

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GRUPO MATERNO INFANTIL DE ZUNIL
DIAGNOSTICO DE SU SITUACION DE SALUD
Y

PLANTEAMIENTO DE UNA SOLUCION:
PROGRAMA DE ATENCION MATERNO-INFANTIL
Y FAMILIAR

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

JOSE ORLANDO ESCOBAR MEZA

en el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO

1a. Parte: DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DEL GRUPO MATERNO-INFANTIL DE ZUNIL. 1975.

I. INTRODUCCION

II. OBJETIVOS

III. HIPOTESIS

IV. MATERIAL Y METODOS

V. DESCRIPCION DEL AREA

VI. EXPOSICION DE LOS DATOS

A. POBLACION

B. DAÑOS

1. MORTALIDAD (1974)

2. MORBILIDAD (1975, seis meses)

3. SITUACION NUTRICIONAL

a.- EN NIÑOS

b.- EN MADRES EMBARAZADAS

C. SITUACION SOCIOECONOMICA Y CULTURAL

D. PERCEPCION DEL PROBLEMA

1.- POR PARTE DE LA COMUNIDAD

2.- POR PARTE DEL PERSONAL LOCAL DE SALUD

2a. Parte: PROGRAMA DE ATENCION MATERNO- INFANTIL Y FAMILIAR, PARA EL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE ZUNIL. 1976.

VII. CONCLUSIONES

VIII. RECOMENDACIONES

IX. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

Si sabemos que el grupo Materno-Infantil constituye é 66% del total de nuestra población, y, que por lo tanto es una mayoría; y además que éste por sus propias características está sujeto a mayor riesgo de enfermar y morir, podemos deducir, la enorme importancia que tiene para nuestro país, la planificación y realización de programas preventivos y curativos que garanticen la salud de este grupo y la prioridad que debe darse a dichos programas.

Considerando que en algunas regiones en desarrollo, la mortalidad en niños menores de un año es aún de 5 a 10 veces más elevada que en los países desarrollados y en el grupo de 1 a 4 años de 10 a 30 veces más alto, y tomando en cuenta también que estimaciones basadas en tasas actuales de mortalidad y natalidad de países desarrollados y en desarrollo, muestran que en estas últimas, tres cuartas partes del total de las defunciones de niños menores de cinco años, son prevenibles, podemos decir: que este exceso de mortalidad, es una medida del reto que enfrentan los países para proteger a todas las madres del mundo. (1).

Por otro lado, también es importante señalar, que para que un Programa de Atención Materno-infantil tiene a cabalidad sus fines, éste debe ser bien planificado, debiendo hacerse previamente un estudio de la población Materno-infantil y sus diferentes grupos, de los daños a que está sometida, de su situación socio-económica, así como de la percepción del problema por parte de la comunidad, como también de la aceptabilidad de los programas por parte de la misma. Además es importante conocer la percepción del problema por parte del personal que tendrá a su cargo dichos programas y de la conciencia que del

mismo tenga. Sólo de ésta forma, un Programa de Atención Materno-infantil, tendrá bien trazados sus objetivos y también serán evaluables sus logros.

Es la finalidad de éste trabajo, hacer el Diagnóstico de Salud del Grupo Materno-infantil en la comunidad de Zunil, así como de analizar los aspectos que competan al mismo y en base en éste extraer conclusiones, para luego plantear algunas soluciones a fin de contribuir aunque en forma mínima a la solución de los serios problemas que están afectando a éste grupo mayoritario de nuestra población.

II. OBJETIVOS

A. GENERALES:

1. Hacer el diagnóstico de la situación del grupo materno-infantil en el municipio de Zunil, analizar la proporción del problema, y en forma muy específica orientar para la planificación y ejecución de un programa de atención infantil adaptado a esta comunidad.

B. ESPECIFICOS:

1. Hacer un estudio de la Población General de Zunil, y en especial del grupo Materno-infantil con sus diferentes componentes.
2. Conocer la Situación socio-económica y condiciones de Saneamiento Ambiental, como de los recursos de Salud utilizables en esa comunidad.
3. Conocer y determinar los DAÑOS a que está sometida la población Materno-infantil en ese municipio.
4. Determinar la Situación Nutricional y de los aspectos que se relacionan con la misma, de las madres y niños, en esa población.
5. Determinar y analizar los factores socio-culturales de la comunidad en estudio, para conocer la percepción de la misma y de su personal local de salud hacia el problema que afecta al Grupo Materno-infantil en ésta.
6. Contribuir en esta forma, a dar solución a parte de los problemas que afectan a nuestro país.

III. HIPOTESIS

1. La mayoría de los daños que se presentan en el grupo materno-infantil, son prevenibles con acciones concretas contra las causas de éstos daños, que en su mayoría son de origen infeccioso y nutricional, teniendo éstos como causa determinante, la situación socioeconómica de las personas.
2. 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 del enfoque de las posibles soluciones.

IV. MATERIAL Y METODOS

A. MATERIAL: Estos variaron de acuerdo a los diferentes aspectos que fueron investigados, al igual que los Métodos.

1. Las familias que integran la población total del Municipio de Zunil, que fué la comunidad sometida a estudio.
2. Los libros del Registro Civil de la Alcaldía, de los cuales se obtuvieron los datos sobre los daños en ésta población, específicamente los que corresponden a Mortalidad General y Mortinatalidad.
3. Los libros de Consulta Externa y de Control Prenatal del Centro de Salud de ésta localidad.
4. El Protocolo, guías y formularios diseñados por la Facultad de Ciencias Médicas.
5. Mapa de Zunil, obtenido de la Dirección General de Estadística.
6. Se contó con los recursos del Centro de Salud (Pesa, Infantómetro, mesa de examen, etc.), como también con los recursos humanos y materiales del Laboratorio Quími-co-biológico del Hospital Nacional de Occidente.
7. Una muestra representativa, de las familias de la Cabeza Municipal.
8. Las viviendas de las familias seleccionadas en la muestra estadística, y otros aspectos relacionados con el medio ambiente en el que habitan las mismas.

B. METODOS:

1. Se realizó una encuesta de la población del municipio, - con la colaboración del Médico Jefe del Distrito de Zunil, de la Enfermera y traductora del Centro de Salud, de los integrantes de la Municipalidad, integrantes de la Parroquia, ocho estudiantes de Secundaria, 28 auxiliares de la alcaldía y la colaboración especial de los maestros del municipio y de 24 estudiantes del Primer Año de Medicina del Centro Universitario de Occidente. Por medio de ésta encuesta se obtuvieron datos sobre la población general, tanto en el área urbana como en el área rural, se obtuvieron también datos sobre escolaridad, alfabetismo y Condiciones de la vivienda.
2. Se revisaron los libros del Registro Civil, para investigar y determinar las causas y tasas de defunciones en éste municipio, correspondientes al año anterior (1,974), como también para determinar la Mortinatalidad.
3. Se analizaron los datos sobre morbilidad del Libro de Consulta Externa y de Control Prenatal correspondientes a los primeros seis meses del año en curso (1,975), en vista de que no se encontró el Libro del año anterior.
4. Se tomó una muestra estadística, constituida por el 15% de la Población Urbana lo que hacían 82 familias, utilizando el sistema de muestreo de inicio al azar, por lo que se determinó el módulo que fue de 6.6, pero que al aproximarla a 7, y hacer el Muestreo, el número de familia por lo que al final la muestra fue de 78 familias, - que constituyeron nuestro Universo. En estas familias se investigaron: La situación nutricional de niños menores de 5 años y madres embarazadas así como su relación con

los factores socio económicos y culturales. Además se estudiaron en la misma, los aspectos relacionados con la Percepción del problema Materno-infantil por parte de la comunidad. Por otro lado, se investigó también la percepción del mismo problema por parte del personal de Salud Local.

V. DESCRIPCION DEL AREA

1. ASPECTOS GENERALES:

Zunil, Municipio del departamento de Quetzaltenango, está situado al sur de la Cabecera departamental. Colinda al norte con Almolonga, (Quetzaltenango) y con Sta. Catarina Ixtahuacán (Sololá); al Este con Cantel, (Quetzaltenango) y Santa Catarina Ixtahuacán (Sololá); al Sur con Pueblo Nuevo y Zunilito (Suchitepéquez); al Oeste con el Palmar (Quetzaltenango). (2).

Zunil está integrado por:

- a) Un pueblo: Zunil (Cabeza Municipal).
- b) Dos Aldeas: Santa María de Jesús y la Estancia de la Cruz.
- c) Quince Caseríos, con los siguientes nombres:
 - 1. Planta Eléctrica. 6. Tzajoyán. 11. Chuitinamit.
 - 2. Chicobi. 7. Pacatóm. 12. Col. 20 de Octubre.
 - 3. Xolcajá. 8. Chuamanzán. 13. Chitziquiná.
 - 4. Paxmux. 9. El Chorro. 14. Patzulín.
 - 5. Tzamucubal. 10. La Muralla. 15. La Colonia. (3)

Dentro de la Jurisdicción de éste municipio, se encuentran dos lugares con baños termales: Las Georginas, principal Centro Turístico y Aguas Amargas. (4) En el también se encuentran la Planta Hidroeléctrica de Santa María, y las Plantas también hidroeléctricas Zunil 1 y Zunil 2, que pertenecen a la M

nicipalidad de Quetzaltenango.

- 2. HISTORIA: Por acuerdo gubernativo del 11 de Junio de 1886, se estableció el municipio de Zunil. Al crearse, los municipios de Santo Tomás la Unión y Zunilito, los mismos fueron segregados de Zunil. (2).

Según el relato obtenido de don Bernabé Xicay, Alcalde de Zunil, en tiempos anteriores a la conquista el pueblo de Zunil se encontraba en los cerros que están frente a la Aldea de Santa María, lugar que actualmente se llama Chuitinimit y considera que si se hicieran excavaciones en dicho lugar se podrían encontrar restos de la ciudadela. En éste antiguo Zunil era donde gobernaba el príncipe Huitzitzil Tzunum, quien según la historia peleó a mando de Tecún Umán, para el tiempo de la Conquista.

- 3. EXTENSION TERRITORIAL: Zunil tiene una extensión de 92 Kms. cuadrados.
- 4. ALTITUD: Se encuentra a 2,076.66 metros sobre el nivel del mar.
- 5. CLIMA: Su clima varía entre templado por la mañana y frío por la tarde y la noche.
- 6. OROGRAFIA: Este municipio está formado en gran parte por montañas, entre las que destacan la montaña llamada Xecampana y también la de Chuiminsiguán (arriba del barranco grande). Tiene además los volcanes de Zunil y Pecul. (3).

7. HIDROGRAFIA:

Cuenta con los siguientes ríos:

1. Río Samalá.
2. Río Pachamiyá.
3. Río Pachuayul.
4. Río El Chorro.
5. Río Tzaramacá.
6. Río Chiyul.
7. Río Los Baños.

La totalidad de la hidrografía de Zunil, desagua en el Océano Pacífico, por medio del Río Samalá. Es importante señalar que dada su posición hidrográfica, es que Zunil cuenta con las plantas hidroeléctricas ya mencionadas, que abastecen de energía eléctrica a la zona sur-oeste del país.

8. VIAS DE COMUNICACION:

Se comunica con la ciudad de Quetzaltenango, (a 13.5 Kms.), con Cantel (a 3 Kms.), con sus aldeas (Santa María de Jesús y La Estancia de la Cruz) y con la Costa Sur (Mazatenango a 50 Kms.), por carretera asfaltada. Se comunica además con Almolonga (a 4 kms.), por carretera de tierra (antigua carretera que subía de la Costa Sur hacia la ciudad de Quetzaltenango.) Los caseríos se comunican por medio de veredas y ronderos.

9. INSTITUCIONES:

A. MUNICIPALIDAD: Zunil está catalogado como una municipalidad de 4a. categoría (2). El gobierno

municipal tiene su sede en la cabecera Municipal. La autoridad máxima es el Alcalde Municipal y la Corporación Municipal está formada de 5 Consejales en funciones y 3 suplentes. Además como parte de la misma tiene un tesorero y un Secretario.

B. IGLESIA: Zunil cuenta con un párroco permanente. La Iglesia se encuentra muy bien organizada y además ha sido un verdadero agente de cambio dentro de la comunidad. La mayoría de los habitantes profesan la religión católica.

10. ORGANIZACION SOCIAL:

En la sociedad de Zunil, la unidad fundamental de la misma es la familia.

11. ORGANIZACION FAMILIAR:

La mayoría de las familias de Zunil, están constituidas por uniones de hecho y que además de esas uniones hay un gran porcentaje de ellas que han celebrado su matrimonio religioso (católico). Es sólo un bajo porcentaje el que está unido legalmente. La familia es nuclear, pues está formada, por los conyugues y sus hijos, rodeados de un grupo de parientes; es de residencia Neolocal, pues vive separada de las demás familias; constituye una Descendencia Terminológica Bilineal, porque los hijos se identifican con los apellidos de ambos padres; es de Herencia Bilineal, pues los hijos heredan los bienes de los padres por ambas líneas; ya que es el padre quien en general ejerce la autoridad, la familia es de Poder Patriarcal.

12. PARTIDOS POLITICOS:

En esta comunidad existen los cuatro Partidos Políticos clásicos del país: PR, MLN, DC, PID. La participación política de los integrantes de la comunidad, es mínima.

13. EDUCACION:

Para la "Educación" de sus habitantes, cuenta con 5 establecimientos de Nivel Primario, así: (Ver cuadro en la página No. 13)

14. FOLKLORE:

a) Vestuario: Las mujeres usan un Corte de colores variados, faja roja tejida con hilo y lana, con adornos negros, guipil que puede ser Rojo, Morado o color Guinda. Además usan una cinta en la cabeza de varios colores pero el que domina es el rojo y también un "tapado" que lo usan en forma de capa, amarrándoselo por las puntas a nivel del cuello que puede ser morado, rojo o quinda. El hombre se viste en forma corriente usando mas que todo pantalones de gabardina sin ninguna característica especial. La mayoría de la población no tiene acceso al calzado.

b) Idioma: En Zunil se habla Quiché, se estima que un 60% de los hombres hablan un poco de Castellano y quizás solo un 5% de las mujeres hablan español.

c) Días de Mercado:

Lunes: Este día es más que todo cuando llegan comerciantes de otras comunidades a vender sus productos.

ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS DE ZUNIL
1975

Localiza- ción	Nivel	Tipo	No. de Grados	No. de Alum- nos	Maestros		Casteñazación
					No. Primaria	Tipo	
Zunil Cabeceira Municipal	Primario	Estatal	6	200	5	4	1
Santa Ma- ría de Je- sús	Primario	Estatal	3	40	2	2	-
Santa Ma- ría de Je- sús	Primario	Privado (INDE)	6	107	5	4	1
La Estan- cia de la Cruz	Primario	Estatal	6	56	2	2	-
Chumucu- bal	Primario	Estatal	3	38	2	1	1

Miércoles y Sábados: Es el mercado de verduras en el que los Zunilenses venden sus productos.

d) La Fiesta Religiosa Titular de Santiago se celebra del 23 al 26 de Noviembre. Hay además varias fiestas durante el año que son organizadas por las 8 Cofradías existentes en Zunil, que son:

1. Sta. Catarina (25 de Noviembre)
2. Sta. Cruz (1, 2 y 3 de Mayo)
3. Candelaria (2 de Febrero)
4. San Antonio (13 de Junio)
5. Corpus Cristi (Fecha variable, según el Calendario)
6. Natividad (8 de Septiembre)
7. Concepción (8 de Diciembre)
8. Animas (1o. de Noviembre)

Los integrantes de las diferentes Cofradías son escogidos por el Alcalde Municipal.

Para el día de la Cruz (3 de Mayo) los brujos de Zunil suben a la montaña llamada Xecampana y queman cohetes y copal como parte de sus ritos. Esta montaña se llama así porque en la cumbre hay una roca con forma de campana y es el sitio de reunión de los brujos para realizar sus ritos.

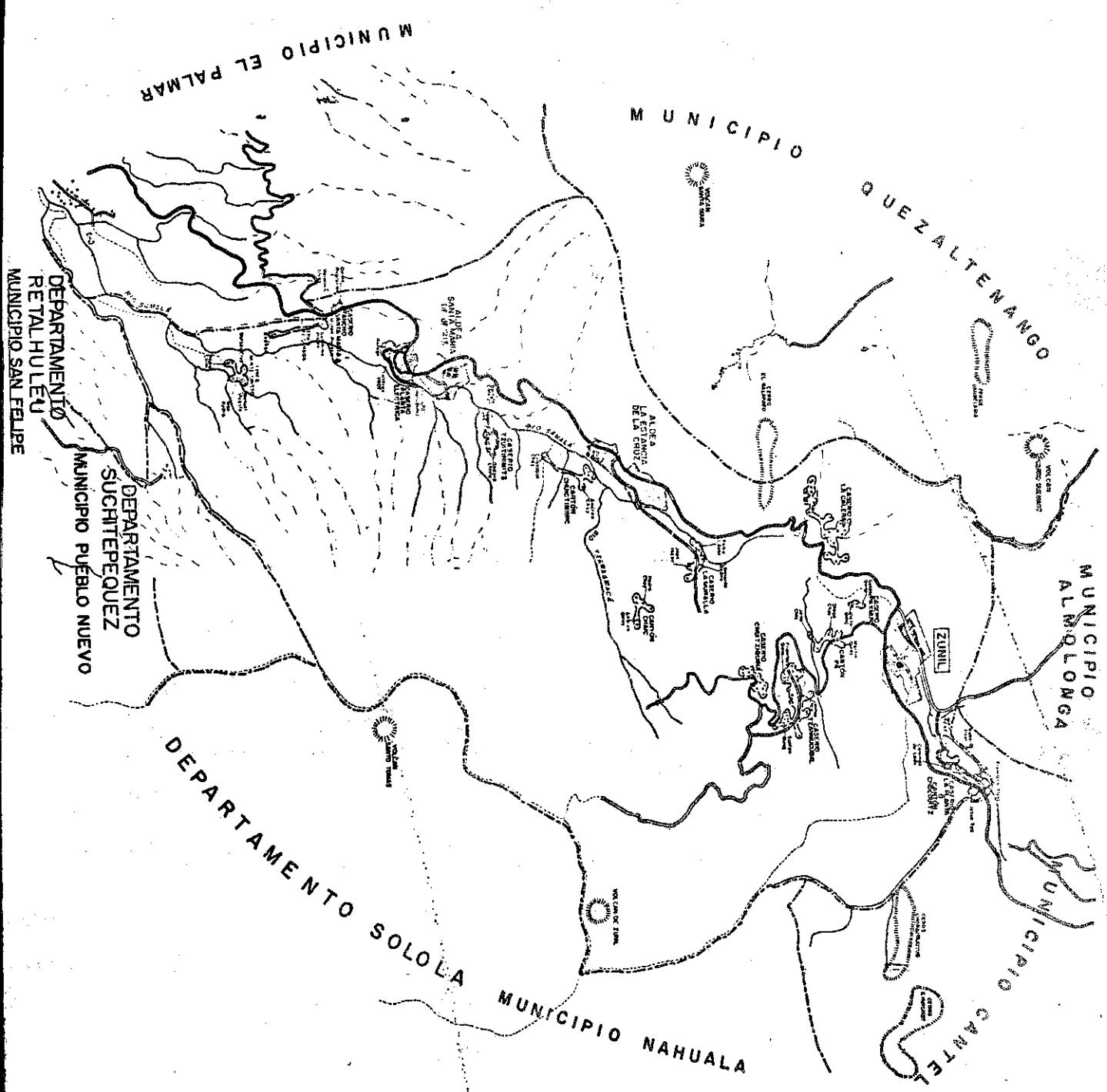
15. SANEAMIENTO AMBIENTAL:

a) **Fuentes de Agua:** la cabecera municipal dispone de abastecimiento de agua potable, por sistema de Gravidad. El agua es tomada directamente del nacimiento

y de allí va por medio de tubería a tanques de abastecimiento. El agua potable en la población es extradomiciliaria en un 99%. También es Sta. María de Jesús, La Estancia de la Cruz y la Planta, hay agua potable, y su distribución es extradomiciliaria en un 85%.

b) **Disposición de Excretas:** La disposición de Excretas es en su gran mayoría a flor de tierra. Zunil no cuenta con drenajes aunque ya están proyectados y solo se espera que el Congreso de la República apruebe el presupuesto para colocar los drenajes en la población.

DEPARTAMENTO QUEZALTENANGO
MUNICIPIO ZUNIL



POBLACION EN ZUNIL SEGUN CENSO 1975.

