norte con el Municipio de San Pablo, con el sur el Municipio de El Tumbador, con el oriente colinda el Municipio de Esquipulas Palo Gordo, y al poniente con el Municipio de San José El Rodeo.

b) ANTECEDENTES

Por los años de 1,800 los habitantes del paraje denominado "Pie de la Cuesta" iniciaron gestiones ante el gobierno de aquel tiempo, para que se convirtiera en Municipio ese lugar; fue durante la presidencia del general Mariano Paredes, en vista del expediente instruido por el Señor Corregidor de San Marcos, de conformidad con lo pedido, el Ministerio Fiscal, autorizó la creación del Municipio el 4 de enero de 1850 con el nombre de San Rafael Pie de la Cuesta. Rafael es una palabra de origen hebreo que significa "Medicina de Dios".

Con el tiempo la configuración política de San Rafael ha variado, actualmente está constituido por seis aldeas:

Cuatro caseríos: El Nance, La Soledad, El Sosiego, La Sonora. En el Municipio hay veinticinco fincas rústicas, todas productoras de café de primera calidad; entre las más importantes están: Armenia, Lorena, Panorama, La Ceiba, Piamonte, etc.

c) COSTUMBRES

La feria titular se celebra los días comprendidos del 21 al 26 de octubre de cada año en honor a su Santo Patrono San Rafael Arcángel. Los días de plaza son los días lunes y domingo de cada semana durante los cuales los moradores de las fincas y circunvecinos bajan a efectuar sus transacciones comerciales al pueblo.

d) LA FAMILIA

El sistema familiar es matriarcal. La familia del campo se dedica por entero a la agricultura, durante la época de la cosecha todos los hijos ayudan a tapiscar (recolección de frutos). El estado civil de las familias varía, las personas que viven en el área urbana son en su mayoría casadas por lo civil y religioso, las personas del área rural mantienen una unión de hecho en su mayoría.

e) RELIGION

La prominente es la católica, apostólica y romana, aunque existen iglesias de culto evangélico no habiendo discriminación religiosa.

Existen cofradías con ritos religiosos como la hechura y velación de la cera, repartición a los miembros de la comunidad del tradicional pan batido de maíz en las celebraciones del patrono San Rafael Arcángel, fiesta de la Concepción. En el pueblo salen procesiones el día de la Concepción, el día de San Rafael, el domingo de ramos, jueves y viernes santos; se acostumbra efectuar un viacrucis en el pueblo los viernes de cuaresma.

f) LIDERAZGO

La principal figura del pueblo la constituye el Alcalde Municipal, el cual es elegido cada dos años en comicios populares, democráticos y libres, es asimismo el juez de Paz de la comunidad lo cual hace realzar aún más su figura de líder. Le sigue en su orden el cura del pueblo, el cual ayuda a las personas con alimentos los cuales a su vez los recibe de diferentes organizaciones. En el grupo evangélico es el Pastor el que asume esta responsabilidad.

El médico es muy importante en el renglón salud, lamentablemente en el pueblo no hay médico fijo, solo el médico EPS, el cual al estar sólo seis meses en la comunidad no logra ejercer un liderazgo perdurable.

g) VIAS DE COMUNICACION

La antigua carretera Panamericana que viene de México y llega a San Marcos, atraviesa la población de San Rafael, es de terracería. Las vías de comunicación con las fincas son caminos hechizos en los cuales únicamente tran-

sitan vehículos tipo jeep en algunos lugares como Sonora y Peña Flor, etc. no entra vehículo y el medio de comunicación es a pie o en bestias.

Existe un campo de aterrizaje el cual es privado, únicamente es usado por los finqueros para sus avionetas.

En el pueblo hay una oficina de Correos y Telégrafos - la cual está atendida por un telegrafista y un mensajero, - cuando hay mala línea los telegramas tardan hasta tres días.

h) ASPECTOS SOCIALES

El pueblo en general, está bastante influenciado por el imperialismo Mexicano de ahí que muchas costumbres sociales, como culturales son una amalgama de lo guatemalteco y mexicano.

El pueblo en sí debe su existencia a las grandes fincas cafetaleras que lo rodean y de las cuales mana la mayoría de fuentes de trabajo.

A groso modo pueden definirse tres estratos sociales: la clase pudiente la constituyen los finqueros, la clase media en la cual entra el mestizo, generalmente del área urbana - el cual se dedica a diversos oficios como maestro, transportista, etc. y la clase baja que es el grueso de la población y la forman los indígenas en su mayoría inmigrantes y colonos de la ciudad.

i) SERVICIOS ASISTENCIALES

Existe un puesto de salud de reciente construcción con personal formado por un técnico en salud rural, una enfermera adiestrada, un médico EPS. Se cubre únicamente Consulta Externa, no hay servicio domiciliario en el área rural, por carecer de vehículo.

Funciona una unida del IGSS, en la cual se atiende en emergencias y pequeñas cirugías, únicamente cuenta con una enfermera.

Funciona una Sub-Estación de la Policía Nacional con tres agentes del orden.

j) ORGANIZACIONES EXISTENTES

Existe un Comité Pro-Mejoramiento de San Rafael Pie de la Cuesta, el cual está formado por respetables vecinos del lugar, principió a funcionar en el año de 1975, y su objetivo inicial era ayudar al puesto de salud.

Patronato de Padres de Familia cuyo principal objetivo es ayudar en el renglón educativo. Se formó un comité especial para gestionar la creación de un Instituto de Educación Básica.

OBJETIVOS

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

HIPOTESIS

1. 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, nutricional, teniendo estos - como causa determinante la situación socio-económica de las personas.
2. Que la percepción y la conciencia que se tiene del problema Materno Infantil varía significativamente entre la comunidad y el puesto de Salud local, así como el enfoque de las posibles soluciones.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

- A. Las familias que integran la población total del municipio.
- B. Libros del Registro Civil de la Alcaldía.
- C. Archivo del Puesto de Salud.
- D. Una muestra representativa de las familias urbanas de la Cabecera Municipal.
- E. Estudio del ambiente físico y viviendas de las familias.
- F. Mapa de la Dirección General de Estadística, del Municipio.
- G. Personal del Puesto de Salud.

METODO:

Se reunió a todos los Alcaldes Auxiliares del Municipio, a todos los maestros, al personal del puesto de Salud, explicándoles el motivo de la encuesta a realizarse y se solicitó su colaboración; posteriormente se procedió a preparar a los empadronadores.

La encuesta se realizó en las fechas previstas por el protocolo.

Se hizo un estudio estadístico de los archivos del Puesto de Salud, para determinar la Morbilidad durante el año de 1974.

Se hizo un estudio estadístico de las funciones en el Registro Civil Municipal para determinar las causas de las mismas en el año de 1974.

Por el método indicado en el Protocolo (Muestra al azar de la población) se sacó una muestra representativa de las familias de la cabecera Municipal, para estudiar la situación nutricional y sus relaciones con la situación socio-económica de la población.

Para la tabulación de datos; se buscaron los indicadores específicos; tales como el porcentaje, el promedio y las tasas.

GRUPO MULTIFUNDO I.R.W.T.H.

En este grupo incluimos a los niños de 3 a 14 años de edad y a las mujeres de 15 a 44 años y son 4,167 en total, lo que corresponde al 67.74% (se aproxima a 68%) de la población total.

VII.- RESULTADOS:

I.- POBLACION:

Para tener una visión global de como está constituida la población de este municipio, se tomaron los datos de la población CALCULADA y se calculó la estructura por sexo y edad de la siguiente manera: número determinado de edad de cada sexo (cantidad de personas) por cien, dividido por el total de la población del respectivo sexo, ejemplo:

SEXO FEMENINO:

Grupo de personas de 85 años y más = a 11 personas.

$$\frac{11}{4346} \times 100 = 0.25 \text{ que se aproxima a } 0.3.$$

Las irregularidades en la pirámide pueden ser originadas por la mala declaración de edad en las personas de sexo femenino, se hace la aclaración que los datos no han sufrido ningún ajuste ni suavizamiento.

Con los datos anteriores se efectuó la siguiente gráfica, en la cual se puso en las ordenadas, los grupos de edad y en las abscisas los tantos por cientos.

(Ver pirámide de población)

CUADRO DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA ENCUESTA EFECTUADA EN SAN RAFAEL PIE DE LA CUESTA, 1975.