Cuando se hace un trabajo de investigación sobre la situación socio-económica, sanitaria y cultural de una población, lo primero que debemos analizar en nuestro universo de trabajo.

Vemos en el cuadro 1.1 que nuestra población total es de: 4.700 habitantes, de los cuales, 2,793 se encuentran en la cabecera municipal o área urbana y el resto en el área rural.

Es importantes señalar que el número de habitantes de una población determinada, está sujeta a variaciones por las tres siguientes causas:

1. Los nacimientos
2. Las defunciones
3. Las corrientes migratorias (5).

Densidad de Población

Zunil tiene una extensión de 92 Kms²., con densidad de 51.08 habitantes por kilómetro cuadrado. Si comparamos este dato con el de la República, nos damos cuenta de que son significativamente comparables, ya que la República tiene una densidad de 52.8 habitantes por kilómetro cuadrado. (Ver cuadro No. 1.2).

CUADRO No. 1.1.

POBLACION DE ZUNIL, SEGUN CENSO REALIZADO
EN 1,975

URBANO		RURAL			TOTAL	
Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	
1433	1360	2793	964	943	1907	4700

CUADRO No. 1.2.

DENSIDAD DE POBLACION

	No. de Habitantes	KMS. ²	Densidad
Zunil	4,700	92	51.08
República de Guatemala, 1,973	5,175,400	131,800 KM. ²	52.0

POBLACION DE ZUNIL POR GRUPOS ETAREOS. PIRAMIDE
DE POBLACION

Con un fin puramente ilustrativo, presentamos la Población de Zunil, por Grupos Etareos, calculada para 1,974 (2) y luego vemos la Pirámide poblacional resultante de la misma. (Ver cuadro No. 1.3 y Gráfica No. 1).

Como era de esperarse, vemos que es una pirámide de base ancha en donde predominan los menores de 15 años, población no productiva, o de consumo.

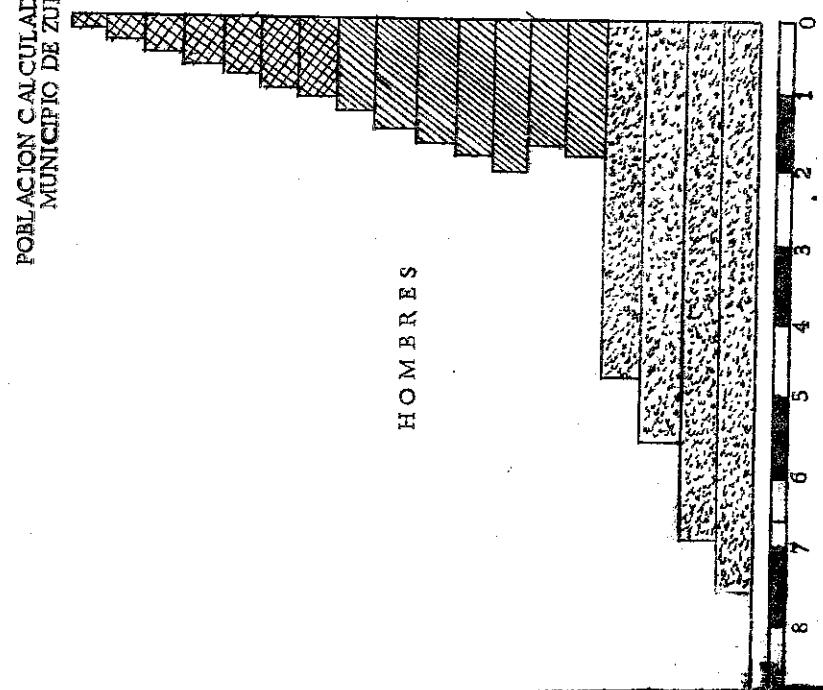
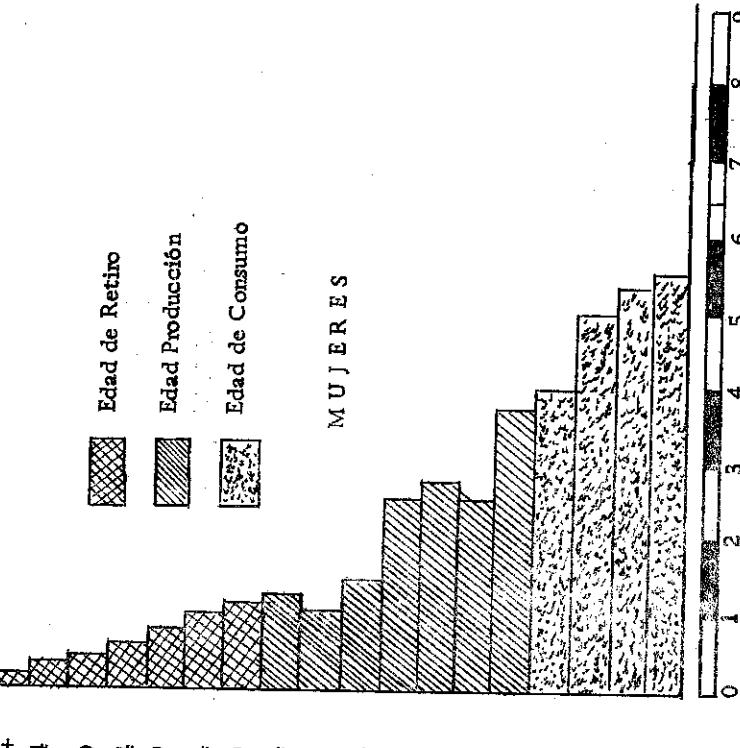
Si comparamos ahora la pirámide poblacional de Zunil con la de la República, encontramos que son similares en cuanto a su conformación, ya que Zunil, es parte del todo o sea la República de Guatemala. (Ver gráfica No. 2).

Ahora bien, es conocido que las poblaciones jóvenes o en desarrollo como la de Guatemala, se caracterizan por la alta incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias, desnutrición, alta mortalidad general e infantil, poca nupcialidad y altos índices de Natalidad.

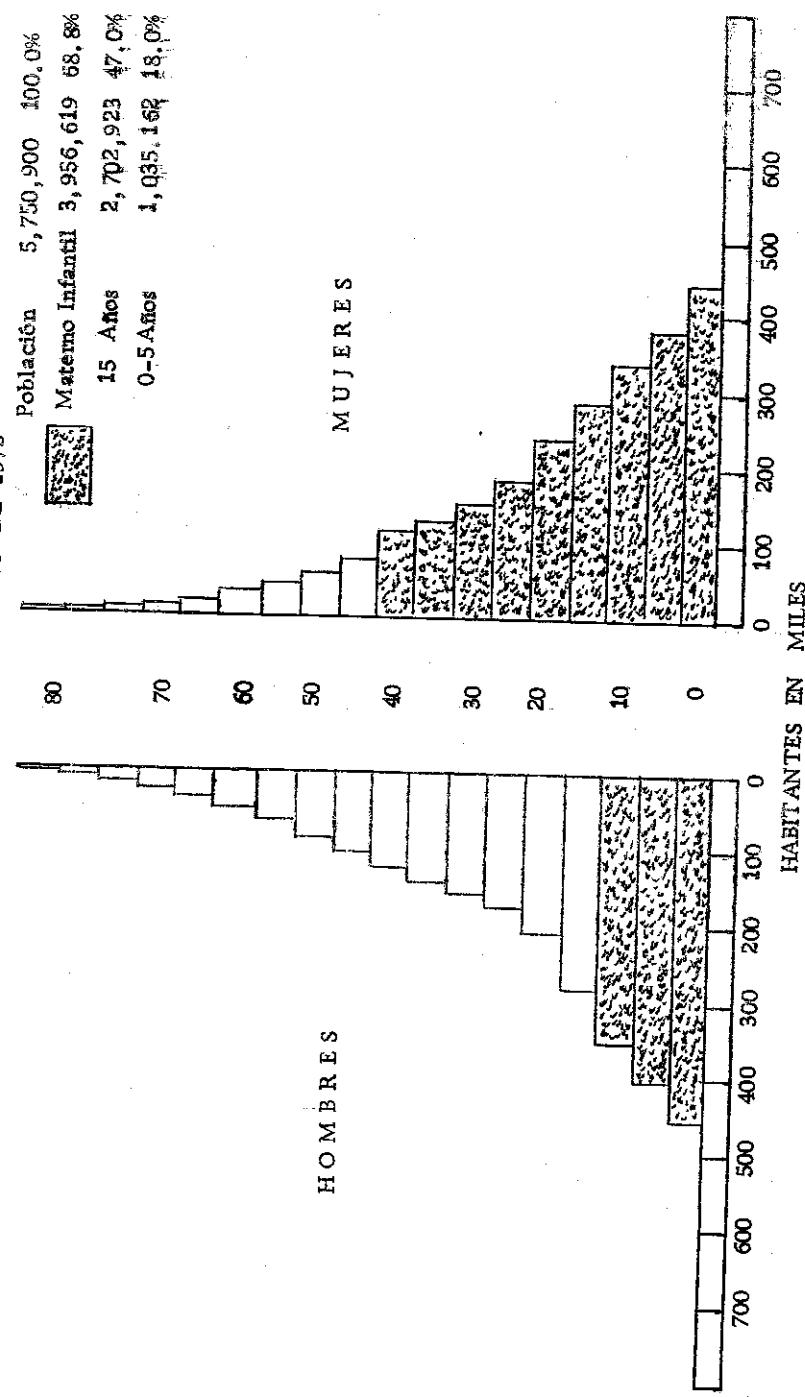
CUADRO N°. 1.3.
POBLACION DE ZUNIL POR GRUPOS ETAREOS
(CALCULADA PARA 1,974)

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 - 4	573	548	1,121
5 - 9	565	543	1,108
10 - 14	431	389	820
15 - 19	260	288	548
20 - 24	189	246	435
25 - 29	187	202	389
30 - 34	200	211	411
35 - 39	174	176	350
40 - 44	143	127	270
45 - 49	97	88	185
50 - 54	75	84	159
55 - 59	70	65	135
60 - 64	64	58	122
65 - 69	58	51	109
70 - 74	41	37	78
75 - 79	20	16	36
80 - 84	9	9	18
85 y más	4	6	10
TOTAL	3,160	3,144	6,304

POBLACION CALCULADA POR GRUPOS ETAREOS EN EL
MUNICIPIO DE ZUNIL, QUEZALTENANGO 1974



PIRAMIDE DE POBLACION AÑO DE 1973



POBLACION POR GRUPOS ETAREOS DE ZUNIL SEGUN CENSO DE 1,975

Población Proporcional por Grupos Etáreos.

En los dos siguientes cuadros analizamos la Población por Grupos Etáreos según el Censo que se practicó en 1,975 (Cuadro No. 1.4); luego en forma proporcional, para determinar la población Materno-Infantil, base de nuestra investigación. (Cuadro No. 1.5).

Encontramos que el 47.43% (2229) de la población total (4,700), está formada por menores de 15 años, y, el 52.57 % por mayores de dicha edad.

CUADRO No. 1.4.

POBLACION POR GRUPOS ETAREOS DE ZUNIL, EN 1,975

SEXO	EDAD						TOTAL
	Menores de 1 año	1 - 2 años	2 - 3 años	3 - 4 años	4 - 5 años	5 - 14 años	
Masculino	96	104	105	96	167	571	931
Femenino	77	88	91	91	113	630	954
TOTAL	173	192	196	187	280	1,201	1,885
						586	4,700

POBLACION PROPORCIONAL POR GRUPOS ETAREOS DE ZUNIL, SEGUN CENSO 1,975

Zunil cabecera	EDAD						TOTAL
	Menores de 1 año	1 - 2 años	2 - 3 años	3 - 4 años	4 - 5 años	5 - 14 años	
Municipal	106	116	117	109	186	726	1,114
AREA Rural	67	76	79	78	94	475	771
TOTAL	173	192	196	187	280	1,201	1,885
Porcentaje	3.68	4.04	4.17	3.97	5.05	25.55	40.10
						12.47	

MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

Población Materno Infantil de Zunil y de la República.

Llegamos ahora al análisis de las mujeres en edad reproductiva, o sea de 15 a 44 años (Cuadro No. 1.6), que totalizan 954, y, tenemos completa la población que necesitamos conocer a fondo: De 0 a 4, de 5 a 9, de 10 a 14 y mujeres en Edad Reproductiva.

El total del Grupo Materno Infantil en Zunil es de 3,183, que hacen un 67.72% de la población. (Ver cuadro No. 1.7).

Comparando ese porcentaje con el de la República para el año 1,973 encontramos que la Población Materno Infantil de Guatemala es de 66.20% (6), lo cual concuerda completamente con lo que nosotros encontramos en nuestra investigación. (Cuadro No. 1.7).

CUADRO No. 1.6.

MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (15 a 44 años)
DE ZUNIL EN 1,975

URBANA	RURAL	TOTAL
566	388	954

CUADRO N°. 1.7.

POBLACION MATERNO INFANTIL
Zunil, Encuesta de 1975
República de Guatemala, 1973

ZUNIL		REPUBLICA	
No.	%	No.	%
De 0 - 4 años			
1,028	21.88	1,035,162	18.00
De 5 - 14 años			
1,201	25.55	1,667,761	29.00
T O T A L			
2,229	47.43	2,642,923	47.00
Mujeres en edad Fértil			
254	20.29	1,104,173	19.20
TOTAL DEL GRUPO MATERNO INFANTIL	3,183	67.72	3,747,096
			66.20 (6)

EMBARAZOS Y ABORTOS ESPERADOS, PARTOS PROBABLES, NACIMIENTOS, TASAS DE FECUNDIDAD Y NATALIDAD

Analizamos seguidamente los cuadros relativos a los acápitulos anteriores viendo en ellos que, para una población de 4,700 habitantes, esperamos 235 embarazos, 24 abortos y 211 partos probables (Cuadro N°. 1.8).

Esto nos señala la población a cubrir en cuanto a Control Pre y Post Natal, atención del parto y sus complicaciones.

El número de Nacimientos significan la población Neonatal e Infantil a la cual trataremos de preservar y mantener en salud. (Cuadro N°. 1.9).

Las Tasas de Fecundidad (Cuadro N°. 1.10), y Natalidad que son de 321.80 por 1,000 nacidos vivos, y 65.31 respectivamente nos enfocan lo dicho anteriormente. (Cuadros N°s. 1.10 y 1.11).

Hagamos énfasis en la Tasa de Natalidad de Zunil, de 65.31 por mil nacidos vivos, lo cual es superior a la de la República; esta última es de 44.4 por mil nacidos vivos (7) pero ambas son altas y propias de las poblaciones jóvenes, muy superiores a la de los países industrializados. Así, ya para 1,960 la Tasa de Natalidad de Japón era de 17.2 por mil nacidos vivos. (8).

En 1,970 dicha tasa era de 48.3 para la República Dominicana (9) y sólo de 22.9 y 21.4 para Argentina y Uruguay respectivamente. (9).

Lo práctico de las Tasas que estamos analizando es que a mayor Natalidad, mayor número de niños en riesgo.

Y aquí hacemos una interrogante que ocasiona grandes controversias: ¿Deben ejecutarse programas de Planificación Familiar?

Sin entrar en polémica, contestamos afirmativamente; pero no como una política impositiva delineada desde el extranjero, sino como un derecho de la pareja de guatemaltecos para tener los hijos que deseen.

CUADRO No. 1.8.

EMBARAZOS Y ABORTOS ESPERADOS, PARTOS PROBABLES EN ZUNIL. ENCUESTA DE 1,975

POBLACION	EMBARAZOS ESPERADOS	ABORTOS ESPERADOS	PARTOS PROBABLES
4,700	235	24	211

CUADRO No. 1.9.

NACIMIENTOS EN ZUNIL DURANTE EL AÑO 1,974

MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
152	155	307

CUADRO No. 1.10.

TASA DE FECUNDIDAD EN ZUNIL DURANTE EL AÑO DE 1,974

NACIDOS VIVOS	MUJERES DE 15 a 44 años	TASA DE FECUNDIDAD
307	954	321.80

CUADRO No. 1.11.

TASA DE NATALIDAD.
ZUNIL - REPUBLICA DE GUATEMALA

	NACIDOS VIVOS	POBLACION	TASA DE NATALIDAD
Zunil 1,974	307	4,700	65.31
Rep. de Guatemala 1,973	223,358	5,175,400	44.4 %

NATALIDAD, MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD GENERAL

TASAS DE MORTALIDAD GENERAL EN ZUNIL Y LA REPUBLICA

CRECIMIENTO VEGETATIVO.

Expresamos en el siguiente cuadro (1.12.), cifras absolutas de Natalidad 307, Mortinatalidad 18 y Mortalidad General 102, que nos servirán de base para obtener las tasas respectivas.

Observamos inmediatamente que la Tasa de Mortalidad General en Zunil es de 21.70 por 1,000 habitantes, muy superior a la de la República, que para el año 1,973 fue de 9.5 por 1,000 (7). (Ver cuadro No. 1.13).

Ya sabemos que uno de los objetivos básicos del Centro de Salud será bajar los Índices de Mortalidad General y con ello los de los demás rubros.

En cuanto al Crecimiento Vegetativo sabemos que es el resultado de restar la Tasa de Mortalidad General a la de Natalidad, lo cual nos dará incremento poblacional.

El Crecimiento Vegetativo de Zunil es de 43.61, superior al de la República que para el año de 1,973 fué de 34.9. (Cuadro No. 1.14).

CUADRO No. 1.12.

NATALIDAD, MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD GENERAL EN ZUNIL DURANTE EL AÑO 1,974

MUNICIPIO	NATALIDAD	MORTINATALIDAD	MORTALIDAD GENERAL
ZUNIL	307	18	102

CUADRO No. 1.13.

MORTALIDAD GENERAL
ZUNIL, - REPUBLICA DE GUATEMALA

LUGAR	POBLACION	DEFUN-CIONES	TASA POR 1,000 Habitantes
ZUNIL. 1974	4,700	102	21.70
REPUBLICA Guatemala. 1973	5,175,400	50,354	9.5%

CUADRO No. 1.14.

CRECIMIENTO VEGETATIVO
ZUNIL, - REPUBLICA DE GUATEMALA

LUGAR	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad	Crecimiento Vegetativo
ZUNIL. 1974	65.31	21.70	43.61
REPUBLICA DE Guatemala. 1973	44.4%	9.5	34.9

MORTALIDAD PROPORCIONAL POR GRUPOS ETAREOS

La Mortalidad Proporcional por grupos etáreos es uno de los índices que sirven de base para determinar el estado sanitario de una población. Es el porcentaje de muertes que ocurren en las diferentes edades en relación con el total de muertes ocurridas. (Cuadro No. 1.15).

En los países en desarrollo la mayor proporción de muertes se encuentra en los primeros años de la vida; lo contrario sucede en los países desarrollados en donde se alcanzan mayores edades y las causas de muerte, al contrario de las nuestras que son por enfermedades infecciosas y parasitarias, ocurren a raíz de Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares, Senectud, etc.

Vemos en nuestro Cuadro de Mortalidad Proporcional que solamente el 40.19% corresponde a mayores de 15 años, y el resto, 59.81% a menores de 15 años.

Lo más grave de todo consiste en que de ese 59.81, el 54.9% abarca a los niños comprendidos de 0 a 4 años, es decir nuestra población infantil y pre-escolar.

Con afán eminentemente ilustrativo debemos informar que para el año 1961, el porcentaje de muertos para las edades de 0 - 4 años en la Argentina fue de sólo 20.1% y de 13.5% para Uruguay. (9).

Si trataramos de usar un mínimo de nuestro esfuerzo en la población más afectada, es en estas edades en donde deberíamos poner todo nuestro empeño médico sanitario.

CUADRO N.º 1.15.

MORTALIDAD POR GRUPOS ETAREOS, EN ZUNIL DURANTE EL AÑO 1,974

MUNICIPIO	de 0 a 28 días	1-11 meses	1-4 años	5-14 años	15 y más	TOTAL
ZUNIL	17	15	24	5	41	102
PORCENTAJE	16.66 %	14.71 %	23.53 %	4.91 %	40.19 %	10.00 %

MORTINATALIDAD EN ZUNIL EN 1,974

En forma comparativa veremos ahora la Mortinatalidad en Zunil para 1,974 y la Mortinatalidad de la República para 1,973. Mientras en la República fue solamente de 27.5 por 1,000 nacidos vivos, (7), para Zunil fue de 58.63. (Cuadro N.º 1.16).

Según la Unidad Sectorial de Planificación de la Salud del Ministerio de Salud Pública y A. S. las Causas de Mortinatalidad en la República de Guatemala para el año 1,973 fueron las siguientes:

Otras causas de mortalidad perinatales 59.22%
 Afecciones Anóxicas e Hipóxicas no clasificadas.. 28.85%
 Afecciones de Placenta y Cordón Umbilical 4.80%
 Anomalías Congénitas..... 3.01%
 Lesiones al Nacer y Partos distóicos..... 2.44% (10)

Y aunque bajar los índices de Mortinatalidad y Mortalidad Neonatal es tarea difícil, mucho puede hacerse con un buen Control Prenatal y una buena atención del parto; sobre todo si se conoce de antemano qué estamos en presencia de un Embarazo de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), que siempre debe referirse a centros especializados pero que previamente debe ser detectado en el Control Prenatal.

CUADRO N.º 1.16.

MORTINATALIDAD
ZUNIL - REPUBLICA DE GUATEMALA

LUGAR	Nacidos Vivos	Nacidos Muertos	Tasa %
Zunil. 1,974	307	18	58.63
República. 1,973	233,358	643	27.5 %

MORTALIDAD NEONATAL EN ZUNIL EN EL AÑO 1,974

Los niños de 0 a 28 días: Neonatos, se mueren de una serie de enfermedades de difícil control en el medio rural, tales: Traumatismos del parto, Anoxias e hipoxias no clasificadas, Malformaciones Congénitas, Eritroblastosis Fetal, Tétanos Neonatorum, Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Idiopática (Membrana Hialina) y otros cuadros más que dependen en mucho del grado de Madurez del Recién Nacido.

En Guatemala durante el año 1,973, las principales causas de Mortalidad Neonatal fueron: (10).

Otras Causas de Mortalidad perinatales.....	27.8 %
Neomonías.....	12.2
Influenza.....	8.0
Enteritis y otras enfermedades diarréicas	7.7
Afecciones Anóxicas e hipoxicas	7.3
Bronquitis y Enfisema.....	6.2
Tétanos Neonatorum.....	1.7
Anomalías Congénitas	1.7
IRS	1.5
Tos Ferina.....	1.4
Estados Morbosos mal definidos.....	13.0
Resto de Causas.....	11.4

Todas estas causas deben ser reconocidas por el Médico y tratadas a nivel hospitalario, lo cual no sucede en Zunil. De ahí por qué la Tasa de Mortalidad Neonatal en Zunil sea de 55.37 por 1,000 nacidos vivos, muy superior a la de la República, que fue de 29.2 por 1,000 para 1,971. (Cuadro N°. 1.17).

La labor del Centro de Salud de Zunil debe ser bajar la Prematuridad mediante un buen control Prenatal y referencia oportuna de los embarazos a los que se suman, las condiciones que triplican el riesgo de enfermar y/o morir de la mujer, constituyendo así los embarazos de Alto Riesgo Obstétrico. (ARO). (11).

CUADRO N°. 1.17.

MORTALIDAD NEONATAL EN ZUNIL EN EL AÑO 1,974

MUNICIPIO	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES DE 0 a 28 DIAS	TASA
ZUNIL	307	17	55.37
Mortalidad Neonatal, República de Guatemala año 1,971			29.2 %

MORTALIDAD POST-NEONATAL EN ZUNIL AÑO 1,974

Diez años atrás no se especificaba en los datos estadísticos la Mortalidad Post-Neonatal, como tampoco se determinaba la Mortalidad Perinatal.

Del análisis de la Mortalidad Neonatal se pasaba antes al de la Mortalidad infantil. Sin embargo, el número de niños que mueren entre 1 y 11 meses es importante tanto en lo que se refiere a Mortalidad Proporcional como en la referente a su Tasa.

Así, en Zunil, la Mortalidad Post-Neonatal fue de 48.5 por 1,000 nacidos vivos y desde el punto de vista proporcional fue del 14.71% (Cuadro No. 1.18).

El grupo de niños de 1 a 11 meses que conjuntamente con los Neonatos hacen la Mortalidad Infantil, dieron una alta tasa en el Municipio de Zunil en el año 1,974.

CUADRO No. 1.18.

MORTALIDAD POST-NEONATAL EN ZUNIL DURANTE EL AÑO 1,974

MUNICIPIO	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES DE 1 a 22 meses	TASA
ZUNIL	307	15	48.5

MORTALIDAD INFANTIL EN ZUNIL DURANTE 1,974

"No hay nada que clasifique más a un país entre los que tienen buena o mala situación sanitaria que la Mortalidad Infantil.

Los países económicamente poderosos, donde las condiciones sanitarias son excelentes, tienen bajos índices de Mortalidad Infantil.

Por el contrario, los países económicamente débiles, y con mala situación sanitaria, alcanzan los más altos índices de Mortalidad Infantil, y, dolorosamente Guatemala se encuentra

en esta situación". (12).

La elevada Mortalidad Infantil es un dolor de cabeza para Guatemala; y si lo es para toda la República, es mayor su trascendencia para el municipio de Zunil.

Vemos en el cuadro correspondiente que para la República de Guatemala en el año 1,973 la Tasa de Mortalidad Infantil fue de 80.6 por 1,000 nacidos vivos. (13). Para Zunil fue en 1,974 de 104.23 niños muertos antes de cumplir el año por 1,000 nacidos vivos (Cuadro No. 1.19).

"Se ha dicho y con razón que la Higiene Materno Infantil es la Salud Pública misma, o dicho en otras palabras: Si existiesen recursos para cubrir otros programas, con solo ejecutar un buen programa de Higiene Materno Infantil ya se está haciendo Salud Pública"; (14) porque bajar los índices de Mortalidad Infantil, tan elevados como los de Zunil, es hacer una buena labor.

CUADRO No. 1.19.

MORTALIDAD INFANTIL ZUNIL - REPUBLICA DE GUATEMALA 1,974

LUGAR	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES DE 0 a 11 meses	TASA
ZUNIL	307	32	104.23
REPUBLICA DE GUATEMALA 1973	233,358	18,825	80.6

MORTALIDAD DE 1 A 4 AÑOS EN ZUNIL AÑO 1,974

Analizando la Mortalidad de 1 a 4 años en Zunil durante el año 1,974, encontramos una Tasa de 27.97. (Cuadro N°. 1.20).

La importancia de este grupo etáreo es la aparición en ella de Desnutrición Protéico calórica y demás formas carenciales. Sabemos también que Desnutrición, más Infección significa mayor mortalidad.

Es así mismo interesante recalcar, como ya se ha visto en otros estudios, que es en la población de menores de 5 años, donde la mortalidad hace su mayor impacto; y que el Escolar no es un problema prioritario desde el punto de vista de la Salud.

CUADRO N°. 1.20.

MORTALIDAD EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS EN "ZUNIL", DURANTE EL AÑO 1,974

MUNICIPIO	POBLACION DE 1 A 4 AÑOS	DEFUNCIONES DE 1 A 4 AÑOS	TASA
ZUNIL	855	24	27.97

MORTALIDAD GENERAL, MORTALIDAD INFANTIL, MORTALIDAD PREESCOLAR EN ZUNIL Y EN LA REPUBLICA.

Si comparamos los cuadros de Mortalidad General por Causas de Salud, tanto en Zunil como en la República, vemos que tanto en una como en otra, las principales causas son del dominio de la Salud Pública; esto es, enfermedades preventibles. Ocupan los primeros lugares los cuadros diarréicos y respiratorios, así como las enfermedades infecciosas y carenciales. (Cuadros N°s. 1.21 y 1.22).

Si ahora analizamos las causas de Mortalidad en niños de 0 a 11 meses (Mortalidad Infantil) y de 1 a 4 años, encontramos que en la primera las causas son: Bronconeumonía, Prematuridad y Enfermedades del Neonato, Síndrome Diarréico y Fiebre de Etiología no Determinada. (Cuadro N°. 1.23). Para los de 1 a 4 años ocupan los primeros lugares el Parasitismo Intestinal, Síndrome Diarréico, Tos Ferina, Gripe y Pulmonía. (Cuadro N°. 1.24).

En la República las causas para las mismas edades son similares por no decir prácticamente idénticas: Síndrome Diarréico, Afecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Infecto Contagiosas. (Cuadro N°. 1.25).

La Mortalidad en Zunil para las edades estudiadas es el reflejo de lo que sucede en el país; o dicho de otra manera: La Mortalidad Infantil y Pre Escolar de Guatemala es el reflejo de lo que sucede en el área rural.

CUADRO No. 1.21.

MORTALIDAD GENERAL POR CAUSA
EN ZUNIL DURANTE EL AÑO 1,974

ENFERMEDAD	No. de casos
03- Síndrome Diarréico	26
30- Neumonías y Bronconeumonías	14
42- Prematuridad y Enf. del Neonato	10
16- Parasitismo Intestinal	10
21- Anemia e Hipoprotinemia	6
45- Accidentes (suicidios, ahogamientos)	5
07- Tos Ferina	5
44- Fiebre de Etiología no determinada	4
29- Gripe	4
43- Gastritis	4
02- Disentería	2
35- Cirrosis	2
32- Ulcera Gastroduodenal	2
09- Meningitis	1
43- Epilepsia	1
31- Asma Bronquial	1
Parálisis	1
23- Reumatismo	1
04- Tuberculosis Pulmonar	1
44- Demencia	1
Alcoholismo	1
TOTAL	102

CUADRO No. 1.22.

REPÚBLICA DE GUATEMALA
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
TASA X 1,000 HABITANTES (10)
1,973

ENFERMEDADES	TASA /1000/HAB.
Infecciones Agudas Respiratorias	2.5
Síndrome Diarréico	2.3
Enfermedades Carenciales	0.8
Mortalidad Perinatal	0.8
Afecciones del Apto. Resp. Agudas	0.4
Cáncer	0.3
Cardiopatías	0.2
Tos Ferina	0.2
Resto de Causas	6.0
Mortalidad General	13.5

CUADRO No. 1.23.

MORTALIDAD POR CAUSA
EN NIÑOS DE 0 A 11 MESES
(Mortalidad Infantil)
En Zunil en el año 1,974

ENFERMEDAD	No. de casos
30- Bronconeumonía	11
42- Prematuridad y Enfermedades del Neonato	10
03- Síndrome Diarréico	8
44- Fiebre de Etiología no determinada	2
09- Meningitis	1
TOTAL	32

CUADRO No. 1.24.

MORTALIDAD POR CAUSA
EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS
EN ZUNIL DURANTE EL AÑO 1,974

ENFERMEDAD	No. de Casos
16- Parasitismo Intestinal	9
03- Síndrome Diárréico	6
07- Tos Ferina	4
29- Gripe	3
30- Pulmonía	2
Total	24

CUADRO No. 1.25.

REPÚBLICA DE GUATEMALA
MORTALIDAD INFANTIL Y PREESCOLAR
ANALISIS - CAUSAS (10)
1,973

ENFERMEDAD	PORCENTAJE
Síndrome Diárréico	25.0
Afecciones Resp. Agudas	21.0
Enfermedades Infecto-Contagiosas	12.0
Resto de Causas	42.0
TOTAL	100.0

B. DAÑOS

2. MORBILIDAD

MORBILIDAD DE 0 A 11 MESES, DE 1 A 4, DE 5 A 14 Y EN MAYORES DE 15 AÑOS

Los datos de Morbilidad significan daño detectado por el Médico. Son fidedignos y con menos margen de error; lo contrario sucede con las causas de Mortalidad cuyos diagnósticos son dados en el mayor porcentaje por empíricos.

Respecto a la Morbilidad de Zunil en niños de 0 - 11 meses, ocupan los primeros lugares las Enfermedades respiratorias y el Síndrome Diarréico (Cuadro No. 1.26); en la República se invierten dichos rubros; pero el resto de causas son similares. (Cuadro No. 1.27). Llama la atención la alta incidencia de enfermedades infecciosas de la piel.

Morbilidad de 1 a 4 años. Al hacer el análisis comparativo de la Morbilidad de Zunil y la de la República, salta a la vista el hecho de que pareciera que estuvieran calculadas una sobre la otra. En ambas ocupan los primeros lugares las Enfermedades Diarréicas, las Respiratorias, Parasitismo, Desnutrición y Anemia. (Ver Cuadros Nos. 1.28. y 1.29).

En estas edades hace su aparición la Desnutrición Proteico calórica, otro de los azotes de nuestra niñez.

Morbilidad de 5 a 14 y de Mayores de 15 años.

Solamente con fines ilustrativos analizamos la Morbilidad de 5 a 14 y de mayores de 15 años, Morbilidad que en el primer grupo encabezan el Parasitismo intestinal, la IRS, Síndrome Diarréico, Enfermedades Infecciosas de la Piel y Desnutrición. (Cuadro No. 1.30).

En los mayores de 15 años ocupa el primer lugar la IRS seguida de Enfermedad Peplica, Fiebre Reumática, Síndrome Diarréico y TBC Pulmonar. (Ver Cuadro No. 1.31).

CUADRO No. 1.26.

MORBILIDAD DE 0 A 11 MESES
EN PUESTO DE SALUD DE ZUNIL
PRIMER SEMESTRE DE 1,975

ENFERMEDAD	No. de Casos
I.R.S.	22
BRONQUITIS	17
SINDROME DIARREICO	15
BRONCONEUMONIA	4
DERMATITIS	4
ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LA PIEL (Piodermitis, Forunculosis, Celulitis)	2
SARCOPTIOSIS	2
MONILIASIS	2
GRIPE	2
SARAMPIÓN	2
VARICELA	2
HERNIAS INGINALES	2
CONJUNTIVITIS	1
OTITIS MEDIA SUPURADA	1
ONFALITIS	1
AMEBIASIS	1

CUADRO No. 1.27.

REPUBLICA DE GUATEMALA
MORBILIDAD EN MENORES DE UN AÑO (10)
1,973

Diez Principales Causas	No. Casos	Porcentaje
Enteritis y otras enfermedades diarréicas	7,327	21.1
Infecciones Respiratorias Agudas	5,489	15.8
Otras enfermedades de la piel y del Tej. Cel. S.	1,865	5.4
Bronquitis, enfisema y asma	1,392	4.0
Avitaminosis y otras Enf. Nutricionales	1,312	3.8
Infecciones de la piel y del tejido Celular subcutáneo	1,204	3.5
Enfermedades inflamatorias del ojo	638	1.8
Otras enfermedades del aparato Digestivo	619	1.8
Influenza	555	1.6
Otras neumonías	525	1.5
Resto de Causas	13,721	39.7
TOTAL	34,647	100.0 %

CUADRO No. 1.28.

MORBILIDAD DE 1 A 4 AÑOS
EN PUESTO DE SALUD DE ZUNIL
PRIMER SEMESTRE 1,975

ENFERMEDAD	No. de casos
Síndrome Diarréico	48
I.R.S.	26
Parasitismo Intestinal	16
Amebiásis	12
Bronquitis	11
Desnutrición y Anemia	10
Faringitis	8
Moniliasis	7
Bronco-Neumonía	6
Sarampión	5
Dermatitis Alérgicas	4
Gripe	4
Otitis media Supurada	3
Conjuntivitis	3
Sarcoptiosis	3
Varicela	3
Paperas	2
Tos Ferina	1
Herper Zoster	1
Cistitis	1
Dermatomicosis	1
Balanitis	1

CUADRO No. 1.29.

REPUBLICA DE GUATEMALA
MORBILIDAD EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS (10)
1,973

Diez Principales Causas	No. de Casos	%
Enteritis y otras enfermedades diarréicas	22,831	18.1
Infecciones Respiratorias Agudas	18,543	14.7
Otras Helmintiásis	9,086	7.2
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	8,283	6.6
Infecciones de la piel y del Tej. - Cel. Subc.	5,776	4.6
Bronquitis, enfisema y asma	5,392	4.3
Otras enf. de la piel y del Tej. - Cel. Subc.	4,734	3.8
Anemias	3,847	3.0
Enfermedades Inflamatorias del ojo	2,609	2.1
INFUENZA	2,423	1.9
Resto de Causas	42,646	33.7
TOTAL	126,170	100.0

CUADRO N.º 1.30.

MORBILIDAD DE 5 A 14 AÑOS
EN PUESTO DE SALUD DE ZUNIL
PRIMER SEMESTRE 1, 975

ENFERMEDAD	No. de casos
Parasitismo Intestinal	30
I.R.S.	14
Síndrome Diarréico	13
Infecciones de la piel (Piodermitis, Celulitis)	8
Desnutrición y Anemias	7
Conjuntivitis	7
Bronquitis y Asma	6
Amigdalitis	6
Amebiásis	5
Sarampión	5
Faringitis	4
Gripe	4
Neumonías y Bronconeumonías	4
Páperas	3
Adenitis Tuberculosa	2
Tos Ferina	2
Verrugas	2
Trastornos Refracción Ocular	2
Sarcoptiosis	2
Quemaduras	1
Sordera	1
Herper Simple	1
Enfermedad Péptica	1
Cuerpo Extraño en el Oído	1
Excema	1
Dermatomicosis	1

CUADRO N.º 1.31.

MORBILIDAD DE MAYORES DE 15 AÑOS
EN PUESTO DE SALUD DE ZUNIL
PRIMER SEMESTRE 1, 975

ENFERMEDAD	No. de Casos
I.R.S.	54
Enfermedad Péptica	39
Anemia	27
Enfermedad Reumática	24
Síndrome Diarréico	24
Enfermedades Infecciosas (piodermitis, abscesos)	22
Amebiásis	21
TBC Pulmonar	17
Bronquitis	15
Amigdalitis	14
Parasitismo Intestinal	14
Gripe	12
Conjuntivitis	11
Otitis	7
Infección Urinaria	6
Dermatitis Alérgica	5
Metrorragias	5
D.N.V.	5
Alcoholismo	4
Traumatismos	4
Desnutrición	3
Hepatitis Infecciosa	3
Dermatomicosis	3

Continúa en la siguiente página

Continuación del Cuadro No. 1.31.

ENFERMEDAD	No. de Casos
Parálisis facial	3
Ciática	3
Sarcoptiosis	3
Adenitis Tuberculosa	2
Síndrome de mala Absorción	2
Herper Zoster	2
Mastitis	2
Hipertensión Arterial	2
Colecistitis Calculosa	2
Gastritis	2
Paludismo	2
Paperas	1
Esterilidad	1
Enfisema Pulmonar	1
Catarata	1
Quemaduras	1
Endometritis	1
Jaquecas	1
Dispepsia	1
Neurosis	1
Trastornos Refracción Ocular	1
Insuficiencia Cardiaca	1
Cardiopatías	1
Tricomoniasis vaginal	1
Gonorrea	1
Picaduras de Insectos	1

MORBILIDAD EN PACIENTES EMBARAZADAS PUESTO DE SALUD DE ZUNIL

Siendo tan poco el número de Embarazadas en control Pre-natal, los datos encontrados no son significativos, tan sólo pueden considerarse como preliminares. Inclusive no figuran en los diagnósticos, enfermedades consecutivas al embarazo en sí; más bien se trata de padecimientos colaterales.

Vemos que de 39 pacientes examinadas, 24 no acusaron ningún padecimiento y las que lo hicieron fue por Síndrome Diarréico, Enfermedad Péptica, IRS, Anemia, Gripe y otras, para un total de 15. (Cuadro No. 1.32).

Si analizamos ahora la Morbilidad materna para la República en el año de 1,974, encontramos los siguientes rubros que sí son propios del Embarazo y Puerperio: (11).

Toxemias del Embarazo y Puerperio.....	0.4 %
Hemorragias del Embarazo y del Parto	5.1
Abortos y los no Especificados	17.1
Otras Complicaciones del Embarazo Parto y Puerperio.	9.5
Parto sin mención de Complicaciones.....	67.9

Vemos que en los datos correspondientes a la República, el 32.1% de las Madres tuvieron problemas; en Zunil la proporción fue de 38.4%.

CUADRO No. 1.32.

MORBILIDAD EN PACIENTES EMBARAZADAS
EN PUESTO DE SALUD DE ZUNIL
PRIMER SEMESTRE 1,975

ENFERMEDAD	No. de Casos
Síndrome Diarréico	3
Enfermedad Péptica	3
I.R.S.	2
Anemia	2
Gripe	2
Traumatismo	1
Sarcocistosis	1
Gastritis	1
TOTAL.....	
	15
Embarazadas Sanas	24
Total Embarazadas Examinadas	39

B. DAÑOS

3. SITUACION NUTRICIONAL

SITUACION NUTRICIONAL EN ZUNIL Y EN LA REPUBLICA

Otro de los grandes problemas que confronta Guatemala - es el de la Desnutrición. La gran mayoría de los guatemaltecos viven en estado de Desnutrición en todos sus grados, pero la sub clínica es la que predomina en todos los grupos de edades.

Sabido también es, por los estudios sistemáticos y constantes del INCAP, que el mayor impacto de la Desnutrición se siente sobre la población de 1 a 4 años.