CUADRO No. 1

Población Urbana....	1,415	Número de familias..	504
Población Rural.....	5,182	Número de familias..	986
	<u>6,597</u>		<u>1,490</u>

CUADRO No. 2

POBLACION POR GRUPO ETARIO:

GRUPO ETNICO:

Ladinos.....	4,300		63%
Indígenas.....	2,542		37%
	<u>6,842</u>		<u>100%</u>

CUADRO No. 3

ESCOLARIDAD:

Alfabetos.....	2,856		51%
Analfabetos.....	2,733		49%
	<u>5,589</u>		<u>100%</u>

De 7 a 14 años que asisten a la escuela	884	64%
De 7 a 14 años que no asisten a la escuela	484	36%
	<u>1,368</u>	<u>100%</u>

TASA DE FECUNDIDAD:

286.4 por 1,000 habitantes.

TASA DE NATALIDAD:

49.4 por 1,000 habitantes.

CRECIMIENTO VEGETATIVO:

17.1 por 1,000 habitantes.

POBLACION RURAL

La población rural de San Rafael está constituida por 5,182 habitantes que componen 986 familias, lo cual nos da un promedio de seis personas por familia.

El 54% de la población son ladinos y el 64% son indígenas. Respecto a la escolaridad el 46% son alfabetas y el 54% son analfabetas. Encontramos también que del grupo de 7 a 14 años de edad un 75% asiste a la escuela y un 25% no asiste.

POBLACION URBANA

Está formada por 1,415 habitantes dividida en 504 familias, lo cual nos da un promedio de seis personas por familia.

Desde el punto de vista étnico un 94% son ladinos y un 6% indígena.

Con respecto a la escolaridad encontramos un 67% de alfabetos y un 33% de analfabetos; en el grupo de 7 a 14 años de edad un 76% asiste a la escuela y 24% no asiste.

GRUPO MATERNO INFANTIL:

En este grupo incluimos a los niños de 0 a 14 años de edad y a las mujeres de 14 a 44 años y son 4,449 en

total, lo que corresponde al 67.74% (se aproxima a 68%) de la población total.

POBLACION

CUADRO No. 4

POBLACION CALCULADA POR SEXO Y GRUPO DE EDAD DEL MUNICIPIO DE SAN RAFAEL PIE DE LA CUESTA, PARA EL AÑO DE 1,975 (Fuente: Dirección General de Estadística)

SEXO MASCULINO

De 0 a 4 años	=	759	=	16.00 %
De 5 a 9 años	=	683	=	14.39 %
De 10 a 14 años	=	635	=	13.38 %
De 15 a 19 años	=	543	=	11.44 %
De 20 a 24 años	=	392	=	8.26 %
De 25 a 29 años	=	302	=	6.36 %
De 30 a 34 años	=	265	=	5.58 %
De 35 a 39 años	=	245	=	5.16 %
De 40 a 44 años	=	212	=	4.47 %
De 45 a 49 años	=	205	=	4.32 %
De 50 a 54 años	=	147	=	3.10 %
De 55 a 59 años	=	111	=	2.34 %
De 60 a 64 años	=	81	=	1.70 %
De 65 a 69 años	=	64	=	1.35 %
De 70 a 74 años	=	47	=	0.99 %
De 75 a 79 años	=	22	=	0.46 %
De 80 a 84 años	=	16	=	0.34 %
De 85 a + años	=	17	=	0.36 %
		<u>4,746</u>		<u>100.00 %</u>

SEXO FEMENINO

De 0 a 4 años	=	781	=	17.89 %
De 5 a 9 años	=	654	=	14.98 %
De 10 a 14 años	=	641	=	14.68 %
De 15 a 19 años	=	433	=	9.92 %
De 20 a 24 años	=	343	=	7.86 %
De 25 a 29 años	=	273	=	6.25 %
De 30 a 34 años	=	216	=	4.95 %
De 35 a 39 años	=	289	=	6.62 %
De 40 a 44 años	=	180	=	4.12 %
De 45 a 49 años	=	155	=	3.55 %
De 50 a 54 años	=	100	=	2.29 %
De 55 a 59 años	=	104	=	2.38 %
De 60 a 64 años	=	86	=	1.97 %
De 65 a 69 años	=	34	=	0.78 %
De 70 a 74 años	=	33	=	0.76 %
De 75 a 79 años	=	25	=	0.57 %
De 80 a 84 años	=	8	=	0.18 %
De 85 a + años	=	11	=	0.25 %
		<u>4,366</u>		<u>100.00 %</u>

CUADRO No. 5

POBLACION DE SRPC POR GRUPO ETARIO
SEGUN ENCUESTA LEVANTADA EN EL AÑO 1975.

<u>EDAD</u>	<u>No.</u>	<u>Porcentaje</u>
Menores de 1 año	282	4.28
De 1 a 2 años	284	4.31
De 2 a 3 años	260	3.95
De 3 a 4 años	268	4.00
De 4 a 5 años	364	5.53
De 5 a 14 años	1,717	26.04
De 15 a 44 años	2,649	40.16
De 45 y más años	773	11.73
O T A L	<u>6,597</u>	<u>100</u>

Encuesta sobre la Vivienda, Realizada en SRPC año 1974

A continuación, sintetizaremos, los datos obtenidos en la encuesta sobre la vivienda; poniendo la que alcanzó el mayor porcentaje.

De tierra = 66.45%

De cemento = 29.5%

TECHO:

Lámina de Zinc = 93.39%

Lámina de asbesto = 2.90%

PAREDES:

Tabla = 90.09%

Palma, paja o manaca = 3.38%

INSTALACIONES:

1 cuarto = 42.15%

2 cuartos = 17.60%

ALUMBRADO:

Gas = 70.55%

Eléctrico = 22.58%

AGUA:

Tubería intradomiciliaria = 27.65%

Riachuelo = 24.31%

DESTINO DE LAS BASURAS:

Basurero = 65.01%

Patio = 20.53%

EXCRETAS:

A flor de tierra = 42.35%

Letrina Insanitaria = 22.42%

ENCUESTA SOCIOECONOMICA:

2a. MEDIOS DE PRODUCCION:

Los siguientes datos son de la encuesta económica realizada en el año 1975.

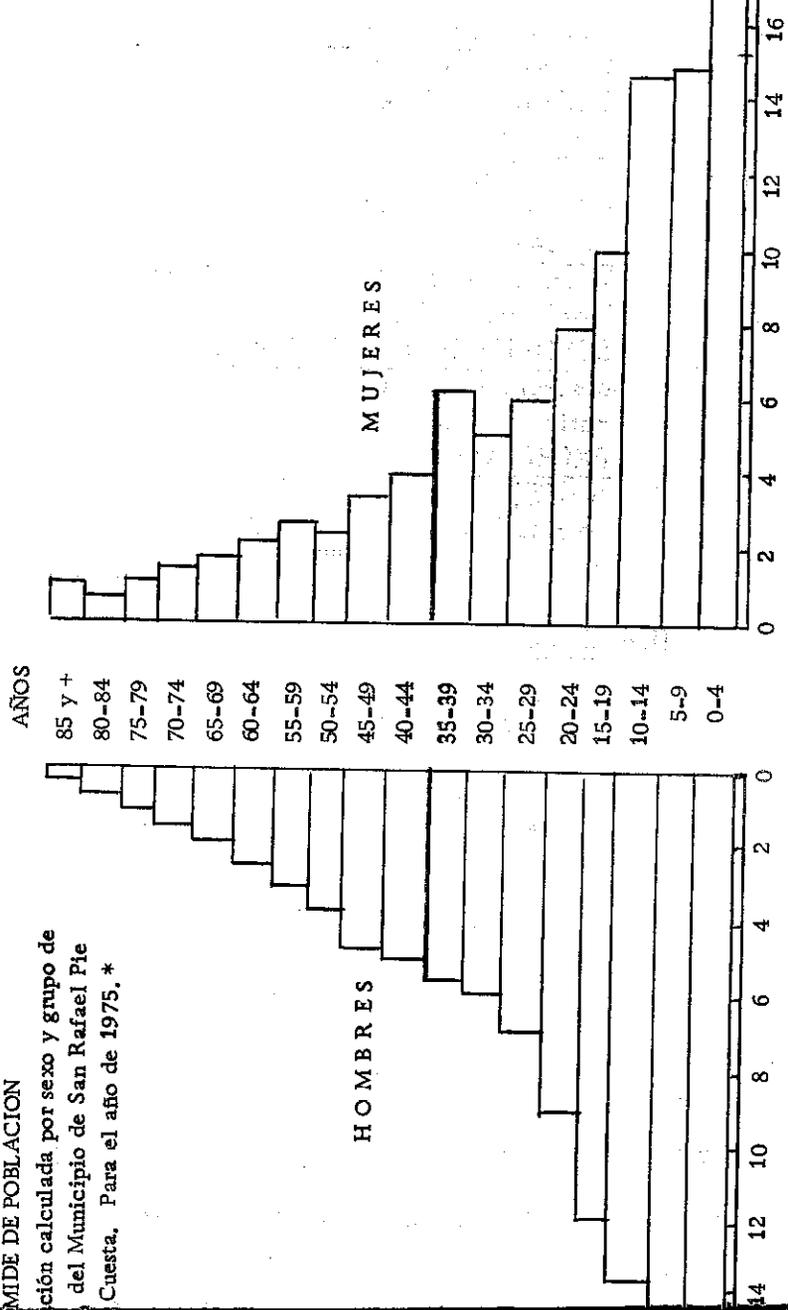
La tenencia de tierra en San Rafael presenta las siguientes características: poseen tierra para sembrar un 14% y un 85% no las tienen. Del 14% que las tienen se pueden dividir: de su propiedad 3%, arrendadas 0.60%, en posesión 1.20%; "A medias" y en "Usufructo" nadie las posee.

Esas tierras las trabaja un 4.80%.

Nadie da sus tierras "Arrendadas o a medias".

FIG. No. 1.
MEDIO DE POBLACION

calculada por sexo y grupo de edad del Municipio de San Rafael Pinar del Rio. Cuesta, Para el año de 1975. *



Las principales herramientas para trabajar son: el machete, azadón, piocha, lima. Esas herramientas son propiedad de un 4.80%.

El esquema nacional de la mala distribución de la tierra, se refleja en dato de un 86% de agricultores - sin tierra. Es indudable que este desequilibrio incide - directamente en la producción agrícola de San Rafael, puesto que el agricultor no tiene los medios suficientes para solventar las necesidades primarias de él y su grupo familiar.

2b. FUERZA DE TRABAJO:

Según la encuesta el universo de trabajadores se distribuye así: No trabajan 23%; como colono 5%; como cuadrillero 1%; como jornalero 15%; trabajan por su cuenta 45%; otros 10% (trabajos no específicos); - trabajan un 76% de la muestra.

2c. OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA FAMILIA

El 14% de la población estudiada se dedica a los tejidos, los cuales se emplean exclusivamente para - venta.

A la fabricación de muebles se dedica un 36% y son para la venta, la cual se realiza generalmente fuera de San Rafael. En lo que respecta a la producción - artesanal es el renglón más importante.

El 4.5% se dedica a la panificación, su uso es para consumo y venta. El 33.8% se dedica a la prepara -

ción de comidas caseras para la venta (chuchitos, rellenitos, tostadas, etc.); generalmente es la esposa quien lo hace para incrementar el raquitico presupuesto familiar.

El 23% se dedica a diversas actividades como: - barbero, zapatero, comadrona, costurera, etc.

2d. PRODUCCION AGRICOLA:

El primer producto es el café, del cual se siembran 19 cuerdas por agricultor, cada cuerda arroja un producto bruto de 7 arrobas. Del total de agricultores un 33% usan abono con un promedio de 23 libras por cuerda. A un 66.6% de agricultores los ayudan los familiares y a un 33.3% los ayudan mozos.

El producto de la cosecha se distribuye así: para el consumo un 33.3%; para la venta un 16.6%; para consumo y venta un 50%. En la última cosecha se vendió un promedio de 13 quintales por agricultor.

Un 75% de agricultores sembraron café. El maíz es el segundo producto de importancia, lo sembraron un total del 12% de los agricultores, con un promedio de 2 cuerdas por agricultor. Se obtuvieron diez arrobas promedio por cuerda, el 100% de agricultores usan abono con promedio de 8 libras por cuerda, ningún agricultor requirió ayuda, el producto fue exclusivamente para el consumo. El tercer producto de importancia es el plátano lo siembra un total de 12% de agricultores de la población total de la muestra, tienen tierra un 14% y no tienen tierra un 86%.

En gran escala el producto de mayor importancia es el café con una producción anual en pergamino calculada en 60,000 quintales.

2e. PRODUCCION Y CONSUMO PECUARIO:

Un 66% de la población estudiada si posee patrimonio pecuario, 34% de la población no lo posee. El 33% posee solo gallinas, con un promedio de tres gallinas por persona, dichas gallinas ponen cuatro decenas de huevos promedio al mes. Un 6.1% poseen pavos. Un 33% posee marranos, de los cuales un 84% son para vender y un 16% para destace. Un 3% posee vacas que dan un promedio diario de 10 litros de leche que se dejan para consumo. El 7% de la población poseen aves como palomas, patos, loros, etc. con porcentaje despreciable.

2f. INGRESO FAMILIAR:

Se concluyó que el ingreso al presupuesto familiar es de Q.410.12 anual. Lo que promediado por mes da Q.34.81.

Ingreso por especie es un solo 3% de la muestra y se traduce en maíz y ropa.

III.- ENCUESTA CLINICO NUTRICIONAL

Hábitos y creencias sobre los alimentos:

Alimentación Familiar:

municipal, los alimentos que arrojaron el mayor número de frecuencia se tomaron como los de mayor consumo; estos son: maíz, frijol, (como fuentes de proteínas vegetales); carne, leche (como fuentes de proteínas animales).

Un 92% consumen maíz, en forma de tamalito, atol, tamal, etc.; con un promedio de tres veces al día y seis días a la semana.

El 100% de la muestra consumen frijol en distintas formas; caldo, "parados", volteados, etc. como un promedio de dos veces al día, seis días a la semana.

El 26% consume leche, ya sea cocida o cruda con un promedio de 0.4 al día lo que equivale a ingerir leche cada dos días.

Un 85% de la muestra consume carne de vaca en diversas formas, promedio una vez al día y tres días a la semana.

Hay otros alimentos, como los huevos, los cuales los consumen un 46% una vez al día, tres días a la semana. El café lo consume un 44.6%; cuatro veces al día, seis días a la semana; realmente el café lo consume el 100% de la población pero no lo consideran un alimento el 53.6% restante. La Incaparina la consume un 12% de la población en forma de atol; un promedio de 0.2 al día, lo que quiere decir que la consumen cada cinco días.

Alimentación de las embarazadas:

"¿Qué come la señora cuando está embarazada, además de los alimentos relacionados anteriormente?"

Esta pregunta no fue contestada por un 37% de la muestra. Un 63% contestó que lo mismo que toda la familia. Un 7%, vitaminas. En general se puede decir que únicamente varía en frecuencia y cantidad. Los alimentos más usuales son: leche, incaparina, carne, fruta y verdura.

Alimentación del escolar:

"¿Qué come el niño escolar, además de lo que come toda la familia?". No contestaron esta pregunta un 49%. El resto o sea el 51% "Lo mismo que toda la familia".

Lo que más comen en frecuencia y cantidad son frutas y atol de incaparina el cual por lo general se da en la escuela; no hay alimentación especial.

Alimentación del niño pre-escolar:

"¿Qué come el niño pre-escolar además de lo que come toda la familia?". No contestaron esta pregunta el 35%. El resto, es decir, el 65% contestaron "lo mismo que toda la familia"; estos alimentos son: Leche, fruta, atol y pan; con mayor frecuencia y cantidad.

Alimentación durante el primer año de vida:

de vida, además del pecho, y lo que come el resto de la familia?". No contestaron esta pregunta el 35%. - El resto 65% contestaron: "Lo mismo que toda la familia". Los alimentos mencionados fueron: sopas, (de fideo de pelo, y de caldo de frijol), leche, atol de masa; en general el niño no come nada especial.

Lactancia:

Un 70% sí da lactancia y un 30% no. El promedio del destete es de 12 meses. La alimentación artificial empieza como promedio a los siete meses y generalmente no es con leche sino con atol.

Alimentos que se consideran malos durante el embarazo:

Un 61% contestaron que ningún alimento. El 39% restante en orden descendente: aguacates, repollo, hevos, verduras, frijol y arroz.

Alimentos malos durante la lactancia:

60% contestaron que ninguno. El 40% contestaron en orden de importancia: repollo, huevos, aguacate.

Alimentos malos para el niño de pecho:

52% contestaron que ninguno. 38% contestaron en orden de importancia: verdura, frijol, carne de cerdo, repollo y huevos.