Durante la Encuesta Nutricional realizada en Zunil, además de los signos del cabello, ojos, conjuntivas y piel, que nos delimitan los diferentes grados de Avitaminosis y Anemia, existen diferentes grados de Desnutrición según la escala del Maestro Federico Gómez. (Ver los Cuadros N°s. 1.33, 1.34, 1.35, 1.36, 1.37 y 1.38).

Encontramos que de los 75 niños estudiados, 21 o sea el 28% no manifiestan ningún signo de Desnutrición, en tanto que 54 o sea el 72%, la presentan en alguna de sus formas. (Cuadro N°. 1.39).

La Desnutrición Grado I fue de 46.6%, Grado II de 24% y Grado III de 1.33%. (Ver Cuadro N°. 1.39).

El grupo más afectado fué el de 4 a 5 años; de los 24 niños del grupo, solamente 2 están normales, 15 presentan Desnutrición Grado I; 5 Grado II y 1 Grado III. (Cuadro N°. 1.39).

Comparando ahora los datos de la República, encontramos que 28% están normales en relación a 18.6% en Zunil. (Cuadro N°. 1.40).

Desnutrición Grado I: 46.66% en Zunil, 48% en la República; Grado II; 24% en Zunil, 26.5% en la República; Grado III; 1.33% en Zunil y 6.9% en la República. Los porcentajes son similares en Zunil y en la República. (Cuadro No. 1.40).

El resultado total de la encuesta nutricional lo hemos calculado en las correspondientes gráficas, para el sexo masculino y femenino, según los grados de Desnutrición. (Ver gráfica No. 3 y 4).

CUADRO N°. 1.33.

SITUACION NUTRICIONAL EN "ZUNIL"
EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
(Encuesta de 1,975)

EDAD	SEXO	PESO EN LIBRAS	TALLA EN LIBRAS	CLASIFICACION			
				N	I	II	III
1 mes.	F	10	50	X			
2 mes.	F	10	53	X			
3 mes.	M	13	60	X			
3 mes.	M	14	56	X			
3 mes.	M	10	57		X		
4 mes.	F	14	52	X	X		
5 mes.	F	12	60		X		
5 mes.	F	15	64	X			
6 mes.	F	17	61	X			
8 mes.	F	14	59				X
8 mes.	F	19	63.5	X			
9 mes.	F	17	62		X		
9 mes.	M	21	60	X			
10 mes.	F	18	65		X		
10 mes.	F	19	66		X		
10 mes.	F	16	64		X		
11 mes.	M	14	61			X	
TOTAL	17	--	--	10	5	2	0

CUADRO N° 1.34.

SITUACION NUTRICIONAL EN ZUNIL
EN NIÑOS DE 1 A 2 AÑOS
(Encuesta de 1,975)

EDAD	SEXO	PESO EN LIBRAS	TALLA EN CMS.	CLASIFICACION			
				N	I	II	III
1 año	M	15	64		X		
1 año	F	18	70		X		
1-1 mes	M	19	67		X		
1-2 mes	F	16	68		X		
1-3 mes	M	19	68		X		
1-4 mes	M	15	70		X		
1-5 mes	M	25	75	X			
1-6 mes	F	18	68		X		
1-6 mes	M	18	70		X		
1-8 mes	F	24	69	X			
TOTAL		10		2	3	5	0

CUADRO N° 1.35.

SITUACION NUTRICIONAL EN ZUNIL
EN NIÑOS DE 2 A 3 AÑOS
(Encuesta de 1,975)

EDAD	SEXO	PESO EN LIBRAS	TALLA EN CMS.	CLASIFICACION			
				N	I	II	III
2 años	M	22.8	79		X		
2 años	M	20	75			X	
2 años	M	25	80		X		
2 años	M	26.5	77	X			
2 años	F	31	80	X			
2 años	F	18	72		X		
2 años	M	25	74	X			
2 años	F	18	72		X		
2 a. 6 meses	F	24	82		X		
2 a. 6 meses	F	21	77		X		
2 a. 7 meses	M	20	76		X		
2 a. 9 meses	F	22	80		X		
TOTAL		12	--	--	4	2	6
							0

CUADRO No. 1.36.

SITUACION NUTRICIONAL EN ZUNIL
EN NIÑOS DE 3 A 4 AÑOS
(Encuesta de 1,975)

EDAD	SEXO	PESO EN LIBRAS	TALLA EN CMS.	CLASIFICACION			
				N	I	II	III
3 años	F	26	83		X		
3 años	F	34	95	X			
3 años	F	25	82		X		
3 años	M	26	83		X		
3 años	M	33	98	X			
3 años	F	26	85		X		
3 años	M	33	96	X			
3 años	M	27	89		X		
3 años	F	26	80		X		
3 años	M	26	85		X		
3 años	M	28	88		X		
3 a. 6 meses	F	28	90		X		
3 a. 8 meses	F	27	91		X		
T O T A L	13	--	--	3	10	0	0

CUADRO No. 1.37.

SITUACION NUTRICIONAL EN ZUNIL
EN NIÑOS DE 4 A 5 AÑOS
(Encuesta de 1,975)

EDAD	SEXO	PESO EN LIBRAS	TALLA EN CMS.	CLASIFICACION			
				N	I	II	III
4 años	M	31	93			X	
4 años	F	31	93			X	
4 años	F	32.8	91			X	
4 años	M	25	80				X
4 años	M	31	93			X	
4 años	F	30	89			X	
4 años	F	36	96			X	
4 años	M	26	82			X	
4 años	M	25	87			X	
4 años	M	33	92			X	
4 años	M	29.8	88			X	
4 años	F	30	90			X	
4.3 meses	M	33	94			X	
4.6 meses	M	24	78				X
4.6 meses	M	31	96			X	
4.6 meses	F	27	84			X	
4.6 meses	F	30	95			X	
4.8 meses	F	34	87			X	
4.10 meses	F	33	94			X	
4.11 meses	F	33	79			X	
4.11 meses	F	34	95			X	
4.11 meses	F	34	100			X	
5 años	F	29	95				X
T O T A L	23	--	--	2	15	5	1

CUADRO No. 1.38.

SIGLOS DE DESNUTRICIÓN
EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
Encuesta de Zunil de 1,975

S I G N O S	No. de Casos
<u>Cabello</u>	
Fácilmente desprendible	5
Cambio de Textura	10
Cambio de Textura y color	4
<u>Signos Oculares</u>	
Conjuntivitis no purulenta	23
Manchas de Bitot	
Queratomalacia	
<u>Conjuntivas</u>	
Palidez de Conjuntivas	
<u>Signos de Piel</u>	
Hiperqueratosis Folicular	2

Nota: En ningún caso se encontró Bocio ni Edema de miembros inferiores.

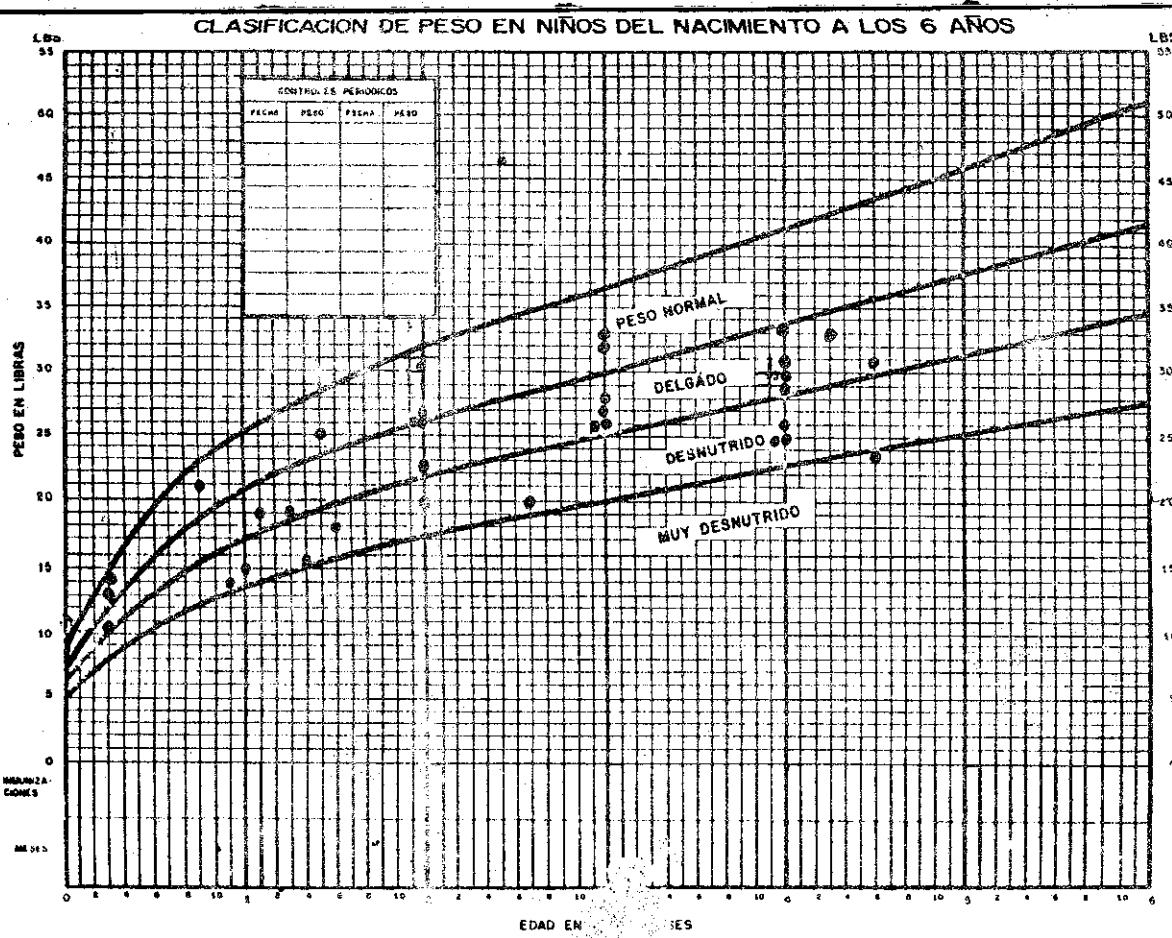
CUADRO No. 1.39.
RESUMEN DE LA SITUACION NUTRICIONAL EN ZUNIL
EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS
(Encuesta de 1,975)

	Normal	GRADOS DE DESNUTRICION			TOTAL
		I	II	III	
Menores de 1 año	10	5	2	0	17
1 a 2 años	2	3	5	0	10
2 a 3 años	4	2	6	0	12
3 a 4 años	3	10	0	0	13
4 a 5 años	2	15	5	1	23
TOTAL	21	35	18	1	75
PORCENTAJE	28	46.66	24	1.33	100

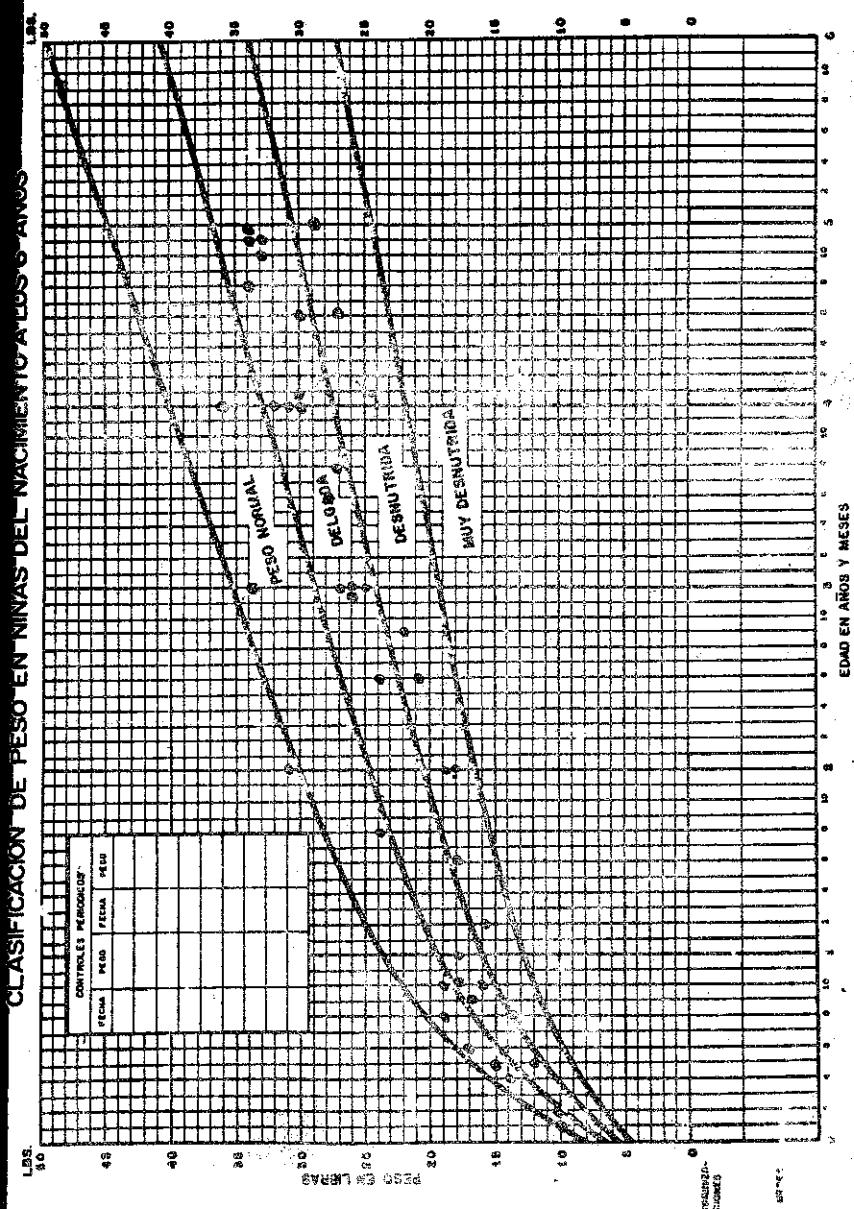
CUADRO No. 1.40.

REPUBLICA DE GUATEMALA
SITUACION NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS 1,973

POBLACION TOTAL	NUMERO	PORCENTAJE
Niños - 5 años	1,041,000	100.0
Normales	194,000	18.6
<u>POBLACION CON DESNUTRICION:</u>		
PRIMER GRADO	511,000	48.0
SEGUNDO GRADO	276,500	26.5
TERCER GRADO	65,600	6.9
TOTAL	848,800	81.4



CLASIFICACIÓN DE PESO EN NIÑAS DEL NACIMIENTO A LOS 6 AÑOS



DESNUTRICION PROTEICO CALORICA EN EMBARAZADAS

"Desde el punto de vista nutricional inmediato, la dieta materna debe contener una proporción adecuada de los nutrientes requeridos para mantener un buen estado de salud a la madre y el feto durante el embarazo, contribuir a una producción láctea suficiente, sin perjuicio de las reservas nutricionales maternas y, por último conservar la buena salud de la madre entre un embarazo y el siguiente". (15).

En el estudio realizado en Zunil, los datos relativos a la Desnutrición en Embarazadas, pueden considerarse como preliminares, ya que la muestra fue solamente de 7.

De éstas, 4 no presentaron ningún signo aparente de Desnutrición, 2 padecían de Anemia y 1 de Desnutrición Proteíco Calórica. (Cuadro No. 1.41).

Sólo queremos enfatizar en que la Desnutrición Alimentación evidentemente inadecuada es uno de los factores de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) (11), y que conjuntamente con el Medio Ambiente adverso, el elevado Índice de Analfabetismo y baja cobertura de atención materno infantil, es uno de los Denominadores comunes del Riesgo Neonatal.

Dentro del Programa Materno Infantil de Zunil, debe ponerse énfasis en la buena nutrición de la Embarazada y madre lactante.

CUADRO N°. 1.41.

DES NUTRICION PROTEICO CALORICA EN EMBARAZADAS
ENCUESTA EN ZUNIL, 1,975

DES NUTRICION PROTEICO CALORICA *	No. DE CASOS	PORCENTAJE
ANEMIA **	1	14.28 %
AVITAMINOSIS "A"	2	28.57 %
BOCIO	0	0 %
ESTADO NUTRICIONAL NORMAL	4	57.14 %
TOTAL	7	100 %

* Datos obtenidos desde el punto de vista Clínico-nutricional

** Se utilizaron métodos de Laboratorio (Hemaciología).

C. SITUACION SOCIOECONOMICA
Y CULTURAL

GRUPOS ETNICOS, ESCOLARIDAD Y ANALFABETISMO

Analizamos conjuntamente los tres cuadros mencionados, ya que son afines en lo que se refiere a los aspectos socio-culturales.

Así mismo, comparamos los resultados de Zunil con los de la República: En la República de Guatemala para 1,973 hay un 56.3% de ladinos y 43.7% de indígenas; en Zunil el 89.57% son indígenas y sólo el 10.4% ladinos. (Cuadro No. 1.42). Claro está, que al elaborar un plan de acción sanitaria deben tenerse en cuenta las costumbres de unos y otros.

Parte importante del análisis de los grupos étnicos, es lo que se refiere a la expectativa de vida al nacer, entre ladinos e indígenas, que por supuesto, depende de los factores que suelen debilitar la estructura biológica y psico-social de los últimos. Así tenemos que la expectativa de vida al nacer en 1,971 (6). Era para ambos grupos, la siguiente:

Ladinos:	Indígenas
Hombres 61.4 años	Hombres 45 años
Mujeres 60. años	Mujeres 44 años

Escolaridad en Zunil: Vemos en el cuadro No. 1.43 sobre escolaridad que solamente el 45.82% van a la Escuela, en tanto que el 54.19% de los niños de 7 a 14 años no lo hacen. Inclusive, estos datos no son siempre significativos: Recordemos la gran deserción escolar que existe en las áreas urbanas, la cual es mayor en las áreas rurales, en donde los niños no solo son fuerza de trabajo viva, sino ayudantes de las tareas familiares.

Alfabetismo en Zunil: En lo que se refiere a Alfabetismo y Analfabetismo en Zunil, vemos que corre paralelo con el país. El 29.24% saben leer y escribir, y, el 60.76% son Analfabetos. (Cuadro No. 1.44).

En la República de Guatemala, en 1,973, teníamos un 41.5% de Analfabetos respecto a la población total y de 54.4% (2,155,220) de la población de 7 años o más edad. (7).

Esto no es sino el reflejo de nuestra precaria situación socio-económica.

CUADRO No. 1.42.

GRUPOS ETNICOS EN ZUNIL
SEGUN CENSO REALIZADO EN 1,975

	Ladinos	%	Indígenas	%	Total
Zunil Cabece ra Municipal	37	1.32	2756	98.69	2793
Area Rural	453*	23.75	1454	76.25	1907
Total	490	10.43	4210	89.57	4700

República Gua temala 1,973.	2,913,420	56.3	2,361,980	43.7	5,175,400
--------------------------------	-----------	------	-----------	------	-----------

* Llama la atención, que en el Area Rural, es donde hay más ladinos. Esto lo determina la población ladina de las aldeas: Santa María de Jesús y la Estancia de la Cruz.

CUADRO No. 1.43.

ESCOLARIDAD EN ZUNIL
SEGUN CENSO 1,975

	de 7 a 14 años, que van a es- cuela	%	de 7 a 14 años, que no van	%	TOTAL
Zunil Cabece ra Municipal	256	36.36	448	63.64	704
Area Rural	260	61.61	162	38.39	422
Total	516	45.82	610	54.19	1126

CUADRO No. 1.44.

ALFABETISMO EN ZUNIL
SEGUN CENSO 1,975

	Alfabetos	%	Analfabetos	%	Total
Zunil Cabece ra Municipal	662	30.77	1,489	69.22	2,151
Area Rural	756	51.71	706	48.29	1,462
Total	1,418	29.24	2,195	60.76	3,613

ALIMENTACION FAMILIAR

Los guatemaltecos somos "Hombres de Maíz", fundamentalmente el campesino, cuyo alimento básico es el grano de los dioses mayas.

En nuestra encuesta encontramos que el 100% de las familias quichés lo consumen, en proporción de 3 libras, que se come tres veces al día y durante los 7 días de la semana, o sea durante toda la vida. (Ver Cuadro No. 1.45)

El frijol se consume en menos cantidad, menos aún el arroz; y en ínfimas cantidades las proteínas animales como la carne, huevos y leche, que son manjares para los pocos privilegiados. Esto se refleja en el bajo rendimiento del campesino que apenas sobre-vive con las calorías del maíz y que crece inclusivo, consumiendo su propio Nitrógeno, para formar proteínas.