ENCUESTA CLINICO-NUTRICIONAL Y ANTROPOMETRICA

Los datos obtenidos son el resultado de la "Muestra" - que se tomó, en base a las instrucciones dadas en el Protocolo de Investigación.

Pondremos la respuesta que tuvo el mayor porcentaje y el promedio.

EDAD: Promedio: 9 meses
 EDAD: Promedio: 20 años

<u>CABELLO:</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Niños</u>
Fácilmente desprendible:	----	30%
Cambio en: Textura	----	75%
Color:	----	63%
Textura y color:	2%	20%

OJOS:

Conjuntivitis no purulenta:	----	3%
Manchas de Bitot:	----	1%
Queratomalacia:	----	1%

CUELLO:

Grado 1:	----	----
Grado 2:	----	----
Grado 3:	----	----

CONJUNTIVAS: Pálidas 15% 20%

PIEL: Mujeres Niños

Hiperqueratosis folicular: -----

SISTEMA CELULAR SUBCUTANEO:

Edema bilateral de piernas: 0% 0%

Edema generalizado: 2% 20%

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS:

Peso: Promedio: 128 lbs. 14 lbs.

Talla: " 1.50 mts. 62 cms.

HEMATOLOGIA: No se llevó a cabo por falta de laboratorio.

IV.- MORBIMORTALIDAD:

Se investigó la morbilidad en base a las consultas dadas en el año de 1974 en el Puesto de Salud; y se elaboró el siguiente cuadro.

(Ver cuadro No. 7)

Se investigó la mortalidad basándose en el Registro Municipal año de 1974.

El número de niños fallecidos en el año de 1974 fue 71 en la siguiente forma:

MENORES DE UN AÑO:

a) Mortinatos: 27% del total de fallecidos. Los cuales se

dividen en: 53% varones y 47% mujeres. La principal causa de muerte fue fetal 63%.

b) Neonato: Son 58% del total de fallecidos; se dividen en: 57% varones y 43% mujeres. La principal causa de muerte fue "materna" 29%.

c) Post-Neonatos: 15% del total de fallecidos; los cuales se dividen en: 27% varones, 73% mujeres. La principal causa de muerte fue "neumonía" 36%.

CUADRO No. 6

Mortalidad en niños menores de 1 año:

<u>CAUSA</u>	<u>NUMERO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Causa Materna	17	24
Neumonía	16	22
Causa Fetal	13	18
Tos Ferina	7	10
Bronquitis, enfisema, asma	4	6
Desnutrición protéjco calórica	4	6
Angina estreptocócica y escarlatina	4	6
Lesiones al nacer, distócicos y otras afecciones	2	3
Todas las demás enfermedades infecciosas parasitarias	2	3
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	1	1
Fiebre Tifoidea	1	1
T O T A L	71	100

Ver Gráfico No. 2

Diez principales causas de consulta en la población de SRPC.

1. IRS
2. GECA
3. Parasitismo
4. Anemia
5. Problemas gastrointestinales
6. Dermatitis
7. Control de embarazo
8. Enfermedades pulmonares
9. Problemas infecciosos
10. Enfermedades nerviosas

Cinco principales causas de consulta por grupo etario en SRPC.

Grupo de 0 a 1 año.

- 1.- IRS
- 2.- GECA
- 3.- Dermatitis
- 4.- Control de niño sano
- 5.- Enfermedades pulmonares

Grupo de 1 a 4 años.

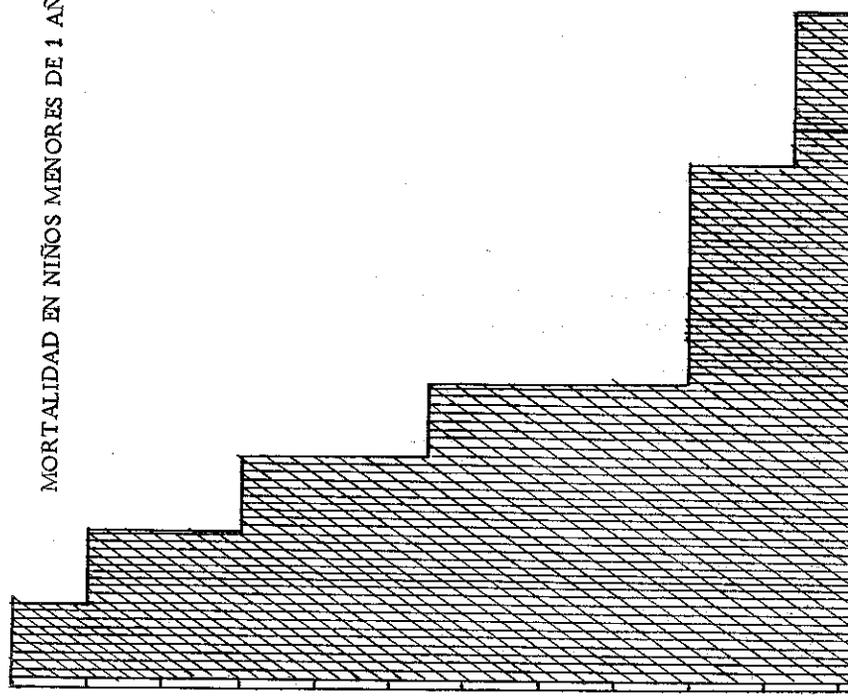
- 1.- IRS
- 2.- GECA
- 3.- Parasitismo
- 4.- Consulta de niño sano
- 5.- Dermatitis

Grupo de 5 a 9 años.

- 1.- IRS
- 2.- Parasitismo
- 3.- GECA
- 4.- Anemia
- 5.- Problemas infecciosos

GRAFICA No. 2.

MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO.



1. Materna
2. Anemia
3. Fetal
4. Infección
5. Infección
6. Infección
7. Infección
8. Infección
9. Infección
10. Infección

Grupo de 10 a 14 años.

- 1.- Anemia
- 2.- Parasitismo
- 3.- IRS
- 4.- GECA
- 5.- Enfermedades degenerativas

Grupo de 15 a 19 años.

- 1.- Control de embarazo
- 2.- Parasitismo
- 3.- Problemas infecciosos
- 4.- Dermatitis
- 5.- IRS

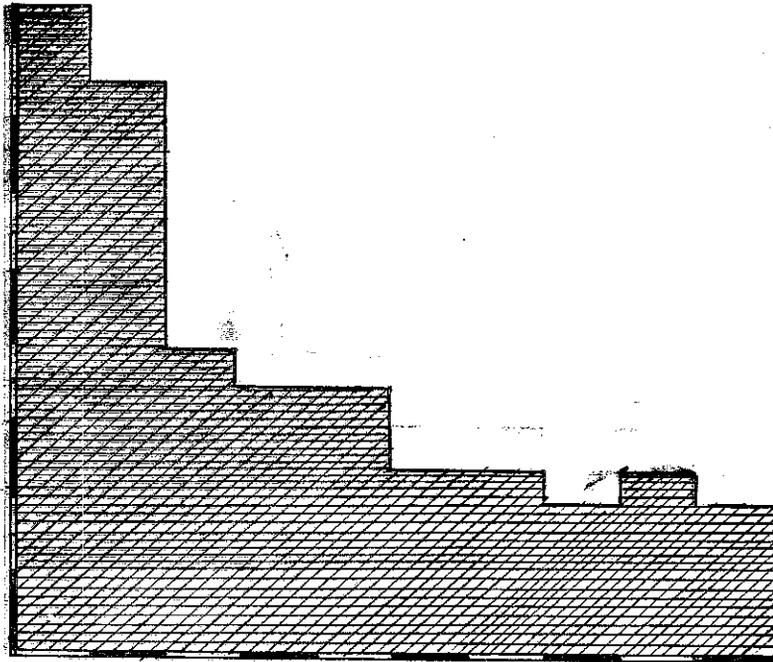
Grupo de 20 a 24 años.

- 1.- Control de embarazo
- 2.- Problemas gastrointestinales
- 3.- Problemas infecciosos
- 4.- Anemia
- 5.- Dermatitis

Grupo de 25 años y más.