Alimentación de la Embarazada, Lactante, Pre Escolar y Escolar:

Si analizamos la alimentación de los grupos arriba enumerados, vemos que básicamente sigue siendo la misma deficiente dieta, que la del resto de la familia. Solamente el 4% de las Embarazadas, el 2% de los Pre Escolares y el 1% de los escolares, consumen otros productos diferentes a los de la dieta familiar, siendo estos: Incaparina, leche, jugos, huevos y pan. (Cuadro No. 1.46).

Un buen programa nutricional es básico para los hombres y mujeres del área rural de Guatemala.

CUADRO No. 1.45
ALIMENTACION FAMILIAR EN ZUNIL
Encuesta de 1,975
Familias encuestadas: 78

ALIMENTOS	Porcentaje Familias que lo consumen	CANTIDAD	Veces al día	Días a la Semana	Esporádico
				7	
Maíz	100%	3 Libras	3	7	
Frijol	98%	1/2 Libras	2	3	
Arroz	61%	1/2 Libras	1	1	
Verduras y Yerbas	90%	1 Libra	1	2	
Carne	40%	1 Libra	1	1	
Leche	4%	1 Líro	1	2	
Huevos	23%	5 Huevos	1	7	
Café	93%	4 Tazas	2	2	
Incaparina	4%	4 Vasos	1	7	
Azúcar	9%	4 Onzas	1	5	
Panela	91%	2			
Pan	10%	4 Onzas	1	7	
Mosh	4%	4			
Frutas	45%	Variable			
Chile	90%	2			

CUADRO N°. 1.46.

HABITOS ALIMENTICIOS EN ZUNIL

(Encuesta de 1,975)

Familias Encuestadas: 78

ALIMENTACION DE LA EMBARAZADA, DEL LACTANTE, DEL PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR

	Consumo los ali- mentos que el res- to de la familia	Consumo otros Alimentos	Alimentos Diferentes
EMBARAZADAS	96%	4%	Incaparina Jugos, Pan Huevos
PRE-ESCOLAR	98%	2%	Incaparina Leche
ESCOLAR	99%	1%	Incaparina Leche
LACTANTE	Leche 100%	2%	-Atoles Café Pan

LACTANCIA MATERNA Y LACTANCIA ARTIFICIAL...
"ALIMENTOS MALOS"

Cada día son más categóricos los Pediatras y Nutricionistas en cuanto a la necesidad imperiosa de que las madres den de mamar a sus hijos por lo menos durante los primeros 6 meses de la vida. Es bien sabido la cantidad de anticuerpos que lleva la leche materna, y cómo previene inclusive la Enterocolitis Necrotisante del Prematuro. También es necesario mencionar los Postulados del Dr. Jelliffe (16), quien preconiza, no sólo la alimentación materna casi exclusiva durante los primeros 6 meses, sino la conveniencia de su prolongación hasta los 2 años, cuando no hay posibilidades de darle otro tipo de proteínas como sucede en los países subdesarrollados.

Pues bien, en Zunil el 69% de las madres prolongan la lactancia al seno hasta los 18 meses, lo cual los defiende de entrar de lleno al proceso de Desnutrición, que como sabemos tiene su mayor incidencia de 1 a 4 años, y que se inicia generalmente cuando la leche materna es sustituida por los atoles, o sea en la época del destete. (Cuadro N°. 1.47).

Lactancia Artificial. El inicio de la alimentación artificial en Zunil alcanza su mayor porcentaje, 57%, a los 12 meses, y el 32% a los 18 meses. Esto está de acuerdo con las costumbres y creencias de la raza indígena -e inclusive de la ladina-, que consideran "malos" para los niños los "alimentos duros", esto es, los sólidos. (Cuadro N°. 1.48).

En cuanto a los alimentos considerados "malos" para la Embarazada y madre lactante, un buen porcentaje de las personas encuestadas consideran dañinos el perejil, la yerba mora, el nabo, la coliflor y el repollo. (Cuadro N°. 1.49).

CUADRO No. 1.47.

HABITOS ALIMENTICIOS EN ZUNIL

(Encuesta de 1,975)

Familias Encuestadas: 78

LACTANCIA MATERNA

M E S E S	P O R C E N T A J E
12	11%
18	69%
24	15%
36	4%
Más 36 meses	1%
	100%

CUADRO No. 1.48.

HABITOS ALIMENTICIOS EN ZUNIL

(Encuesta de 1,975)

Familias Encuestadas: 78

INICIACION DE LA ALIMENTACION ARTIFICIAL

M E S E S	P O R C E N T A J E
Antes de los 6 meses	1.5%
6 Meses	3.0%
9 Meses	6.0%
12 Meses	57.0%
18 Meses	32.0%
24 Meses	0.5%
	100 %

CUADRO No. 1.49.

HABITOS ALIMENTICIOS EN ZUNIL

(Encuesta de 1,975)

Familias Encuestadas: 78

ALIMENTOS "MALOS", durante el Embarazo
LA LACTANCIA Y PARA EL NIÑO DE PECHO

	Desconoce su Existencia	Creen que Hay	Alimentos Malos
EMBARAZO	90%	10%	Bledo Perejil Yerbamora
LACTANCIA MATERNA	70%	30%	Yerbamora Nabo, perejil, Califlor
PARA EL NIÑO DE PECHO	15%	85%	Carne, huevo, (llamados Frioles Hierbas. alimentos duros)

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

Una investigación socio-económica, será incompleta, si no se estudian la vivienda familiar. Sabemos, por estudios anteriores, que los campesinos viven en condiciones infra humanas, conviviendo en un solo cuarto hombres y animales; con piso de tierra, sin agua potable y sin letrina o excusado.

Los resultados de la encuesta de Zunil son los siguientes: El 75% de las viviendas tienen piso de tierra; 21% techo de paja, 65.5% carecen de cielo raso, el 68% tienen paredes de adobe; el 81% tienen un solo cuarto; el 21% poseen alumbrado eléctrico (a pesar de las 3 plantas que hay en Zunil); y sólo el 16% tienen agua intradomiciliar. (Ver cuadro No. 1.50).

Debe agregarse que el 59% de la población realiza sus necesidades fisiológicas a flor de tierra; que el 18% acumula las basuras en el patio de la vivienda y el 72% lo hacen en basureros insanitarios. (Cuadro No. 1.50).

Un cuadro elocuente de las pésimas condiciones sanitarias de la vivienda de los pobladores de Zunil.

En la República de Guatemala, el problema habitacional, es incommensurable; un estudio de 1,970, demuestra que para ese año el déficit habitacional era de 60,000 unidades, y que estas, alcanzaban un costo de 480 millones de quetzales. A la fecha, después de haber sufrido el terremoto de Febrero 4 de 1,976, podemos tener una idea, en base de los datos para 1,971, del déficit habitacional que actualmente tenemos.

En ese mismo trabajo se demuestra que en la ciudad capital tienen conexión de agua potable el 44% y que el resto de los municipios, la poseen en un 38%. En cuanto a disposición

de excretas y aguas servidas, la población urbana beneficiada es del 40.4%. (6).

Si estas son las condiciones del país, lógico es el resultado de nuestra encuesta en Zunil.

CUADRO No. 1.50.

CONDICIONES DE LA VIVIENDA EN ZUNIL, SEGUN ENCUESTA DE 1,975

	Urba no	Rural	Total	Porcen taje
PISO	Tierra	439	259	698 75.13
	Madera	2	15	17 1.82
	Cemento	97	108	205 22.06
	Otro	9	0	9 0.96
TECHO	Paja, Manaca o Palma	96	95	191 20.55
	Lámina de Zinc	132	267	399 42.97
	Lámina de Albesto	17	13	30 3.22
	Teja	302	4	306 32.93
	Terraza	0	3	3 0.32
CIELO	No tiene	314	295	609 65.50
	Machimbre	54	71	125 13.45
	Cartón	3	3	6 0.64
	Telas	2	0	2 0.21
	Otro	174	13	187 20.12

Continúa en la siguiente página.

Continuación del Cuadro No. 1.50.

	Urba- no	Rural	Total	Porcen- taje
PAREDES	Tabla	14	220	234 25.18
	Palma, paja o Macana	3	26	29 3.12
	Bahareque-adobe	523	109	632 68.03
	Block	7	24	31 3.33
	Ladrillo	0	3	3 0.32
INSTALA- CIONES	Cocina	255	305	560 60.29
	1 Cuarto	468	284	752 80.94
	2 Cuartos	63	56	119 12.80
	3 Cuartos	11	23	34 3.65
	más de 3 cuartos	5	19	24 2.58
ALUM- BRAZO	Eléctrico	57	156	213 22.92
	Gas	263	129	392 42.19
	Candela	226	96	322 34.66
	Ocote	1	1	2 0.21
AGUA	Riachuelo	1	37	38 4.09
	Pozo con brocal	0	5	5 0.53
	Pozo sin brocal	0	14	14 1.50
	Tubería Intra dom.	35	118	153 16.46
	Tubería extra dom.	511	192	703 75.67
	Otro	0	16	16 1.72
BASURAS	Patio	81	83	164 17.65
	Incineración	3	12	15 1.61
	Basurero	423	245	668 71.90
	Servicio Municipal	0	5	5 0.53
	Otro	40	37	77 8.28
EXCRE- TAS	A flor de tierra	359	186	545 58.66
	Letrina Sanitaria	100	116	216 23.25
	Letrina Insanitaria	88	66	154 16.37
	Fosa Séptica	0	14	14 1.50
	Colector público	0	0	0

TENENCIA DE LA TIERRA

Desde 1.959 un estudio médico serio y bien documentado demostró que las verdaderas causas de la desnutrición infantil en Guatemala, eran fundamentalmente socio-económicas, y que el meollo de la cuestión estriba, en la mala distribución de la tierra y poca industrialización. (17).

En dicho trabajo se desmostraba con datos estadísticos fidedignos, que 22 familias poseían el mayor porcentaje de tierra laborable del país, y que las grandes mayorías de campesinos poseían pequeñas parcelas que no les rinden lo necesario para mantener la economía familiar. (17).

Esta forma de tenencia de la tierra origina por un lado, el latifundio, donde se hacen cultivos extensivos y, generalmente de productos de exportación, para beneficio de un grupo reducido; y por otro el Minifundio, dedicado a la siembra de granos básicos o de consumo inmediato, sin utilización de maquinaria, abonos y fertilizantes, y, por ende con poca productividad. Zunil

Pues bien, a 16 años de aquel estudio, en Guatemala persiste aún con pocas modificaciones, la misma situación. Ahora en vez de 22 familias, son 34 las que poseen las grandes fincas de más de 200 caballerías, esto es, la mayor parte de tierra laborable del país. (7).

En Zunil, de 78 familias encuestadas, 70 poseen tierra y 8 no la poseen, (Cuadro No. 1.51), pero el 74% de los flamantes propietarios tienen como máximo 20 cuerdas (menos de 2 manzanas); y sólo una familia tiene más de 100 cuerdas. Todos absolutamente todos son minifundistas. (Cuadro No. 1.52).

CUADRO No. 1.52.

MEDIOS DE PRODUCCION EN ZUNIL
CANTIDAD DE TIERRA DISPONIBLE
(Encuesta de 1,975)

	No.	Porcentaje
Menos de 1 cuerda	4	5.71 %
2 a 5 cuerdas	10	14.28 %
6 a 10 cuerdas	22	31.42 %
11 a 15 cuerdas	6	8.57 %
16 a 20 cuerdas	10	14.28 %
21 a 25 cuerdas	5	7.14 %
26 a 30 cuerdas	4	5.71 %
31 a 40 cuerdas	3	4.28 %
41 a 50 cuerdas	3	4.28 %
50 a 100 cuerdas	2	2.85 %
Más de 100 cuerdas	1	1.42 %
Total	70	100 %

CUADRO No. 1.53.

MEDIOS DE PRODUCCION EN ZUNIL
FORMA DE TENENCIA DE LA TIERRA
(Encuesta de 1,975)

	Número	Porcentaje
Propietario	61	87.14 %
Arrendatario	3	4.28 %
Usufructo	3	4.28 %
Posesión	2	2.85 %
Mediero	1	1.42 %
Total	70	100 %

CUADRO No. 1.52.

MEDIOS DE PRODUCCION EN ZUNIL
CANTIDAD DE TIERRA DISPONIBLE
(Encuesta de 1,975)

	No.	Porcentaje
Menos de 1 cuerda	4	5.71 %
2 a 5 cuerdas	10	14.28 %
6 a 10 cuerdas	22	31.42 %
11 a 15 cuerdas	6	8.57 %
16 a 20 cuerdas	10	14.28 %
21 a 25 cuerdas	5	7.14 %
26 a 30 cuerdas	4	5.71 %
31 a 40 cuerdas	3	4.28 %
41 a 50 cuerdas	3	4.28 %
50 a 100 cuerdas	2	2.85 %
Más de 100 cuerdas	1	1.42 %
Total	70	100 %

CUADRO No. 1.53.

MEDIOS DE PRODUCCION EN ZUNIL
FORMA DE TENENCIA DE LA TIERRA
(Encuesta de 1,975)

	Número	Porcentaje
Propietario	61	87.14 %
Arrendatario	3	4.28 %
Usufructo	3	4.28 %
Posesión	2	2.85 %
Mediero	1	1.42 %
Total	70	100 %

CUADRO No. 1.54.

HERRAMIENTAS USADAS EN ZUNIL
(Encuesta de 1,975)

	No.	Porcentaje
Azadón	70	100 %
Machete	67	95.71 %
Piocha	50	71.42 %
Regadera	30	42.85 %

CUADRO No. 1.55.

TENENCIA DE LOS INSTRUMENTOS DE TRABAJO DE ZUNIL
(Encuesta de 1,975)

	No.	Porcentaje
Propiedad	67	95.71 %
Prestada	2	2.85 %
Alquilada	1	1.42 %
Total	70	100 %

PRODUCCION Y CONSUMO AGRICOLA, PECUARIO Y ARTESANAL

Si analizamos conjuntamente la producción y consumo agrícola Pecuario y Artesanal en Zunil, encontramos que es pobre e insuficiente aún para cubrir las necesidades básicas de la población.

El mayor porcentaje de cuerdas laborables se usa para la siembra de maíz y para las hortalizas; el primero es exclusivamente para consumo; las verduras para la venta. Como siempre, los propietarios de los medios de transporte y los intermediarios, serán los más beneficiados con la producción de verduras en Zunil. (Cuadro No. 1.56).

Dentro de la pobre producción pecuaria, ocupa el primer lugar la crianza de gallinas, que usan para el gasto y la venta; chompipes, cerdos, ovejas y conejos que sirven para la venta. (Cuadros Nos. 1.57 y 1.58).

La producción textil es casi exclusiva para sus vestidos y prácticamente la única producción artesanal de Zunil. (Cuadro No. 1.59).

Actualmente, hay en Zunil una Cooperativa de Artesanía, que está formada de 300 socios indígenas y cuya finalidad es la producción y venta de productos textiles.

PRODUCCION AGRICOLA Y CONSUMO

Encuesta en Zunil 1,975

PRODUCTO AGRICOLA	NUMERO DE AGRICULTORES	%	PROMEDIO DE CUERDAS SEMBRADAS	PRODUCCION POR CUERDA	CANTIDAD DE ABONO	GASTO	VENTA	GASTO Y VENTA
MAIZ	69	88	12 cuerdas	3 qq.	15 libras	X	--	-----
CEBOLLA	32	41	1.5 cuerda	12,000 Uni.	abono orgánico	-	X	-----
FRIJOL	28	33.8	5 cuerdas	50 Libras	15 Libras	X	--	-----
ZANAHORIA	15	19.23	1 cuerda	225 cuerdas	abono orgánico	-	--	X
RABANO	13	16.66	1/2 cuerda	250 docenas	abono orgánico	-	X	-----
REPOLLO	14	14.23	1 cuerda	45 docenas	abono orgánico	-	--	X
REMOLACHA	9	11.52	1/2 cuerda	180 docenas	abono orgánico	-	X	-----
ARVEJA	4	5.11	2 cuerdas	1.5 qq.		-	X	-----
NABO	5	6.41	1/2 cuerda	150 docenas		-	X	-----
PAPA	1	1.28	10 cuerdas	15 qq.	20 Libras	-	X	-----
LECHUGA	1	1.28	1/2 cuerda	50 docenas	abono orgánico	-	X	-----

CUADRO No. 1.57.

PRODUCCION Y CONSUMO PECUARIO EN ZUNIL
(Encuesta de 1,975)

	No. de Familias	Porcentaje
Tienen producciones Pecuarias	50	64.10 %
No tienen producciones Pecuarias	28	35.90 %
Total de Familias	78	100 %

CUADRO No. 1.58.

PRODUCCION Y CONSUMO PECUARIO EN ZUNIL
(Encuesta de 1,975)

Distribución Familiar y Consumo

	No. de familias	Porcentaje	No. de animales Promedio	U S O S		
				Gasto	Venta	Venta y Gasto
Gallinas	29	58%	3			X
Chompipes	5	10%	2		X	
Caballos	5	10%	1	Uso	X	
Cerdos	4	8%	1		X	
Ovejas	2	4%	3		X	
Conejos	2	4%	5		X	
Vacas	1	2%	1	Uso		
Palomas	1	2%	4		X	
Patos	1	2%	3		X	
Total	50	100%				

CUADRO No. 1.59.

PRODUCCION ARTESANAL DE ZUNIL

(Encuesta de 1,975)

Familias Encuestadas: 78

Número	Porcen-	U S O S			
		Gasto	Venta	Gasto	Venta
Producción Textil	21	87.50%		X	
Producción de carpintería	1	4.16%	X		
Producción de Cerámica	1	4.16%	X		
Producción de Pan	1	4.16%	X		
	24	100 %			

FUERZA DE TRABAJO Y ECONOMIA FAMILIAR

Finalmente ya nuestro estudio en el aspecto económico, encontramos que en Zunil no existe el mozo colono, propio de las grandes fincas cafetaleras de la costa. Aquí predomina en un 80% el campesino que a la vez de trabajar por su cuenta es así mismo jornalero de otros lugares; el 10% son solo jornaleros y cuadrilleros, y, hay un 10% que trabaja por su cuenta. En la muestra por nosotros encuestada, estos fueron 5 comerciantes, 1 transportista, 1 músico y 1 Maestro empírico (Cuadro No. 1.60).

Ingreso Familiar: El reflejo fiel y completo de la pobre situación económica de Zunil se ve con claridad que el ingreso económico familiar. Vemos allí que un ingreso que va de Q.12.00 mensuales por familia, hasta Q.60.00, corresponde al 97.16% de las familias encuestadas; 1 familia tiene un ingreso de Q. 140.00 y otra de Q.200.00 mensuales. (Cuadro No. 1.61).

El ingreso promedio anual por familia es de Q.342.15 y el Ingreso Per Cápita anual es de Q.57.03. (Cuadro No. 1.61).

Las cifras son elocuentes y dolorosas. ¿Qué puede comer? ¿Cómo puede vestirse? y ¿Qué condiciones sanitarias pueden tenerse con esos míseros ingresos económicos?...

Repetimos aquí que el descubrir esas tremendas realidades nos hace pensar en cuanto debe hacerse por esas mayorías de guatemaltecos, y en el menor tiempo posible, antes de que ellos tomen la iniciativa y nos obligen a hacerlo por medios no pacíficos.

CUADRO No. 1.60.

FUERZA DE TRABAJO EN ZUNIL

(Encuesta de 1,975)

FORMA DE TRABAJO.

	Número	Porcentaje
Colono	0	0 %
Cuadrillero	3	3.84 %
Solo Jornalero	5	6.38 %
Trabajar por su cuenta y es a la vez Jornalero	62	79.43 %
Sólo trabaja por su cuenta	8	10.25 %
Total	78	100 %

Nota: Los que solo trabajan por su cuenta son:

Comerciantes.....	5
Músico	1
Maestro Empírico	1
Transportista.....	1

CUADRO N°. 1.61.

INGRESO ECONOMICO FAMILIAR EN ZUNIL

(Encuesta de 1,975)

Familias Encuestadas: 78

Número #	Porcentaje %	Ingresos al mes	Ingresos al Año
12	% 15.38	Q. 12.00	Q. 144.00
14	% 17.95	Q. 15.00	Q. 180.00
11	% 14.23	Q. 20.00	Q. 240.00
13	% 16.66	Q. 25.00	Q. 300.00
15	% 19.23	Q. 30.00	Q. 360.00
5	% 6.41	Q. 40.00	Q. 480.00
4	% 5.11	Q. 50.00	Q. 600.00
2	% 2.56	Q. 60.00	Q. 720.00
1	% 1.28	Q. 140.00	Q. 1680.00
1	% 1.28	Q. 200.00	Q. 2400.00
78 en total	% 100		

Ingreso Promedio Anual por familia..... Q. 342.15

Ingreso Promedio anual Per Capita Q. 57.03

D: PERCEPCION DEL PROBLEMA

ATENCION DEL PARTO Y CONTROL PRENATAL

En la última parte de nuestro estudio tratamos de establecer en qué forma percibe la comunidad el problema Materno Infantil.