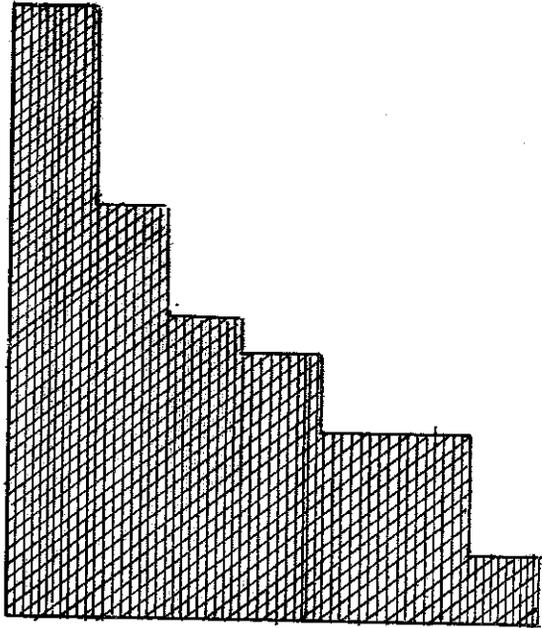
- 1.- IRS
- 2.- Problemas gastrointestinales
- 3.- Anemia
- 4.- Problemas ginecológicos
- 5.- Control de embarazo.

Ver Gráficos Nos. 3 y 4



DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN SRPC,
 GRAFICA No. 3.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN GRUPO DE 1 A 4 AÑOS.



GRAFICA No. 4.

CUADRO No. 7

CUADRO DE CONSULTAS DEL MUNICIPIO DE SRPC. AÑO DE 1974.

<u>ENTIDAD NOSOLOGICA</u>	<u>EDAD:</u>	0-1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25 y +	TOTAL
1. Niño sano		33.33%	37.04%	18.52%	11.11%	0%	0%	0%	3.10%
2. Dermatitis		25.00%	14.58%	14.58%	6.25%	8.34%	8.34%	22.91%	5.51%
3. Desnutrición		0.00%	16.67%	20.00%	10.00%	10.00%	10.00%	33.33%	3.44%
4. GECA		24.81%	44.19%	11.63%	3.87%	2.32%	1.55%	11.63%	14.81%
5. Enfermedades pulmonares		19.44%	16.67%	16.67%	0.00%	8.33%	5.55%	33.34%	4.13%
6. IRS		29.87%	20.83%	16.67%	3.47%	2.78%	0.69%	25.69%	16.53%
7. Problemas ginecológicos		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	15.38%	11.54%	73.08%	2.98%
8. Enfermedades virales		9.09%	13.64%	9.09%	13.64%	9.09%	18.18%	27.27%	2.52%
9. Problemas gastrointestinales		0.00%	6.90%	6.90%	3.45%	6.90%	15.52%	60.33%	6.66%
10. Control de embarazo		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	18.18%	40.91%	40.91%	5.05%
11. Parasitismo		10.45%	17.91%	34.33%	10.45%	7.46%	5.97%	13.43%	7.69%
12. Problemas congénitos		75.00%	25.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	46.00%
13. Infección urinaria		0.00%	0.00%	0.00%	22.22%	0.00%	11.11%	66.67%	1.03%
14. Enfermedades nerviosas		6.06%	3.03%	0.00%	12.12%	12.12%	12.12%	54.55%	3.79%
15. Anemia		13.13%	7.81%	15.62%	17.19%	6.25%	7.81%	42.19%	7.35%
16. Problemas quirúrgicos		0.00%	15.63%	9.37%	9.37%	12.50%	3.13%	50.00%	3.67%
17. Problemas alérgicos		0.00%	50.00%	16.67%	0.00%	0.00%	0.00%	33.33%	0.64%
18. Problemas cardíacos		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	25.00%	75.00%	92.00%
19. Problemas oculares		0.00%	16.67%	0.00%	50.00%	16.67%	16.67%	0.00%	0.69%
20. Enfermedades degenerativas		0.00%	0.00%	0.00%	26.67%	20.00%	0.00%	53.33%	1.72%
21. Sin diagnóstico		10.00%	0.00%	20.00%	0.00%	0.00%	20.00%	50.00%	1.15%
22. Problemas infecciosos		14.89%	12.76%	21.28%	4.25%	10.64%	14.89%	21.28%	5.40%
23. Problemas hormonales		0.00%	0.00%	0.00%	16.67%	0.00%	16.67%	66.66%	0.69%
T O T A L E S		14.58%	17.91%	13.55%	7.00%	7.00%	8.49%	31.46%	100.00%

CUADRO No. 8

Principales causas de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años:

<u>CAUSA</u>	<u>NUMERO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	12	31
Tos ferina	8	21
Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	6	15
Disenteria bacilar y amebiasis	5	13
Neumonía	3	8
Bronquitis, enfisema y asma	3	8
Sarampión	1	3
T O T A L E S	38	99.99

Tasa específica de mortalidad:

La tasa específica de mortalidad por causas maternas -
es de 205 X 1,000.

MORTALIDAD MATERNA:

A este respecto sólo se pudo detectar un caso de una
paciente de 25 años de edad que falleció durante el emba-
razo de "Tumor y hemorragia"; es lamentable que los datos
en el registro estén tan ambiguos.

Mortalidad durante el embarazo:	1
Mortalidad durante el parto:	0
Mortalidad por abortos:	0
Mortalidad durante el puerperio:	0

Principales causas de mortalidad materna: "Hemorragia y tumor"

Las palabras textuales de la nota de defunción, son hemorragia y tumor, no tenemos más elementos de juicio para poder investigar la identidad nosológica a la cual se refieren; por los síntomas, se nos ocurre pensar en un cáncer del cuello de la matriz; aunque también podría ser un aborto.

PERCEPCION DE LA SITUACION MATERNO INFANTIL POR LA COMUNIDAD:

Para este fin se pasó un cuestionario a un grupo seleccionado de madres; de la muestra estudiada. El cual copiamos literalmente, e iremos poniendo la respuesta que tuvo mayor porcentaje; y asimismo para mayor facilidad del lector, el análisis de la respuesta.

I. ¿Quién la atendió en su último parto?

Respuesta, Comadrona 74%

Análisis: Este porcentaje obedece a tres razones:

a) Falta de recursos de médicos en el área, b) Falta de recursos económicos para pagar un médico, c) Costumbre de la región. Cabe notar que las comadronas de San Rafael son todas empíricas, algunas analfabetas, por lo que cometen equivocaciones haciendo que el riesgo obstétrico se eleve notablemente.

II. ¿Quién le gustaría que la atendiera si usted tuviera otro parto?

Respuesta, Médico: 55%

Análisis: Esta respuesta implica mayor conciencia de la importancia del servicio calificado; desgraciadamente en la actualidad este servicio no se puede dar.

III. ¿Dónde le gustaría que le atendieran su parto?

Respuesta: En su casa: 62%

Análisis: Evidencia del espíritu tradicionalista de la mujer guatemalteca, acorde por otro lado, con las últimas tendencias de la Psiquiatría Infantil, sin embargo esta situación entraña peligros reales para el niño y la madre por la total carencia de recursos en un hogar para resolver complicaciones; por otro lado con un buen control del embarazo, este riesgo es mínimo, tomando en cuenta que casi el 90% de los partos son eutócicos simples.

IV. ¿Usted ha tenido control prenatal en el último o en el presente embarazo?

Respuesta: No: 57%

Análisis: Esta respuesta se relaciona con la anterior; se le da poca o ninguna importancia al control prenatal por las embarazadas, que consideran que en este proceso, lo más importante es el parto; hay que hacer mucha concientización en este aspecto.

V. Si tuvo control prenatal con quién lo tuvo?

Respuesta: Médico: 70%

Análisis: Refuerza mi apreciación anterior. Una ma-

por conciencia del control pre-natal, hace que las mujeres busquen los servicios de un facultativo.

VI. ¿A qué lugar asistió a control pre-natal? *

Respuesta: Centro de Salud 45%.

Análisis: Esto es debido a que el Centro de Salud es el recurso más cercano; el Hospital queda muy lejos de la población e implica gastos.

VII. ¿Cree usted que es necesario o conveniente el control pre-natal?

Respuesta: Sí 98%

Análisis: Aquí encontramos la eterna dicotomía del guatemalteco entre el pensamiento y la acción, la teoría y la práctica; según esto, todos creen que el control pre-natal es bueno; pero no lo hacen. Muchas confundieron la pregunta entendiéndolo como control pre-natal sinónimo de Planificación Familiar.

VIII. ¿Cree usted qué es conveniente la atención hospitalaria del parto?

Respuesta: Sí: 98%

Análisis: Este porcentaje confirma mi creencia de que se da mucha importancia al parto. También implica el deseo de las embarazadas de hallarse en manos de un médico, en caso de surgir cualquier complicación. (Hoy por hoy eso es imposible).

IX. ¿Le da a usted problemas el embarazo?

Respuesta: No: 63%

Análisis: La fortaleza de nuestras mujeres en el área rural, a pesar de su desnutrición, queda bien evidenciada en esta respuesta.

X. ¿Puede darle problemas al nuevo niño su embarazo?

Respuesta: No: 87%.

Análisis: La pregunta del cuestionario original está mal formulada y da lugar a ambigüedades, el porcentaje que contestó No, supongo que la interpretaron, "No le da problemas a la madre".

XI. ¿Cuándo se enferma un niño qué es lo primero que hace?

Respuesta: Darle remedios caseros: 66%.

Análisis: Aquí intervienen tres factores: a) La ignorancia de las personas, los remedios caseros implican mucho pensamiento mágico. b) Factor económico; no tienen dinero para pagar médico y comprar las medicinas. c) Escasez de servicios de salud en el área; aún con dinero no pueden conseguir médico ni medicinas.

XII. ¿Están vacunados sus hijos menores de 5 años?

Respuesta: Sí: 80%.

Análisis: Este alto porcentaje obedece en gran medida a las campañas a nivel nacional de los años anteriores, y por medio de las cuales mucha gente adquirió conciencia "Que la vacuna es buena". En este grupo incluye la Polio, DPT, Sarampión.

XIII. ¿Cree usted que las vacunas ayudan a las personas?

Respuesta: Sí: 98%.

Análisis: Ya se ha despertado la conciencia, de la necesidad, de estos medios preventivos.

XIV. ¿Lleva a su niño a control de crecimiento y desarrollo?

Respuesta: No: 71%.

Análisis: La idea de visitar al médico, "Sólo cuando está enfermo el niño", sigue prevaleciendo en estos lugares; pero también hay que hacer justicia de que en muchas ocasiones obedece a razones puramente económicas.

XV. ¿Cuándo un niño no está enfermo, cree usted que es conveniente que lo examine periódicamente un médico o una enfermera?

Respuesta: Sí: 82%.

Análisis: Aparentemente esta respuesta contradice mi observación anterior, sin embargo la idea de fondo de todas las respuestas era: "Hay enfermedades que solo el médico puede conocer", creo pues que sigue-

implícita la idea de enfermedad.

XVI. ¿De qué se enferman más frecuente las madres?

Respuesta: Interpretando la infinidad de respuestas dadas, se puede delimitar un típico cuadro infeccioso, principalmente el aparato respiratorio.

Análisis: Esta respuesta coincide con la hipótesis de que las causas más frecuentes de enfermedad en el grupo materno infantil son de origen infeccioso.

XVII. ¿De qué se enferman más frecuentemente los niños?

Respuesta: El cuadro clínico descrito corresponde al síndrome respiratorio y al síndrome diarreico.

Análisis: Es similar al anterior.

XVIII. ¿De qué se mueren más frecuentemente las personas adultas?

Respuesta: La mayor parte de respuestas coinciden en señalar la desnutrición, cuadro que se confirma con la clínica.

Análisis: Confirma la hipótesis de que la desnutrición es causa importante en las enfermedades.

XIX. ¿De qué se mueren más frecuentemente los niños?

Respuesta: La mayor parte de respuestas coinciden en parásitos y diarreas.

Análisis: La diarrea infecciosa tipo *Shigella* pueden matar a un niño, y es bien sabido que en estadios de desnutrición avanzada se presenta diarrea.

Respecto a las "lombrices" si se hiciera un estudio - cuprológico en la comunidad, creo que sería un mal endémico.

¿Sabe usted que es desnutrición?

Respuesta: Sí: 56%

Análisis: Aparentemente las personas encuestadas saben que es desnutrición; la verdad es que lo ignoran como se comprueba en la pregunta No. 21.

¿Sabe usted?

1. ¿Por qué se hinchan los niños? Respuesta: Sí: 70%
2. ¿Por qué se adelgazan? Respuesta: Sí: 63%
3. ¿Por qué se les cae el pelo? Respuesta: Sí: 81%
4. ¿Por qué se le descama y se la mancha la piel?
Respuesta: No: 80%
5. ¿Por qué muchas mujeres embarazadas se ponen pálidas? Respuesta: Sí: 76%

Análisis: Ningún ítem (excluyendo las afirmaciones y negaciones) fue contestado correctamente; por ejemplo: Pregunta ¿Por qué se les cae el pelo? Respuesta: Porque tienen lombrices. Lo anterior refleja el desconocimiento del cuadro clínico de la desnutrición protéica calórica, con todas sus consecuencias.

VI. PERCEPCION DE LA SITUACION MATERNO INFANTIL POR EL PERSONAL LOCAL DE SALUD.

El personal del Puesto de Salud constaba de una Auxiliar de Enfermería Adiestrada y un Técnico en Salud Rural; se les pasó el mismo cuestionario, por ser solo dos personas no amerita poner porcentaje.

Respuestas: Están correctas en un 90%.

Análisis: El personal posee una visión global bastante acertada acerca del programa Materno Infantil en la Comunidad, no obstante, se notan deficiencias en su preparación científica; a pesar de lo anterior, se hallan en condición de llenar su cometido.

VII. ANALISIS Y DISCUSION

Descripción del Area de Trabajo:

Por estar situado San Rafael Pie de la Cuesta a 1,039 metros sobre el nivel del mar, goza de un clima templado, asimismo la tierra es bastante fértil, esta situación geográfica a mi modo de ver influye en sus moradores, los cuales son de carácter afable aunque muy apático.

POBLACION:

Analizando la pirámide de población; notamos que el sexo femenino presenta los mayores porcentajes en las edades de 0 a 9 años (Población infantil) y en las edades de 35 a 39 años (Edad reproductiva).

En el sexo masculino el mayor porcentaje también corresponde a las edades de 0 a 9 años. De lo anterior podemos concluir, que el grueso de la población de San Rafael-Pie de la Cuesta, está formado por lo que hemos dado en llamar Grupo Materno Infantil.

En el sexo masculino la distribución es más heterogénea.

En conjunto la pirámide es la clásica de los países atrasados; en la cual la base ancha corresponde a la población económicamente inactiva; por lo tanto la población

económicamente activa está en desventaja, y es la que tiene que sostener a todo el conjunto; haciendo la salvedad que esta clasificación no es muy valedera puesto que en estas comunidades, los niños desde muy corta edad se ven obligados a trabajar para ayudar a sus padres; generalmente en el campo.

Si analizamos las tasas específicas, como la de fecundidad, que es sumamente alta, las de natalidad y el crecimiento vegetativo; nos damos cuenta que el grupo que más atención requiere del renglón salud es el Materno Infantil.

Respecto a la distribución de la población, encontramos que el 77% pertenece a la población rural y el 23% restante a la población urbana. Siendo una población predominantemente rural, no es suficiente que exista un Puesto de Salud en la cabecera Municipal; ya que la mayoría de necesidades se encuentran en las fincas, aldeas y caseríos. El abocarse al Puesto de Salud, implica una movilización que no siempre se puede efectuar debido a la gravedad de la enfermedad, o a lo limitado de los recursos económicos para pagar transporte. Por lo anterior creo que es imprescindible que San Rafael cuente con una ambulancia para que el médico EPS pueda desplazarse al interior del Municipio y cubrir estas necesidades, asimismo para transportar a los pacientes graves al Hospital de San Marcos.

Si nos basamos en la concepción psiquiátrica, en la cual la relación padres (Léase madre) hijos es primordial para la personalidad del infante, vemos que el binomio madre-hijo reviste caracteres importantes para la futura personalidad del guatemalteco. Y si este binomio se ve afectado por pobreza, ignorancia, enfermedad, necesidad, etc. las secuelas son fácilmente imaginables.

La apatía generalizada de la población de San Rafael llama mucho la atención. Dicha apatía implica una depresión crónica de las personas; debido a la baja estima personal que de sí mismo tiene el individuo. Esta se forma en la niñez; y es allí donde juega un papel importante el binomio madre-hijo; el infante constantemente recibe estímulos negativos, verbales o no; tales como "Como somos pobres", "No valemos nada", del medio familiar que le rodea, y del medio social racista, "El indio es bruto" su personalidad crece deformada y al llegar a la edad adulta su respuesta a estos estímulos es apatía a la vida, lamentablemente esto es un círculo vicioso.