En lo referente a atención del parto y Control Prenatal, nos encontramos con los siguientes datos: El 92% de las encuestadas fueron atendidas, durante su último parto por comadrona empírica o tradicional; el 90% prefieren que su parto sea atendido por comadrona y sólo el 8.6% le dan preferencia al médico; 91% quieren que su niño nazca en el domicilio y no en el Hospital o Centro de Salud. (Cuadro No. 1.62).

Los datos anteriores podemos relacionarlos con el porcentaje de partos atendidos por personal no médico en la República de Guatemala para 1973, que fué de 85.3% del total de nacimientos. (11)

Así mismo, con fines puramente comparativos, exponemos los datos de asistencia del parto en el Depto. de Guatemala para 1,970, encontrando lo siguiente:

DEPARTAMENTO DE GUATEMALA NACIMIENTOS SEGUN ASISTENCIA RECIBIDA 1,970 (19)

Asistencia	No.	%
Médico	1,037	96.4
Comadrona	8	0.7
Empíricas	28	2.6
Ninguno	3	0.3
Totales	1,076	100 %

Tuvieron Control Prenatal el 38.6%; pero dicho control no fue ejercido por el médico o enfermera, sino por su comadrona empírica; 4.3% fueron controladas por enfermera y 2.9% por el Médico. (Cuadro No. 1.62).

Dentro del mismo rubro encontramos que el 18.7% de las encuestadas, consideran innecesario el Control Prenatal y el 75 y 90% no creen que el Embarazo de problemas a ellas o a su niño.

Las metas de atención en salud para el país son bajas por la carencia de recursos materiales y humanos, deficiencias en la programación y ejecución de los programas de atención sanitaria y según vemos en nuestro estudio, también por la mala percepción que del problema materno infantil tiene la población; lo que hace que los niveles del binomio madre-niño para 1,973 no alcanzaron las metas mínimas, como exponemos a continuación:

-	Control prenatal	20 %
-	Atención institucional del parto	18.4 %
-	Control de post parto	5.0 %
-	Control de niños de 0 a 5 años	15.0 % (10)

Después de analizar los datos anteriormente enumerados llegamos a la conclusión de que además de incrementar los recursos materiales y humanos en Zunil deberemos incluir en la planificación de los programas de atención materno infantil, una buena y bien dirigida campaña de Educación Sanitaria. Solo así lograremos romper las creencias y costumbres negativas, en cuanto a control y atención del embarazo y del parto.

CUADRO N° 1.62.

PERCEPCION DEL PROBLEMA MATERNO-INFANTIL POR LA COMUNIDAD, ATENCION DEL PARTO Y CONTROL PRENATAL. ZUNIL, ENCUESTA DE 1,975

PREGUNTAS	Med.	%	Aux. Enf.	%	Com.	%	Casa	%	C.S.	%	Hosp.	%	SI	%	NO	%
Ultimo parto atendido por	3	4.3	2	2.9	65	92.9	--	--	-	--	--	-	--	--	--	--
Quien le gustaría que le atendieran su próximo parto	6	8.6	1	1.4	63	90.0	--	--	-	--	--	-	--	--	--	--
Dónde le gustaría que atendiera su parto?	-	---	-	---	--	--	64	91.4	2	2.9	4	5.7	--	--	--	--
Ha tenido Control prenatal en su último o presente embarazo?	-	---	-	---	--	--	--	--	-	--	-	-	32	45.7	38	54.3
Con quién tuvo su control prenatal?	2	2.9	3	4.3	27	38.6	--	--	-	--	-	-	--	--	--	--
Lugar donde tuvo el control	-	---	-	---	--	--	27	38.6	3	4.3	2	2.9	--	--	--	--
Cree necesario el control prenatal?	-	---	-	---	--	--	--	--	-	--	-	-	58	81.4	12	18.7
Le dà problemas el embarazo	-	---	-	---	--	--	--	--	-	--	-	-	17	24.3	53	75.7
Puede darle problema el embarazo al niño?	-	---	-	---	--	--	--	--	-	--	-	-	7	10.0	63	90.0

CONDUCTA ANTE LA ENFERMEDAD DEL NIÑO, LAS INMUNIZACIONES Y EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Cuando el niño se enferma, la conducta es la siguiente; 40% lo tratan con remedios caseros; 15% consultan al farmacéutico; 10% acuden al curandero y 33% acuden al Centro de Salud. (Cuadro No. 1.63).

Después de estos resultados insistimos en que debe ejecutarse en Zunil un buen programa de educación Sanitaria.

La Comunidad ante las Vacunas: En lo relativo a inmunizaciones, 97% de los niños recibieron vacuna contra Poliomielitis, Tos Ferina, Difteria y Tétanos (DPT); es necesario mencionar que el 3% restante, que no fueron vacunados, eran niños menores de 2 meses y que por lo tanto, no eran susceptibles de ser vacunados durante la campaña. En cuanto a la vacuna Antisarampiónica, sólo el 77% de los niños investigados durante la encuesta, estaban vacunados; pero el 23% restante, eran menores de 1 año, por lo que tampoco eran susceptibles de ser vacunados durante la campaña. Esto quiere decir que de los niños en edad susceptible de ser vacunados con DPT, Antipoliomielítica y Antisarampiónica, fueron vacunados el 100%, lo que va en relación con el total de la población de niños vacunados en esta comunidad, que fue de 97%. Esto también está acorde con la baja Morbi-Mortalidad por estas enfermedades, que fue reportada en este municipio. (Cuadro No. 1.64).

Actitud hacia el control del Crecimiento y Desarrollo:

Vemos aquí que casi el 89% de las madres no llevan a sus niños a control de Crecimiento y desarrollo y que inclu-

sive hay un 30% de las familias encuestadas que consideran innecesario dicho control. (Ver cuadro No. 1.65).

CUADRO No. 1.63.

CONDUCTA DE LA MADRE ANTE LA ENFERMEDAD
DEL NIÑO
(ENCUESTA DE 1.975)

CUANDO SE LE ENFERMA UN NIÑO QUE ES LO PRIMERO QUE HACE?	Nº.	PORCENTA- JE
Le dá remedios caseros	28	40 %
Lo lleva con el Curandero	7	10 %
Lo lleva con el Farmacéutico	11	15.71 %
Lo lleva al Centro de Salud u Hospital	23	32.85 %
Lo lleva con Médico Particular	1	1.42 %
Total	70	100 %

CUADRO No. 1.64.

LA COMUNIDAD ANTE LAS VACUNAS
ZUNIL, ENCUESTA DE 1.975

MENORES DE 5 AÑOS VACUNADOS	SI	%	NO	%
ANTISARAMPIONOSA	58 *	77.33	17	22.67
D.P.T.	73	97.2	2	2.8
ANTIPOLIOMIELITICA	73	97.2	2	2.8
ANTI T. B.	2 **	2.8	73	97.2
AYUDAN LAS VACUNAS	74	98.66	1 ***	1.33

* Según podemos ver el cuadro de arriba, solo hay 58 niños vacunados contra el Sarampión, pero ésto es debido a que hay 17 niños menores de 3 años que no tienen la edad para ser vacunados.

** Según refieren las madres de éstos dos niños fueron vacunados contra la Tuberculosis, pues nacieron en el Hospital de Quezaltenango.

*** La madre, que asegura que las vacunas no ayudan, refiere que su hijo fué vacunado contra el Sarampión y padeció la enfermedad; según la historia referida por ella, el niño realmente padeció viruela.

CUADRO No. 1.65.

ACTITUD DE LA COMUNIDAD HACIA EL CONTROL DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO
ZUNIL, ENCUESTA DE 1,975

	SI	%	NO	%
Madres que lleven a sus niños a control de Crecimiento y Desarrollo.	8	11.43 %	62	88.57 %
Es necesario el control del Niño Sano?	49	70 %	21	30 %

CRITERIO DE LA COMUNIDAD SOBRE LA
MORBI-MORTALIDAD

El conocimiento del criterio que una comunidad tiene sobre sus propios problemas es importante para el investigador. Con base en ellos y en los análisis hechos, podrá enfocar la resolución de los problemas encontrados.

En lo referente a la Morbilidad Materna, las respuestas fueron que las embarazadas se enferman de "calenturas, debilidad, diarrea, tos y cefalea". (Cuadro No. 1.66). Los niños según las respuestas recibidas, se enferman de "calenturas, asientos, tos y catarro", "lombrices" y "sarampión", principalmente. (Cuadro No. 1.67).

Las causas más frecuentes de Mortalidad en adultos, según

criterio de la comunidad, son las "calenturas", pulmonía, vejez, tos, anemia e "hinchazón". (Cuadro No. 1.68). En los niños son principalmente causas de muerte las "calenturas", el sarampión, los "asientos", las "Lombrices", "Pulmonía", "gripe" e "hinchazón". (Cuadro No. 1.69).

Como puede verse, el conocimiento en Zunil sobre la Morbi-mortalidad es sencillo, pero acorde con la realidad, ya que la sintomatología por ellos referida, concuerda con la morbilidad encontrada por nosotros y clasificada científicamente.

CUADRO No. 1.66.

MORBI LIDAD MATERNA MAS FRECUENTE SEGUN
EL CRITERIO DE LA COMUNIDAD
(ZUNIL, ENCUESTA DE 1,975)

	No.	Porcentaje
Calentura	27	38.57 %
Debilidad	17	24.28 %
Diarrea	7	10.00 %
Tos	6	8.57 %
Cefalea	5	7.14 %
No saben	8	11.42 %
Total	70	100 %

CUADRO No. 1.67.

MORBILIDAD MAS FRECUENTE EN NIÑOS SEGUN
CRITERIO DE LA COMUNIDAD
ZUNIL, ENCUESTA DE 1,975

CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
CALENTURA	21	30.00 %
ASIENTOS	11	15.71 %
TOS Y CATARRO	10	14.28 %
PARASITOS	7	10.00 %
PULMONIA	7	10.00 %
SARAMPIÓN	6	8.57 %
DISENTERIA	3	4.28 %
ATAQUE DE LOMBRIES	3	4.28 %
NO SABE	2	2.85 %
TOTAL	70	100 %

CUADRO No. 1.68.

CAUSAS MAS FRECUENTES DE MORTALIDAD EN ADULTOS
SEGUN EL CRITERIO DE LA COMUNIDAD
ZUNIL, ENCUESTA DE 1,975

CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
CALENTURA	29	40.00 %
PULMONIA	11	15.71 %
VEJEC	9	12.85 %
TOS	7	10.00 %
ANEMIA	6	8.57 %
NO SABE	6	8.57 %
HINCHAZON	3	4.28 %
TOTAL	70	

CUADRO No. 1.69.

CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS SEGUN EL
CRITERIO DE LA COMUNIDAD
ZUNIL, ENCUESTA DE 1,975

CAUSA DE MUERTE	NUMERO	PORCENTAJE
Calentura	21	30.00 %
Sarampión	11	15.71 %
Asientos	9	12.85 %
Lombrices	6	8.57 %
Pulmonía	5	7.14 %
Gripe	4	5.71 %
Hinchazón	3	4.28 %
No sabe	2	2.85 %
Total	70	100 %

CRITERIO DE LA COMUNIDAD SOBRE LA DESNUTRICION

El último cuadro de nuestra investigación se refiere al conocimiento que tiene la comunidad sobre la Desnutrición.

Vemos, cuando analizamos la tenencia de la tierra, que la verdadera causa de la desnutrición Infantil es la mala distribución de la tierra, que concentrada en unos pocos impide a las grandes mayorías conseguir los alimentos básicos para una buena nutrición.

Pero también existen factores o causas inmediatas para el desarrollo del cuadro clínico. Estas son la ignorancia de las madres y de la familia en cuestiones dietéticas; los prejuicios y creencias sobre "la mala acción" de determinados alimentos, las diarreas infecciosas, las malas condiciones sanitarias de la

comunidad y la dificultad para obtener los alimentos adecuados.

El resultado de la encuesta realizada en Zunil, demostró que el 95.7% de la población estudiada desconoce la existencia de la Desnutrición como enfermedad, y que no asocian ni la caída del cabello, ni el edema, ni las lesiones de la piel con dicha entidad nosológica. (Cuadro No. 1.70).

Un 53% asocian la desnutrición con adelgazamiento, pero hasta ahí llegan sus conocimientos sobre un padecimiento que agobia a nuestra población de 1 a 4 años de edad. (Cuadro No. 1.70).

CUADRO No. 1.70.

CONOCIMIENTO DE LA COMUNIDAD SOBRE EL PROBLEMA NUTRICIONAL
ZUNIL, ENCUESTA DE 1,975 (Madres Interrogadas: 70)

SABE USTED?	SI	%	NO	%
Qué es la Desnutrición	3	4.28%	67	95.72%
Porqué se hinchán los Niños	2	2.86%	68	97.14%
Porqué se adelgazan	37	52.86%	33	47.14%
Porqué se les cae el pelo	1	1.43%	69	98.57%
Porqué se les descama y mancha la piel	0	0%	70	100 %
Porqué muchas mujeres embarazadas se ponen pálidas	27	38.57%	43	61.43%

ANALISIS DE LOS DATOS:

Del análisis completo de nuestra investigación en Zunil sacamos las siguientes conclusiones:

- 1.- Hay en Zunil una población Materno Infantil de 67.72%, la cual es similar a la de la República de Guatemala.
- 2.- Las Tasas de Natalidad, Mortalidad General, Mortinatalidad y Mortalidad Neonatal son muy superiores a las encontradas en la República.
- 3.- La Mortalidad proporcional de 54.9% para los menores de 5 años, es excesivamente alta.
- 4.- La Mortalidad Infantil de 104.23 por 1,000, es similar a la que poseía la República hace dos décadas, altísima en comparación a la actual que es de 80.6 por 1,000.
- 5.- Las principales causas de Mortalidad en todos los grupos siguen siendo enfermedades prevenibles por la acción de la Salud Pública: Síndrome diarréico, infecciones respiratorias, enfermedades infecciosas y parasitarias y desnutrición.
- 6.- La Morbilidad sigue paralela a la mortalidad en cuanto a sus causas, esto es, pertenecen a las que debenser controladas por la Salud Pública.
- 7.- Un total de 72% de los niños presentan desnutrición en cualesquiera de sus grados, siendo el grupo más atacado el comprendido de 4 a 5 años.

- 8.- Existe en Zunil un 89% de raza indígena, una inasistencia escolar del 54% y un analfabetismo del 61 %.
- 9.- La alimentación es a base de maíz, la producción agrícola y pecuaria deficiente, y las condiciones de la vivienda pésimas.
- 10.- La tenencia de la tierra es la propia del minifundio y el ingreso familiar per cápita es miserable.
- 11.- La percepción del problema por la comunidad es deficiente sobre todo en el aspecto nutricional.

SEGUNDA PARTE

PROGRAMA DE ATENCION MATERNO-INFANTIL Y FAMILIAR PARA EL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE ZUNIL

SEGUNDA PARTE

PROGRAMA DE ATENCION MATERNO-INFANTIL Y FAMILIAR PARA EL AREA URBAÑA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE ZUNIL

INTRODUCCION:

De acuerdo a los datos obtenidos a través del estudio anterior, sobre el Diagnóstico de Salud del Grupo Materno-Infantil en la comunidad de Zunil, se desprende como conclusión, lo siguiente: Que es un grupo gravemente afectado, debido a las características de su macro y microambiente, que lo hacen por tanto, más vulnerable de enfermar y morir.

Como corolario, es necesario y de extrema urgencia, encaminar nuestros pasos a dar una solución pronta y eficaz al problema que lo afecta, y así mejorar el pronóstico de Salud física y Psico-social en el mismo. Para esto se establecerán medidas que tiendan a mejorar la situación de dicho grupo, ya que este constituye, según nuestro estudio, una mayoría de la población (67.72%), la cual presenta cifras de morbi-mortalidad sumamente elevadas, similares al resto de la república, efecto lógico de la interacción de diferentes factores, que tienen como base los aspectos socioeconómicos y culturales propios de los países del Tercer Mundo.

Es bien sabido que estas características consisten en una mala distribución de la riqueza, analfabetismo, bajo ingreso per cápita, pocas fuentes de trabajo, pésimas condiciones de la vivienda y déficit habitacional, insuficientes recursos sanitarios, métodos de producción arcaicos y mínima industrialización.

ción, todo lo cual, lleva a sus habitantes a vivir en condiciones infra humanas.

Tomando como premisa, que los aspectos que afectan a l grupo Materno- Infantil, son previsibles por medio de acciones concretas, considero que las medidas encaminadas a Fomentar, Prevenir, Mantener y Recuperar la Salud en dicho grupo Mayo- ritario, tendrán gran impacto dentro del marco Político Sanita- rio de la población general, y el lograrlo será resolver en bue na parte los problemas de la misma.

Estas acciones pueden situarse en lo que es mi recomenda- ción final: La Ejecución del Programa de Atención Materno-In- fantil y familiar, adaptado a las características de Zunil, el cual expongo a continuación.

Este Programa deberá ser ejecutado en forma experimen- tal, cubriendo el área Urbana y Rural, con un enfoque integral y por ende multidisciplinario y con indicadores y parámetros que lo normen específicamente. (20) .

OBJETIVOS:

1. General

1.1 Dar atención integral al grupo materno- infantil del mu- nicipio de Zunil, para bajar los índices de morbilidad y mortalidad de dicho grupo, por medio de acciones de Fomento, pro- tección, Mantenimiento y Recuperación de la Salud. Dicha- chas acciones deberán tener metas propias, de acuerdo a los recursos materiales y humanos con que cuenta y ten- niendo como base comparativa, los niveles de cobertura logrados anteriormente.

2. ESPECIFICOS:

2.1 Dar atención en Salud, al grupo Materno- Infantil, del municipio de Zunil, tratando de lograr una cobertura mí- nima del 80%.

De acuerdo a las características de la población y a los recursos con los que se cuenta actualmente, se consideró factible, dar atención en salud al grupo Materno-Infan- til con una cobertura mínima de 80%..

2.2 Lograr un incremento, en la atención institucional del Parto en general, y mejorar la atención del parto a domi- cilio en el área rural, mediante: 1) El adiestramiento de las Comadronas Empíricas, quienes serán incorporadas al equipo de Salud Local. 2) La habilitación de la Mater- nidad en el Centro de Salud, tipo B, de Zunil.

2.3 Promover dentro de la comunidad, la utilización de los recursos que brinda el Centro de Salud, para la mejor protección de la familia.

2.4 Mejoramiento de las condiciones nutricionales del bino- mio Madre-Hijo, mediante la utilización de productos dietéticos (INCAPARINA), donados por entidades nacio- nales e internacionales.

2.5 Promover el Mejoramiento de la Vivienda, dando educa- ción y orientación sobre el uso de letrinas, disposición de basuras y potabilización del agua.

2.6 Promover los aspectos relacionados con "Orientación Fa- miliar" y Paternidad Responsable .

- 2.7 Dar Educación en Salud a las Madres inscritas en el Programa, sobre las medidas tendientes a la Protección y Mantenimiento de la Salud.
- 2.8 Concientización a la comunidad sobre la mejor utilización de los recursos económicos, en beneficio individual y colectivo.

LIMITES

1.- DE ESPACIO:

Se cubrirá tanto la cabecera municipal como el área rural del municipio de Zunil.

2.- DE TIEMPO:

Se iniciará a partir del 10. de Mayo de 1976, previa autorización de la Jefatura del Área de Salud de Quezaltenango; tendrá una duración indefinida por el momento, y será evaluado periódicamente y adaptado, según los logros del mismo y la cobertura que se alcance.

RECURSOS

1.- LOCALES

- 1.1 Físicos: Se cuenta con un Centro de Salud Tipo "B", que tiene lo siguiente:
- 1 Clínica para Atención Materno Infantil.

- 1 Clínica para Atención de Consulta Externa
 1 Servicio de Hipodermia, Pre-Consulta, Post-consulta e Inmunizaciones
 1 Salón para reuniones y charlas de Orientación y Educación a la comunidad
 1 Cuarto para encamamiento con 4 camas, que puede ser habilitado para Maternidad.
 Equipo necesario para la atención del parto, Orientación Familiar, Consulta Materno-Infantil y General.

1.2 Humanos: Personal aplicable al Programa:

- 1 Médico Jefe del Centro de Salud (UAMAS)
 1 Practicante de Medicina en el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS)
 1 Enfermera Profesional
 2 Auxiliares de Enfermería
 1 Inspector de Saneamiento Ambiental
 1 Técnico en Salud Rural
 1 Traductora bilingüe (Quiché-Español)
 7 Comadronas Empíricas (21)

2.- DEL AREA DE SALUD

2.1 Físicos:

Se cuenta con el Hospital Nacional de Occidente (Quezaltenango), el que se utilizará con sus recursos, para referencia de los casos de Alto Riesgo y que por diferentes razones, no puedan ser manejados a nivel local. Este cuenta para el fin del Programa.

- a) Servicio de Maternidad con un total de 27 camas
 b) Servicio de Pediatría con 96 camas

c) Laboratorio Químico-Biológico

Además, se pueden utilizar los dos Centros de Atención Materno Infantil y Familiar, que brindan atención externa (Sub-Centro "A" y "B"), por medio de los cuales se pueden estudiar los casos que así lo ameriten. Estos Sub-Centros, dan atención, como parte del Programa Materno Infantil que se lleva a cabo en el área urbana de Quezaltenango. (22)

2.2 Humanos:

Jefe del Área de Salud de Quezaltenango

Médicos Jefes de los Servicios del Hospital del Área de Salud

Médicos encargados de la atención Materno Infantil en los Sub-Centros de Salud "A" y "B".

Enfermera Jefe del Área de Salud

Inspector Jefe de Saneamiento Ambiental

Nutricionista

Técnico de Estadística

Trabajadora Social

PROGRAMA

- Bases Técnico Administrativas:

La mayoría de los aspectos básicos generales, que se toman en cuenta para la elaboración del Programa, se encuentran incluidos dentro de lo que es el Diagnóstico de Salud Materno Infantil, expuesto previamente.

La responsabilidad, encuanto a Dirección, Ejecución y

seguimiento del Programa, estará en manos del Equipo de Salud Local, dirigido por el Médico Jefe del Centro de Salud, quien funcionará a la vez, como Director del Programa Materno Infantil en este municipio.

- Asesoría:

Se contará con la asesoría del equipo del Área de Salud de Quezaltenango y de la División Materno Infantil y Familiar, y de la Facultad de Ciencias Médicas a través de su representante en el Consejo Técnico del Área de Salud.

1.- SUBPROGRAMA MATERNO Y DE ORIENTACION FAMILIAR:

1.1 Propósitos:

1.1.1 Reducir al mínimo la Mortalidad Materna y Fetal, la incidencia de bajo peso al nacer, la Prematuridad, los riesgos físicos y psíquicos de la Madre y los riesgos Perinatales del Niño.

1.1.2 Garantizar a la Madre que su embarazo transcurra sin riesgo para su salud.

1.1.3 Que el parto se realice sin complicaciones y que termine con el nacimiento de un Niño a término normal y con mejores expectativas de vida, en un ambiente también más favorable.

1.1.4 Procurar por la educación de la comunidad para la protección de la Madre y el futuro del Niño.

- 1.1.5 Fomentar la Paternidad Responsable por medio de educación a la comunidad.
- 1.1.6 Estimular y fomentar en la Madre la responsabilidad y el sentido maternal. (23)
- 1.1.7 Promover el bienestar de la familia, difundiendo y poniendo al alcance de la misma, las distintas técnicas que permitan reducir los riesgos biológicos y psico-sociales de la procreación acelerada y no deseada. (24)

Debemos aclarar, que esta actividad será realmente de Orientación Familiar y por lo tanto solamente se pondrán a disposición los medios para Planificación Familiar, cuando las familias individualmente así lo requieran, y no en forma impositiva ni como parte de una política de población, pues debemos estar conscientes, que no es el Control Demográfico el que va a resolver los problemas básicos del país, y que "el alto crecimiento demográfico en nuestro país no es causa del atraso (subdesarrollo), sino más bien consecuencia del mismo. (25)

1.2 Objetivos:

- 1.2.1 Atención integral, precoz y periódica durante el embarazo, parto y puerperio, al 80% (269) de las madres esperadas (336), tanto del área urbana como del área rural de Zunil.
- 1.2.2 Atención del 10% (131) de las mujeres en edad fértil (1,312), integrándolas al Programa de Orientación Familiar.

1.3 Actividades:

1.3.1 Atención Prenatal:

Tiene por finalidad propender al óptimo estado de salud en este período, detectando y corrigiendo las intercurrencias patológicas, calificando los eventuales riesgos biológicos potenciales, promoviendo la acción educativa atingente y asegurando la referencia oportuna para la atención adecuada del parto. (26)

1.3.1.1 Antecedentes:

Actualmente en Zunil, se está brindando atención Prenatal al 34% de los embarazos esperados.

1.3.1.2 Aspectos Normativos:

La DIMIF actualmente establece que en las zonas libres del desastre, como es el caso de Zunil, se obtenga una cobertura mínima del 40% de los embarazos esperados, en lo que se refiere a atención Prenatal. Nuestra meta mínima de atención Prenatal en Zunil, en base a los antecedentes será de 80% de atención en esta actividad.

1.3.1.3 Metas a Alcanzar:

- a) Se capacitará e inscribirá al programa al 80% (269) de los embarazos esperados (336) en el primer trimestre de la gestación, proporcionándoles 5 consultas a cada embarazada y distribuidas así: Médico, primera y últimas consulta; Enfermera, las tres consultas intermedias.

- b) El Médico atenderá el 100% de la Morbilidad Materna que se presente, según sea demandada tal atención.
- c) Alimentación Complementaria: "La alimentación materna es vital para el buen desarrollo del ser que se está formando durante y después del embarazo". (27)

"La Nutrición reviste una importancia fundamental para la salud de la Madre y del Niño". (15)

Se dará alimentación complementaria al 100% de las madres inscritas en el Programa, a través del Programa Nacional de Alimentación". (28)

- d) Se dará Educación en Salud, en forma individual y colectiva, a las madres, sobre los cuidados que deberá tener durante el embarazo, y para lograr más atención hospitalaria del parto en los casos de Alto Riesgo Obstétrico (ARO).

1.3.2 Atención del Parto:

"La Atención técnica del Parto tiene por objeto la asistencia eficiente y humana, que asegure óptimas condiciones de salud a la madre, y durante el período inmediato, al Recién Nacido". (26)

- 1.3.2.1 Antecedentes: Dado las características socio-culturales de los habitantes de Zunil, el parto es atendido a domicilio en un 95% por las comadronas empíricas, por lo que considero importante y como un paso intermedio, adaptarnos un poco a ese aspecto cultural y voltear nuestros recursos dentro de la misma comunidad.

1.3.2.2 Aspectos Normativos: La DIMIF establece como mínimo lograr un 8% de Atención Hospitalaria del Parto, cifra que va de acuerdo al número posible de Embarazos de Alto Riesgo Obstétrico.

1.3.2.3 Metas a Alcanzar: Se mejorará la atención del Parto mediante:

- a) Dar Educación en Salud, en el sentido de lograr la Atención Institucional del Parto (Hospital del Área, Centro de Salud Local) en el 100% (27) de los casos de Embarazos de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), o sea el 8% (27) de los embarazos esperados (336) que establece la DIMIF.
- b) Dar adiestramiento a las comadronas empíricas, mejorando sus conocimientos y técnicas, para la atención más adecuada del parto en el área rural y quienes deberán colaborar con el resto del Equipo de Salud Local.
- c) Educar y concientizar a las comadronas, que serán parte del equipo de salud, para la detección de embarazos y la incorporación de las madres al programa. Esto se ha venido haciendo en Zunil desde hace un año, con buenos resultados, y en donde se han incorporado las Comadronas al Centro de Salud y con el que colaboran estrechamente. (29)
- d) Fomentar la Atención del Parto en general, en el Centro de Salud, por el médico el EPS, la enfermera, e incluso si la madre lo requiere, por su comadrona. Esta última posibilidad, lo convertiría en un parto Médicamente Supervisado.

- e) Incrementar la Atención Institucional del Parto estableciendo la maternidad en Zunil en forma definitiva y fomentar su uso por medio de una buena campaña de difusión individual y colectiva.

1.3.3 Atención Post-Natal

1.3.3.1 Antecedentes:

En Zunil actualmente, se da consulta post natal a las Puerperas, que han tenido control Pre-natal, como también a las que no lo han tenido. Todavía no tenemos datos exactos de cobertura en relación a las madres que tienen control post-natal pues una buena parte de ellas aun se encuentran dentro del embarazo.

1.3.3.2 Aspectos Normativos:

La DIMIF establece como norma, que deberá darse atención post natal, al 40% como mínimo de las puerperas esperadas, con una concentración de una consulta. El Dr. Rosselot nos dice que el 50% de las puerperas en control, debieran verse en los primeros 15 días después del parto. (25)

1.3.3.3 Metas a Alcanzar:

- Se atenderá en el puerperio mediato al 100% de las puerperas que previamente han tenido control prenatal (269), con una concentración de una consulta por puerpera.
- Se dará educación a las comadronas, para que reporten inmediatamente al centro de Salud, la atención domici-

liaria del Parto.

- El médico hará visita domiciliaria a las Puerperas, en el periodo inmediato, de acuerdo a la prontitud del reporte de Atención del Parto hecho por la Comadrona.
- Se educará y concientizará a madres y comadronas, para la incorporación de los Recién Nacidos al Programa pertinente.
- Se dará Educación en Salud a las madres, sobre los aspectos nutricionales, higiénicos del recién nacido, así como de ella misma.

1.3.4 Orientación Familiar:

"El Objetivo de este, reside en contribuir al bienestar de los integrantes del grupo familiar, fortaleciendo su educación y su motivación y responsabilidad, en lo que respecta a la obtención de óptimas condiciones de salud, controlando la génesis de hábitos perjudiciales tales como alcohólismo y drogadicción, promoviendo la adopción de roles adecuados en el hogar, en lo referente a la relación de padres, hijos y otros convivientes, desarrollando el sentido de la paternidad responsable, para lograr una procreación deseada y exenta de riesgos biológicos y psico-sociales, perfectando la distribución adecuada de los ingresos económicos y su gasto de acuerdo a los requerimientos de salud, alimentación, educación, vivienda y recreación y estableciendo mecanismos que permitan la utilización y participación efectiva y fructífera en los servicios sociales de que dispone la comunidad". (26)

1.3.4.1 Antecedentes:

Hasta la fecha, se ha logrado en Zunil una cobertura del 6% (84) de las pacientes en edad fértil (1,312), en cuanto a Orientación Familiar se refiere, meta que se ha alcanzado, solamente atendiendo la demanda.

1.3.4.2 Aspectos Normativos:

La DIMIF, establece como norma, que se de atención en lo que respecta a Orientación Familiar a un 15% de las mujeres en edad fértil, con una concentración de 3 consultas por año.

1.3.4.3 Metas a alcanzar:

- a) Basándome en los antecedentes, considero, que con solo atender la demanda, se logrará una cobertura de 10% (131), de las mujeres en edad fértil (1,312) de Zunil.
- b) Se orientará a las beneficiarias, siguiendo algunos criterios de prioridad, como son:
 - Antecedentes de Aborto Provocado
 - Multíparas, tomando en cuenta siempre su edad
 - Mujeres de Alto Riesgo Obstétrico por edad
 - Mujeres que durante el embarazo o cualquier período, expresen su voluntad de espaciar los embarazos.
- c) Se dará atención de salud, para la detección precoz del cáncer del cervix y el mamario.
- d) Se dará educación en salud en forma individual, como

parte de este SubPrograma y como parte de la consulta post natal.

- e) Se dará educación en salud a grupos integrando a las pacientes tanto de orientación familiar como de atención pre-natal y alcanzando un 44% de cobertura para este grupo en cuanto a charlas de educación en salud se refiera. Para esto utilizaremos al médico, al EPS, la enfermera, la auxiliar, el técnico en salud rural y el inspector de Saneamiento Ambiental.
- f) Se dará educación sexual a la comunidad.

2. SUB PROGRAMA DE ATENCIÓN INFANTIL Y PRE ESCOLAR:

"Nuestra gran preocupación es la disminución de la mortalidad infantil, expresión de la situación económica, social y cultural del país. La mortalidad infantil es una consecuencia de la exposición del niño, previamente protegido por el útero, a factores ambientales negativos, para que no muera, el retoño del ser humano, debe ser protegido por la familia, la comunidad y el estado". (30)

2.1 PROPOSITOS:

- 2.1.1 Dar a todo niño, los medios necesarios para que su desarrollo físico y mental sean normales.
- 2.1.2 Reducir al mínimo, la mortalidad y morbilidad infantil.
- 2.1.3 Procurar la mayor atención del niño en los períodos

de mayor riesgo.

2.2 OBJETIVOS:

2.2.1 Dar atención médica-preventiva y médica-curativa, regular y sistemática al 80% (1,153) de la población de los niños menores de 6 años (1,442) residentes en el municipio de Zunil.

2.3 ACTIVIDADES:

Dentro de este sub-programa se dará:

1. Atención Médico preventiva y curativa.
2. Educación en Salud.
3. Alimentación Complementaria.
4. Visita a domicilio.

2.3.1 ANTECEDENTES:

Actualmente, se tienen en control al 21% (200) de la población de menores de 5 años (954), lo que se puede comparar con los niveles de cobertura en este grupo a nivel nacional, que es de 15%. (31)

2.3.2 ASPECTOS NORMATIVOS:

La DIMIF establece un control Precoz y periódico del 40% de los menores de 6 años y refiere que debiera idealmente captarse a los recién nacidos antes de los 20 días (.27).

23.3 METAS A ALCANZAR

a) Se inscribirá y dará atención médica preventiva, y curativa a los niños menores de seis años (1,142), con una cobertura del 80% (1,153), dando estas consultas según las edades y distribuidas así:

NUMERO DE CONSULTAS ANUALES

Edad	Médico	Enfermera	Total
0 - 1 año	2	3	5
1 - 2 años	2	2	4
2 - 5 años	2	1	9
5 - 6 años	1	-	1

b) La morbilidad se atenderá según la demanda en un 100 % y con una concentración de dos consultas por año, ésto último, para cumplir con las normas de planificación y utilización del instrumento hora médica y de acuerdo a la disponibilidad del mismo.

c) Medicina Preventiva:

Programa de Inmunizaciones:

Todas las enfermedades que son previsibles inmunizaciones, son completamente erradicables. (32)

c.1. Como parte de la campaña Nacional de Vacunación, se proporcionarán vacunas contra el sarampión, DPT, poliomielitis, Viruela y BCG.

c.2. Programas de Mantenimiento. Además se proporcionará vacunas anti-tifoídica, a los niños de dos a cinco años, tomando en cuenta las condiciones ambientales en que viven los habitantes de Zunil (33)

d) Alimentación Complementaria:

"En todo el mundo, la mayor parte de las defunciones que habrían podido prevenirse, se deben al efecto combinado de la mal nutrición y las infecciones en los primeros años de la vida" . (15).

Se dará alimentación complementaria al 100% de los beneficiarios inscritos.

e) Visita Domiciliaria:

Se efectuarán en los casos de niños de Alto Riesgo únicamente y, como no tenemos cifras exactas, respecto a este grupo de niños en la población de Zunil, estableceremos tentativamente una meta de 20% para los niños de cero a un año, de 15% para los niños de uno a dos años, de 10% para los niños de dos a cinco años y, de 5% para los niños de cinco a seis años. No se harán visitas domiciliarias para captación ni para reincorporación de niños en los casos de deserción, pues esto desde el punto de vista económico resulta de un costo muy elevado para un programa de esta índole.

f) Educación en Salud:

Se dará educación a este respecto a grupos de madres de los beneficiados.

3. SUBPROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

3.1 PROPOSITOS

"Su propósito es contribuir a promover el óptimo estado de salud y de crecimiento y desarrollo, en particular en lo referente a las modificaciones fisiológicas y psicosociales ocurridas durante la pubertad, promoviendo así mismo, la integración de los grupos etarios en referencia en el medio educacional, laboral y comunitario y estimulando una actitud responsable del escolar y del joven en lo que respecta a la salud individual, familiar y colectiva". (26)

3.2 OBJETIVOS

- a. Favorecer las más adecuadas condiciones de crecimiento y desarrollo del niño de 7 a 14 años de edad.
- b. Detectar problemas patológicos y especialmente aquellos que puedan incidir en su rendimiento escolar.

3.3 ATENCION DEL ESCOLAR

3.3.1 Antecedentes:

No se ha establecido hasta el momento, la atención escolar en Zunil, atendiéndose hasta la fecha únicamente la morbilidad presente en estos niños y que regularmente son referidos por los maestros de la escuela a la que asisten.

3.3.2 Aspectos Normativos:

Ha sido establecido por la DIMIF, que al escolar se le deberá dar atención con una consulta anual al ingresar a la escuela y otra al salir de ella, o sea en primero y sexto años de primaria respectivamente.

3.3.3 Metas a Alcanzar:

- a. En Zunil se tratará de dar una consulta por año a todo niño inscrito en las diferentes escuelas, en el primer año de escuela y en el último.
- b. Se atenderá la morbilidad según sea demandada y de acuerdo a las normas.
- c. Educación y orientación a los maestros para detectar problemas ortopédicos y muy especialmente los relacionados con los órganos de los sentidos.

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

1. Se trabajará en el programa de lunes a viernes de 8 a 12 horas y de 14 a 18 horas, durante los 250 días hábiles del año.
2. Por la mañana se dará consulta infantil y materna de 8 a 12 horas.
3. Se aplicará inmunizaciones e hipodermia en los casos indicados, en la clínica destinada para el efecto y según normas. (34)

4. Educación en Salud, será dada por el equipo de Salud, por la mañana y por la tarde.
5. La Alimentación Complementaria se repartirá a los beneficiarios en las tardes 2 veces por semana.
6. Las visitas domiciliarias, se efectuarán según sean requeridas y por el integrante del equipo de Salud al que corresponda según el caso. (Ver cuadro adjunto).

ORGANIZACION

1. Dependencias Responsables del Programa:

- 1.1 Jefatura del Centro de Salud de Zunil
- 1.2 Jefatura del Area de Salud de Quetzaltenango

2. Categoría del Personal:

- 2.1 Personal Asesor:
 - 2.1.1 A Nivel Central:
 - a) Jefe de la División Materno Infantil y Familiar
 - b) Equipo DIMIF
 - 2.1.2 A Nivel de Area de Salud
 - a) Personal Médico y Técnico Administrativo del Area de Salud de Quetzaltenango.

- b) Facultad de CC. MM., a través de su representante en el Consejo Técnico del Área de Salud.

2.2 Personal Directivo:

1. Médico Jefe del Centro de Salud y Director del Programa.
2. Enfermera Profesional.
3. Inspector de Saneamiento ambiental.

2.3 Personal Aplicativo:

- a. Equipo de Salud Local.

FUNCIONES DEL PERSONAL:

1. A Nivel Asesor:

1. a) Las propias de la Consultoría, tanto a nivel Central, como de Área de Salud.

2. A Nivel Directivo:

2. a) Dirigir y evaluar el Programa
2. b) Abastecer oportunamente el Centro de Salud e incrementar sus recursos.
2. c) Evaluar al Personal.
2. d) Solicitar y analizar la información semanal y mensual.

3. A Nivel Aplicativo:

3. a) Llevar a cabo correctamente el Programa, según normas establecidas.

FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA:

- A. Se contará con el presupuesto del Área de Salud y del Centro de Salud.
- B. Aporte de Productos Alimenticios (PRONAL).
- C. Aporte de material y equipo, por parte de APROFAM.
- D. Aporte de la División Materno Infantil y Familiar.

EVALUACION:

La evaluación, será responsable del Equipo del Área de Salud, y se realizará periódicamente (cada tres meses), para reajustar el Programa según sus resultados parciales.

1. INDICADORES:

1.1 Indicadores de Rendimiento de la Atención Prenatal:

- a. Porcentaje de Embarazadas bajo seguimiento
- b. Porcentaje de Embarazadas inscritas antes del 50. mes.

- c. Concentración de consultas brindadas a las embarazadas, en relación a la concentración normada.
- d. Porcentaje de embarazadas que siguieron el control durante todo el período Prenatal.
- e. Porcentaje de embarazadas referidas e inscritas al Programa por las Comadronas Empíricas.
- f. Morbilidad Materna, Mensual, Trimestral y Anual.
- g. Tasa de Morbilidad y Mortalidad a 1 año y a 5 años.