CUADRO No. 9

ANÁLISIS DE LA POBLACION MATERNO INFANTIL

El porcentaje de la población Materno Infantil respecto a la población en general es de un 68%, dividido de la siguiente manera:

<u>AÑOS</u>	<u>TOTAL</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Menores de 1 año	282	6.3
De 1 a 2 años	284	6.3
De 2 a 3 años	260	5.8
De 3 a 4 años	268	5.9
De 4 a 5 años	363	8.1
De 5 a 14 años	1717	38.4
De 14 a 44 años	1295	28.9
	<u>4469</u>	<u>99.7</u>

El 68% de la población Materno Infantil no coincide

con los datos que se tienen de la población total del país que es del 65%.

La población arroja su más alto porcentaje en la edad de 5 a 14 años (no olvidar que aquí se incluyen nueve años).

Por lo que sacando promedio el número es menor.

Para el año 1975 se esperaba un número de 375 embarazos de los cuales en el Puesto de Salud se atendieron 3%.

(Cobertura de control pre-natal hasta agosto de 1975).

Para el año 1975 se esperaban 37 abortos de los cuales en el Puesto de Salud se detectaron cuatro casos en seis meses.

Partos probables para 1975, son 338 de los cuales únicamente se atendió uno en seis meses.

No existe programa Materno Infantil; solo en papeles, en las oficinas de los burócratas.

En algunos Puestos de Salud, si no en todos se practica un pseudo-programa Materno Infantil, en que muchas veces las cifras estadísticas, son de pacientes fantasmas. Ello aumenta el riesgo obstétrico, puesto que no existe un buen control destinado al grupo Materno Infantil.

Para terminar se enfoca el problema desde el punto de vista de la superpoblación. Es bien sabido que la fuerza humana, es la mayor riqueza con que puede contar un país, puesto que el factor humano es esencial para el desarrollo.

En Guatemala esta riqueza se pierde por la falta de recursos adecuados de salud, muchos niños mueren de corta edad; los que logran sobrevivir pueden presentar secuelas - sicosomáticas, debido a la falta de nutrientes, lo cual no les permite un desarrollo físico e intelectual óptimo. Asimismo no tienen acceso a las aulas por múltiples razones socio-económicas.

Ante estas situaciones se está planificando la familia, pero esto no deja de ser una solución parcial. La verdadera sería; no disminuir el número de hijos, sino incrementar los recursos para que toda la población tenga acceso al bienestar integral; para que esto suceda, pasará mucho tiempo, hasta que alcancemos el desarrollo del país.

SITUACION SOCIO-ECONOMICA

La familia rural es la que está en peor condición, su situación económica es deplorable; aquí es donde se ve la mayoría de los casos de desnutrición y enfermedades consecutivas a la pobreza. La ubicación de la vivienda depende del lugar donde trabajan los miembros económicamente activos de la familia; hay algunas fincas donde las rancherías mantienen un estado aceptable de habitabilidad, otras en cambio no reúnen las condiciones mínimas de higiene, los otros tipos de vivienda son por lo general de madera o en los casos más pobres la mayoría ranchos de cañas, techo de manaca y piso de tierra.

La familia urbana está dedicada al comercio, algunos al transporte; como chauffeur, ayudante de camión, solo una minoría es propietaria de vehículos; hay otros con oficios - varios; como barbero, sastre, mensajero, etc.

La situación económica de este grupo aunque bastante limitada, es superior a la del grupo rural, hay mayor interés aparente por los problemas de salud. La desnutrición se ve en menor escala con respecto a la rural.

El promedio de miembros de la familia es de cinco.

Tanto en lo que respecta a lo rural como a lo urbano - la familia tiene un promedio de tres miembros mayores de 15 años; el resto es económicamente improductivo.

La casa típica de San Rafael es de madera, con piso de tierra, techo de lámina, se alumbra con gas, consta de un solo cuarto, el agua la obtienen de un río cercano, la basura la tiran en el patio; y las excretas las efectúan a flor de tierra.

El número de miembros de la familia de siete a catorce años que asisten a la escuela es de 0.7, lo que aproximadamente nos da uno por familia.

INTERPRETACION DE LA MORBIMORTALIDAD:

Interpretación del cuadro estadístico:

Morbilidad en niños de 0 a 1 año: En este renglón encontramos que la causa más frecuente de morbilidad corresponde al cuadro de un IRS. Esto posiblemente sea por la época del año en que se dieron esas consultas.

Esta entidad constituye un 34% en las consultas de los pacientes, como entidad aparte están las enfermedades pulmonares propiamente dichas, las cuales constituyen un 5%.

Si englobamos ambas nos encontramos el síndrome respiratorio lo que nos da un total de 39% para esta entidad que es la más frecuente. En segundo plano encontramos la diarrea propiamente dicha que constituye el 26% de las consultas. Si sumamos los casos de parasitismo (intestinal) que en la mayoría de oportunidades es un coadyuvante del cuadro diarréico, esto vendría a constituir el síndrome diarréico. El parasitismo constituye el 5.5% lo que nos da 31.4% de las consultas.

De lo anterior podemos inferir que los síndromes diarréico y respiratorio corresponden a un 71.5% de las consultas dadas a niños menores de un año; ambas entidades son prevenibles y un adecuado programa de medicina preventiva reduciría enormemente este porcentaje. En este grupo se dieron 127 consultas lo que corresponde al 14.8% de la consulta general.

Morbilidad en niños de 1 a 4 años de edad:

Respecto al síndrome respiratorio, encontramos datos muy similares al grupo anterior. Hay un total de 23% de las consultas. Y en lo que concierne al síndrome diarréico, tenemos un 44.2%. De nuevo estos dos síndromes constituyen el mayor porcentaje de las consultas dadas en este grupo de edad, ya que es el 67.2%. Reforzando lo dicho en el inciso anterior, estas dos entidades siendo en su mayoría infecciosas y a su vez las que tienen el más alto índice de mortalidad, no por ellas en sí, sino por algunas entidades que las componen y complicaciones, es a las cuales se debe dirigir, ya que como dijimos anteriormente son prevenibles. A este grupo de edad le corresponde el 18% de todas las consultas dadas.

Morbilidad en pacientes de 5 a 14 años de edad:

Los porcentajes más altos corresponden a los dos síndromes que hemos señalado en los apartados anteriores, así: Síndrome respiratorio 19.5%; Síndrome diarréico: 27.9%.

Entre ambos dan el 45.4% de todas las consultas dadas. Las conclusiones son idénticas a las expuestas en el apartado anterior.

A este grupo corresponde el 20.7% de la consulta general.

Morbilidad Obstétrica:

En los archivos consultados no se hallaron datos específicos, puesto que las tres embarazadas que consultaron no se les tomó en cuenta el embarazo como entidad clínica; sino que se incluyeron en la morbilidad general, con otras entidades tales como leucorrea, etc.

Hay que hacer notar que la anemia ferropriva está incluida en la morbilidad obstétrica; la cual alcanza casi el 100%.

Respecto a los controles de embarazo se dio un total de 44 consultas, las que corresponden al 5.1% de la consulta general. Si consideramos una entidad única, los problemas ginecológicos y obstétricos, nos daría el grupo gineco-obstétrico. En el grupo ginecológico hay un total de 26 consultas que corresponde al 3.1% de la consulta general; en resumen el grupo gineco-obstétrico nos da un 8.2% de todas las consultas. Como se puede notar es un porcentaje muy bajo, tomando en cuenta que el grueso de la atención

médica se debe dirigir a este grupo de morbilidad. También es posible que este dato esté bajo por varias razones:

- 1o. Las mujeres en edad fértil no están acostumbradas a control de su embarazo, puesto que no tienen la suficiente conciencia de la necesidad e importancia de este control.
- 2o. El registro médico es mal llevado, puesto que divide los pacientes por entidad nosológica olvidando que la persona es una unidad; de ahí que si consulta por anemia, se clasifica como anémica y no se toma en cuenta el embarazo, al llegar la misma persona a consultar por el embarazo no se toma en cuenta la anemia.
- 3o. El error radica también en las fichas que se llevan en los puestos de salud, que no permiten sacar datos específicos de morbilidad, lo mismo se puede decir de los archivos. En resumen será necesario reevaluar estos instrumentos para que en un futuro sea factible hacer estudios más científicos. Respecto a la morbilidad durante el embarazo no hay datos sobre ese aspecto, sin embargo por experiencia personal, una de las principales causas de morbilidad durante el embarazo es la desnutrición y específicamente la anemia ferropiva.

MORTALIDAD:

Los datos obtenidos contienen muchos errores, debido a la mala preparación técnica de las personas que dan el diagnóstico de defunción en la Municipalidad del lugar. Esto dificulta no solo en este lugar, sino en todo el país, llevar una estadística científica de las causas de fallecimiento del guatemalteco.

En base a los datos obtenidos se trató de intuir las causas verdaderas de la mortalidad.

Como se nota en los datos expuestos en el inciso de

mortalidad, las principales causas corresponden a enfermedades infecto-contagiosas; las cuales aunque no está específico tiene su base en la mala nutrición del individuo.

La tasa de mortalidad general es de 12.5 por 1,000 habitantes; la cual es bastante elevada en comparación con otros países desarrollados. Siendo la población Materno-Infantil la de mayor porcentaje en la población general, es en ella donde inciden con mayor fuerza los factores de mortalidad (mortalidad Infantil).

LA SITUACION NUTRICIONAL:

La población de la muestra tiene un déficit muy marcado de ingesta de proteína animal, siendo su mayor fuente de ingreso la proteína vegetal contenida en maíz y frijol. El resto de la alimentación lo constituyen las verduras entre las que podemos mencionar las papas, zanahoria, nababo, etc. Las hierbas por ejemplo la hierba de mora, etc. El renglón de productos lácteos, como la leche, crema, etc. es muy reducido, lo que va en deterioro de la salud de los niños.

También es muy importante además de la escasa disponibilidad de alimentos señalar el factor cultural y educacional, por ejemplo, cuando un niño tiene una diarrea, lo primero que hace la madre es omitirle los alimentos y darle solo atoles.

SITUACION CLINICO NUTRICIONAL Y ANTROPOMETRICA:

Los resultados obtenidos, no son un reflejo verdadero de la situación real existente.

La razón es que la encuesta se pasó en la cabecera municipal; si se hubiera pasado en las aldeas, fincas y caseríos, los resultados serían distintos; puesto que la desnutrición se ve en la población rural con mayor frecuencia que en la población urbana.

CONCLUSIONES ESPECIFICAS

- 1.- El programa EPS de la Facultad de Ciencias Médicas, constituye una gran ayuda a las poblaciones del área rural.
- 2.- La localización geográfica de San Rafael Pie de la Cuesta es apta tanto para los pobladores como para programas agrícolas que se pudieran desarrollar.
- 3.- No existe una cultura autóctona en San Rafael, sino una amalgama de costumbres.
- 4.- La familia de San Rafael es primordialmente matriarcal.
- 5.- La religión predominante es la católica, y aunque existen sectas protestantes no se dan fricciones.
- 6.- El liderazgo lo ejerce principalmente el Alcalde Municipal, y en su orden el cura, el pastor, el maestro y el médico EPS.
- 7.- Las vías de comunicación de San Rafael son bastante malas.
- 8.- Los servicios asistenciales existentes, son deficientes por la falta de recursos.
- 9.- La población de San Rafael Pie de la Cuesta, sigue

la misma distribución por edades, que el resto de la república, siendo una pirámide de base ancha, propia de los países atrasados. El grueso de la población lo constituye el grupo Materno Infantil.

- 10.- Desde el punto de vista cultural el analfabetismo y el ausentismo escolar, siguen constituyendo el punto neurálgico del problema.
- 11.- En general el habitante de San Rafael se encuentra en una situación económica muy precaria.
- 12.- El principal medio de producción de San Rafael, es la tierra, teniendo menor importancia el comercio y el renglón pecuario.
- 13.- La tenencia de la tierra, refleja el latifundio.
- 14.- Existe desnutrición infantil, sobre todo en el área rural.
- 15.- Los hábitos y creencias sobre la alimentación que tienen los pobladores de San Rafael, es muy prosaico.
- 16.- La morbilidad en la población en general y sobre todo en el grupo Materno Infantil es bastante elevada y obedece principalmente a causas infecciosas. Los registros médicos del Puesto de Salud están mal tomados.
- 17.- La mortalidad en el grupo Materno Infantil es grande. Los datos de las partidas de defunción están equivocados.

18.- En general la percepción de la situación Materno Infantil por la comunidad, está alejada de la realidad.

19.- La percepción de la situación Materno Infantil por el personal local del Puesto de Salud, aunque más real contiene elementos erróneos.

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS CONCLUSIONES GENERALES

Después de haber sometido a prueba en San Rafael - Pie de la Cuesta, durante seis meses, en mi Servicio de Ejercicio Profesional Supervisado, las dos hipótesis siguientes:

- 1o.- "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 estos como causa determinante, la situación socioeconómica de las personas."
- 2o.- "Que la percepción y la conciencia que se tiene del problema Materno Infantil, varía significativamente entre la comunidad y el personal de la salud local, así como el enfoque de las posibles soluciones."

Cabe señalar que no se trata de hipótesis sino de dos hechos, dos realidades.

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

- 1.- Incrementar los recursos del programa EPS Rural, para que pueda prestar un mejor servicio a la comunidad y asimismo aumentar el tiempo de práctica.
- 2.- Mejorando las vías de comunicación de San Rafael, se ayudaría mucho a la población en general.
- 3.- Hacer funcionar con los elementos existentes un programa Materno Infantil el cual conllevaría un programa de Planificación familiar, con responsabilidad directa del médico EPS.
- 4.- Que los servicios educativos de San Rafael aunaran esfuerzos para tratar de mejorar el índice de analfabetismo.
- 5.- La formación y fomento de comités pro-mejoramiento del Municipio.
- 6.- Fomento de Cooperativas, para ayudar al pequeño productor.
- 7.- La formación de un programa de nutrición infantil, les como refacciones sobre todo en el área rural.
- 8.- La formación de una guardería en la cabecera municipal para atender los casos de DPC Infantil.

- 9.- Fundación de una "maternidad" adjunta al Puesto de Salud.
- 10.- La adquisición por parte del Municipio de una ambulancia, para la movilización tanto del médico EPS como de los pacientes graves.
- 11.- Incrementar la formación de las comadronas empíricas existentes por intermedio del médico EPS, con ayuda del ministerio del ramo.
- 12.- Planificar conjuntamente con las autoridades locales medidas de saneamiento ambiental.
- 13.- Incrementar la cobertura, en las campañas de vacunación masiva.
- 14.- Mejorar los Archivos Clínicos del Puesto de Salud.
- 15.- Tratar que las Partidas de defunción, sean sentadas por personas idóneas.
- 16.- Formar un programa de educación, enfocando principalmente la alimentación; para el grupo Materno Infantil.

RECOMENDACIONES GENERALES

La base de todo este problema es de tipo socio-económico y abarca no solo la región de San Rafael Pie de la Cuesta sino toda la república. Problema con complejas ramificaciones tales como:

Educacionales: que a su vez pueden objetivarse en dos aspectos negativos: el alto índice de analfabetismo, y la función de escasa, dificultosa y excesivamente burocratizada proyección de las autoridades de Educación y la Universidad en General.

Sociales: La evidente desigualdad de clases que se da en Guatemala.

Económicas: La mala distribución de riquezas.

Políticas: La escasa visión política de los "Políticos" que al llegar al poder se desentienden del progreso comunitario y se orientan a intereses parciales.

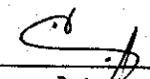
Habida cuenta de lo anteriormente expuesto, considero imprescindible un cambio social que posibilite a los que nada tienen para su acceso al bienestar.

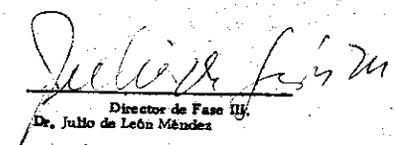
BIBLIOGRAFIA

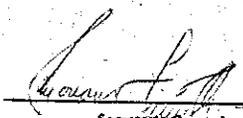
- Registro Civil de la Municipalidad de San Rafael Pie de la Cuesta.
- Archivo Médico del Puesto de Salud de San Rafael Pie de la Cuesta.
- Datos obtenidos de la encuesta realizada en la Cabecera Municipal de San Rafael Pie de la Cuesta.
- Datos obtenidos del censo levantado en el Municipio de San Rafael Pie de la Cuesta.
- Datos Estadísticos sobre población calculada, proporcionados por la Dirección General de Estadística.

BR. 
Manuel Alfredo Barrientos Martínez

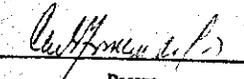

Asesor.
Dr. César A. Vázquez Galván. -


Revisor.
Dr. Clementino Castillo Sandoval


Director de Fase III.
Dr. Julio de León Méndez


Secretario General
Dr. Mariano Guerrero Rojas

Vo. Bo.


Decano
Dr. Carlos Armando Soto G.