1.2 Indicadores del Rendimiento de la Atención del Parto.

- a. Porcentaje de embarazos de Alto Riesgo obstétrico con parto atendido en el hospital del Área de Salud.
- b. Porcentaje de Partos atendidos en el Centro de Salud de Zunil.
- c. Porcentaje de Partos atendidos a madres que no tuvieron control Prenatal.
- d. Porcentaje de Partos atendidos por las Comadronas Empíricas, que previamente han sido adiestradas.
- e. Número de Comadronas que asisten a su adiestramiento y mantienen su relación y colaboración con el resto del equipo de Salud local, en la ejecución del Programa.
- f. Porcentaje de Partos atendidos a Domicilio por los diferentes integrantes del Equipo de Salud, que están autorizados para ello.

- g. Número y porcentaje de partos sin atención profesional.
- h. Número y porcentaje de complicaciones del Parto que se presenten.
- i. Tasa de Mortalidad Materna durante el Parto, a 1 y 5 años.

1.3 Indicadores del Rendimiento en la Atención de la Puerpera.

- a. Porcentaje de madres en Control Post natal, sobre el total de embarazadas que estuvieron bajo seguimiento.
- b. Porcentaje de madres en el período puerperal, que sean referidas por las Comadronas para su inscripción en el Programa, después de atenderles su parto.
- c. Porcentaje de madres sin control de Puerperio, sobre el total de Partos atendidos.
- d. Mortalidad Materna en el Post Parto.

1.4 Indicadores del Rendimiento de la Atención Pediátrica.

- a. Porcentaje de niños inscritos en seguimiento, en relación a la población total de menores de 6 años.
- b. Porcentaje de niños inscritos en el primer trimestre de la vida.
- c. Porcentaje de niños inscritos antes de los 20 días de edad.
- d. Porcentaje de niños inscritos espontáneamente.

- e. Porcentaje de niños Recién nacidos, inscritos por referencia de las Comadronas.
- f. Porcentaje de niños en edad escolar en control dentro del Programa.
- g. Porcentaje de niños inscritos que quedaron fuera de control, según factor causal:
 - 1. Abandono
 - 2. Cumplimiento de la edad
 - 3. Muerte
 - 4. Traslado a otra localidad.
- h. Grado de cumplimiento de los Programas de vacunación y porcentaje de inmunizaciones dadas en relación a la población susceptible de ser vacunada.
- i. Tasas de morbilidad y mortalidad Neo natal a 1 año y 5 años.
- j. Tasas de morbilidad y mortalidad infantil a 1 año y 5 años.
- k. Mortalidad Perinatal a 1 año y a 5 años. (65).
- l. Tasas de morbilidad y mortalidad del Niño Preescolar.
- m. Porcentaje de madres de los niños inscritos, asistentes a las Actividades de Educación en Salud.

- n. Total de Alimentos proporcionados a los Beneficiarios del Programa y número y porcentaje de los mismos.

1.5

Indicadores del Rendimiento del Sub Programa de Orientación Familiar.

- a. Porcentaje de mujeres en edad fértil inscritas a sí mismo, espontáneamente.
- b. Porcentaje de mujeres inscritas, que mantienen regularidad en cuanto a la sistencia a dicho programa.
- c. Tasa de Natalidad y Crecimiento Vegetativo a 1 año y a 5 años.
- d. Evaluación del intervalo entre los embarazos.

SUBPROGRAMA MATERNO
ÁREA URBANA Y RURAL, ZUNIL 1976

Función	Actividades	Población			Concen- tración	Metos Anuales	Instrumentos	Rendi- miento	Horas Anuales Requeri- das	Horas Diarias	Prome- dio días Estan- cia	Días Cama Requeri- das	Días Cama Disponi- bles	
		Total	% de Cohor- tura	No. a Atender										
1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12	13	
FOMENTO	Pre-natal	336	80%	269	5 $\frac{2}{3}$	1345 807	538 Hora - Médico - E.P.S. Hora - Enfermera	6	90 134					
	Orientación Familiar	1312	10%	131	2 $\frac{1}{1}$	393 131	262 Hora - Médico - E.P.S. Hora - Enfermera	6	44 22					
	Post-natal	302	80%	242	1	242	242 Hora - Médico - E.P.S.	6	40					
	Alimentación Complementaria	269	100%	269	12	3228	Hora - Auxiliar	30	108					
	Visita Domiciliaria	336	8%	27	2 $\frac{1}{1}$	54 27	27 Hora - Enfermera Hora - Auxiliar	1	27 27					
	Individual	400	100%	400	5 $\frac{3}{2}$	2000 800	1200 Hora - Enfermera Hora - Auxiliar	12	67 45					
EDUCACION EN SALUD	Colectiva	400	44%	176 (2 Gru- pos)	5 char- las por Grupo	60 char- las	Médico	1	10					
							E. P. S.	1	10					
							Enfermera	1	10					
							Auxiliar	1	10					
							Técnico en S. Rural	1	10					
							Inspector de Saneamiento	1	10					
Recupe- ración	Morbilidad	269	100%	269	2	538	Hora - Médico - E.P.S.	10	54					
Atención del parto	Atención Institu- cional del parto	336	40%	134	1	134	Hora - Médico - E.P.S. Hora - Enfermera	3 9	402 1206	1 hora 3 horas	3	402	1168	

S U B P R O G R A M A I N F A N T I L
GRUPO DE 0 A 1 AÑO (4% DE P O B. TOTAL)
ZUNIL 1976

Funció n	Actividades	Població n			Concentración	Metas Anuales	Instrumentos	Rendi- miento	Horas Anuales Requerida	
		Total	% de Cobertura	No. a Atender						
O F M E N T O	Consulta Preventiva	268	80 %	214	5	2	1070 428 642	Hora - Médico Hora - Enfermera	6	71
	Visita Domiciliaria	268	20 %	54	2	1	108 54 54	Hora - Enfermera Hora - Auxiliar	1	54
	Alimentación Complementaria (PRONAL)	214	100 %	214	12		2,568	Hora - Auxiliar	30	86
Protección	Vacunas	D P T	80 %	214		3	642	Hora - Auxiliar	10	64
		POLIO	80 %	214		3	642	Hora - Auxiliar	10	64
		B C G	80 %	214		1	214	Hora - Auxiliar	10	21
Recupe- ración	Consulta por Morbilidad	214	100 %	214	2		428	Hora - Médico	10	43
Educa- ción	Educación en Salud Individual	214	100 %	214	5	3	1070 642 428	Hora - Enfermera Hora - Auxiliar	12	53
					2				12	36

S U B P R O G R A M A G R U P O D E 1 A 2 AÑOS
Z U N I L 1976

Función	Actividades	Población			Concentración	Metas Anuales	Instrumentos	Rendi- miento	Horas Anuales Requeridas	
		Total	% de Cobertura	No. a Atender						
O T O R O M E N T O	Consulta Preventiva	248	80 %	198	4	2 2	792 396 396	Hora - Médico Hora - Enfermera	6 6	66 66
	Visita Domiciliaria	248	15 %	37	2	1 1	74 37 37	Hora - Enfermera Hora - Auxiliar	1 1	37 37
	Alimentación Complementaria (PRONAL)	198	100 %	198	12		2376	Hora - Auxiliar	30	79
Protección	Vacunas	Sarampión	248	80 %	198	1	198	Hora - Auxiliar	10	20
		Variólica	248	80 %	198	1	198	Hora - Auxiliar	10	20
		Ref. Polio	248	80 %	198	1	198	Hora - Auxiliar	10	20
		Ref. D.P.T.	248	80 %	198	1	198	Hora - Auxiliar	10	20
Recupe- ración	Consulta por Morbilidad	198	100 %	198	2		396	Hora - Médico	10	40
Educa- ción	Educación en Salud Individual	198	100 %	198	4	2 2	792 396 396	Hora - Enfermera Hora - Auxiliar	12 12	33 33

S U B P R O G R A M A G R U P O D E 2 - 5 A Ñ O S
Z U N I L 1976

Función	Actividades	Población			Concentración	Metas Anuales	Instrumento	Rendimiento	Horas Anuales Requerida
		Total	% de Cobertura	No. a Atender					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
O F O M E N T O	Consulta Preventiva	677	80 %	542	3 <u>2</u> 1	1626 <u>1084</u> 542	Hora - Médico Hora - Enfermera	6 6	180 90
	Visita Domiciliaria	677	10 %	68	2 <u>1</u> 1	136 <u>68</u> 68	Hora - Enfermera Hora - Auxiliar	1 1	68 68
	Alimentación Complementaria (PRONAL)	542	100 %	542	12	6504	Hora - Auxiliar	30	216
Protección	Vacuna Antitifoídica 2 Dosis	677	80 %	542	2	1084	Hora - Auxiliar	10	108
Recuperación	Consulta por Morbilidad	542	100 %	542	2	1084	Hora - Médico	10	108
Educación	Educación en Salud Individual	542	100 %	542	3 <u>1</u> 2	1626 <u>542</u> 1084	Hora - Enfermera Hora - Auxiliar	12 12	45 90

**SUB PROGRAMA PRE ESCOLAR
GRUPO DE 5 A 6 AÑOS, ZUNIL, 1976**

Función	Actividades	Población			Concentración	Metas Anuales	Instrumentos	Rendi- miento	Horas Anuales Requeridas
		Total	% de Cobertura	No. a Atender					
		2	3	4	5	6	7	8	9
FOMENTO	Consulta Preventiva	249	80 %	199	1	199	Hora - Médico	6	33
	Visita Domiciliaria	249	5 %	12	2	12	Hora - Enfermera	1	12
	Alimentación Complementaria (PRONAL)	199	100 %	199	12	2388	Hora - Auxiliar	30	80
Protección	Vacunas	Ref. D P T	80 %	199	1	199	Hora - Auxiliar	10	20
		Ref. Polio	80 %	199	1	199	Hora - Auxiliar	10	20
		Ref. Variólica	80 %	199	1	199	Hora - Auxiliar	10	20
		B C G	80 %	199	1	199	Hora - Auxiliar	10	20
Recupe- ración	Consultas por Morbilidad	199	100 %	199	2	398	Hora - Médico		
Educa- ción	Educación en Salud Individual	199	100 %	199	1	199	Hora - Auxiliar	12	16

S U B P R O G R A M A E S C O L A R
GRUPO DE 1er. AÑO PRIMARIA
Z U N I L 1976

Función	Actividades	Población Escolar			Concentración	Metas Anuales	Instrumento	Rendimiento	Horas Anuales Requeridas
		Total	% de Cobertura	No. a Atender					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Fomento	Consulta Preventiva	95	100 %	95	1	95	Hora - Médico	6	16
Recuperación	Consulta por Morbilidad	95	100 %	95	2	190	Hora - Médico	10	19

* A este grupo no se le proporcionará vacuna antituberculosa, pues será vacunado dentro del grupo Pre-escolar de 5 a 6 años.

S U B P R O G R A M A E S C O L A R
GRUPO DE 6o. AÑO PRIMARIA
Z U N I L 1976

Función	Actividades	Población Escolar			Concentración	Metas Anuales	Instrumento	Rendimiento	Horas Anuales Requeridas
		Total	% de Cobertura	No. a Atender					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Fomento	Consulta Preventiva	54	100 %	54	1	54	Hora - Médico	6	9
Recuperación	Consulta por Morbilidad	54	100 %	54	2	108	Hora - Médico	10	11

CONCLUSIONES:

- 1.- Que los problemas médico - sociales que afronta el municipio de Zunil, no son más que el reflejo de la realidad de todo el país y en el que el grupo Materno-Infantil, es el más gravemente afectado especialmente desde el punto de vista médico - sanitario.
- 2.- Que tanto el grupo Materno - Infantil de la población zunilense, como resto de la república, debe ser una prioridad en cuanto a la atención médica-sanitaria que habrá que brindarle.
- 3.- Las verdaderas causas de los altos Índices de Morbi-Mortalidad, analfabetismo, desnutrición, ausentismo escolar y pésimas condiciones de la vivienda, tanto en Zunil como en el resto de la República son: Las relaciones sociales de producción propias de los regímenes semi-feudales y capitalistas, en donde los medios de producción están en manos de una minoría de privilegiados y que se constituyen así, en la clase dominante.
- 4.- Que la falta de desarrollo en la inmensa mayoría de los zunilenses como del resto de guatemaltecos, es consecuencia fundamental de la tenencia de la tierra, en un país eminentemente agrícola, en manos de unos pocos, que a su vez son propietarios de la industria, comercio, banca, etc. y que se benefician en forma exorbitante a costa del sudor, la miseria, hambre y muerte de los desposeídos.

- 5.- Que esa falta de desarrollo y el mantener a nuestro país en el más absoluto estado de atraso es pues consecuencia de la mala distribución de la riqueza y no del número de sus habitantes dentro de los cuales habría que redistribuirla.
- 6.- Teniendo en cuenta que Zunil, como Guatemala, tienen altos índices de natalidad y crecimiento vegetativo, consideramos que la Planificación Familiar, como deseo de la pareja de limitar el número de hijos y espaciar los embarazos, es plausible, lógico y humano; pero no es el control de la natalidad lo que dará la solución a los problemas socio-económicos del país, como lo predicen quienes tienen en él, un medio más de dominación, no sólo de sus propios pueblos sino de los países que les conviene mantener sojuzgados y en estado de atraso, sosteniendo en esta forma el status-quo que les es indispensable para la perpetuación de sus privilegios socio-económicos-políticos.
- 7.- A pesar de que el médico en el Ejercicio Profesional Supervisado en el Área Rural, no puede por sí sólo cambiar estos factores, que son la verdadera causa del atraso, tanto en Zunil como en Guatemala y el resto de los países de América Latina, si debe conocer y estar consciente de esos factores negativos contra los que debe luchar, con un pensamiento multidisciplinario y entonces constituirse si, en un agente de cambio dentro de su comunidad, para tratar de mejorar ese lamentable estado económico, social y sanitario.

- 8.- El E.P.S. en el Área Rural, al actuar dentro de su comunidad tratando de modificar las estructuras socio-económicas y sanitarias, debe respetar las tradiciones, costumbres y culturas de la misma tratando únicamente de orientar dichos aspectos, para beneficio de dicha comunidad.
- 9.- Que el grupo Materno-Infantil de Zunil es una mayoría (67.72%) dentro de la población general y es el más seriamente afectado, en cuanto a los aspectos de salud física y psico-social, debido a los factores ya mencionados.
- 10.- De lo anterior se deduce que desde el punto de vista médico-social es necesario realizar un programa de atención en salud para dicho grupo y que estas medidas, en parte paliativas, debieran ser paralelas a la verdadera solución de los problemas primarios, pues si se resolviera la situación de este grupo desde su base, no habría que utilizar tanto tiempo y recursos en dar atención en salud, ya que tendríamos entonces una población más sana.
- 11.- Como consecuencia de la elaboración del Programa de Atención Materno-Infantil y Familiar, deducimos que en esta comunidad hasta la fecha, ha habido una mala distribución y utilización de los recursos médicos-sanitarios existentes y consideramos que la programación de dicha actividad ya es un paso hacia adelante en cuanto a este problema se refiere.
- 12.- Que todas las actividades sanitarias deben ser programadas.

das, de acuerdo a los recursos y normas, que se establezcan para cada comunidad.

13.- Si bien es cierto que un Programa de Atención Materno-Infantil y Familiar debe llenar ciertos principios, objetivos y normas, también lo es que éstos lograrían mejor sus propósitos si se hicieran adaptados a la realidad de nuestro país y aún mejor si fueran adaptados a cada comunidad tomando en cuenta muy especialmente los aspectos socio-económicos y culturales de las mismas.

14.- Tanto la mayoría de habitantes de Zunil como del resto de la República viven en un país sumido en el atraso, ya que la falaz y demagógicamente llamada "Fase en desarrollo", sólo incluye hasta a un grupo de privilegiados, - pues la sociedad de clases en que vivimos hace que únicamente se beneficie esa minoría, para los cuales pone a su alcance todos los avances, técnicos, científicos y culturales, los cuales nunca llegan a la mayoría de desposeídos. Para los primeros si han disminuido los índices de morbi-mortalidad, no para los últimos quienes se mantienen en el círculo de miseria, hambre, enfermedad y muerte.

VIII. RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES:

I. A NIVEL DEL CENTRO DE SALUD DE ZUNIL

1. Educación Sanitaria la comunidad, enfatizando sobre los siguientes aspectos:

- a.- Funciones del Centro de Salud, recursos materiales y humanos que posee y actividades que realiza.
- b.- Promover la asistencia al Centro de Salud para el Control Prenatal, Control de Niño Sano y Enfermo, Inmunizaciones y Consulta Externa.
- c.- Incrementar la hospitalización de los pacientes que lo ameriten, especialmente de las madres con embarazo de alto riesgo obstétrico (ARO).
- d.- Consumo progresivo de Incaparina, como una forma de mejorar el estado nutricional de la madre y el niño.
- e.- Mejoramiento de la potabilidad del agua, mediante la ebullición.
- f.- Fomentar la buena disposición de excretas mediante el uso de letrinas sanitarias.
- g.- Orientar sobre la buena disposición de la basura, usando fosos distribuidos en diferentes puntos de la población, que podrían utilizarse como

mo crematorios o para almacenar basura y luego usarla como abono.

2. Propiciar la distribución de suplementos dietéticos, a provechando la contribución del estado y de organismos internacionales.
3. Contribuir a la planificación de la familia, como un derecho de la pareja, a procrear los hijos que desee, y no como un control sistemático de la natalidad.
4. Incrementar los programas ya existentes, y, como producto de la investigación del Diagnóstico de Salud del Grupo Materno-infantil en éste municipio: **EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL ADAPTADO A ZUNIL.**

Este programa ya fue elaborado y está listo para ser puesto en marcha.

II. A NIVEL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

1. Mantener permanentemente en esta comunidad, un estudiante de medicina en el Ejercicio Profesional Supervisado.
2. Hacer conciencia en los futuros médicos sobre los problemas sanitarios, culturales y socio-económicos del país.

3. Enfatizar sobre los problemas del grupo Materno-Infantil, y de la importancia que tiene resolverlos en forma definitiva.

4. Orientar a los estudiantes de medicina en el EPS, sobre la planificación y ejecución de programas de Atención Materno-Infantil en las distintas comunidades, adaptados a las características de las mismas.

III. A NIVEL DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y A. S.

1. Dotar a esta comunidad de los recursos para la instalación de agua potable intradomiciliaria.
2. Entregar los materiales necesarios para la letrinización total de la misma.
3. Proporcionar equipo para que funcione la maternidad en el Centro de Salud.
4. Nombrar una comadrona titulada para la atención del parto en esa maternidad, y, para que participe a todo nivel el Programa de Atención Materno-infantil ya elaborado.

IV. A NIVEL DEL GOBIERNO CENTRAL

1. Incrementar los medios de producción y aumentar la productividad, mediante la mecanización agrícola, la enseñanza de nuevas técnicas de cultivo y el uso de abonos y fertilizantes.
2. Propiciar a nivel nacional una verdadera reforma Agraria que rompa la tenencia feudal de la tierra y la ponga en manos de quienes la trabajan.

Solo así se podrán combatir la morbi-mortalidad, la desnutrición, el analfabetismo, la falta de viviendas y demás males que mantienen agobiado al pueblo guatemalteco.

V. RECOMENDACION FINAL:

Incrementar en Zunil, los programas ya existentes, y, como producto de la investigación del Diagnóstico de Salud del Grupo Materno- Infantil en este municipio: EJECUCION DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL Y FAMILIAR ADAPTADO AL AREA URBANA Y RURAL DE ESTA COMUNIDAD, el cual hemos descrito en la segunda parte de este trabajo, y que debe ser puesto en marcha a la mayor brevedad posible.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana. Volumen LXXII, No. 5 Noviembre 1972. (Págs. 381, 385).
2. Poitevin G. Rodolfo. Departamento de Quetzaltenango. Población Calculada para el año 1972 a 1980. (Págs. 18 y 101). 1971.
3. De la Roca, Julio César. Biografía de un Pueblo. 1967. (Pág. 47 - 53).
4. Samayoa Luis Felipe. Recursos Turísticos de Quetzaltenango y Posibilidades de su aprovechamiento con proyecciones a la región Nor-occidental de la República (Págs. 67 a 68).
5. Poitevin G. Rodolfo. Estadística Aplicada a las Ciencias Médicas. (Págs. 63 a 65).
6. Unidad Sectorial de Planificación de la Salud. Algunos Indicadores de Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Mimeografiado (Págs. 2, 7, 34)
7. Dirección General de Estadística. Anuario Estadístico. 1973. (Págs. 24 a 66).
8. Stycos, J. Mayone. "Fecundidad en La América Latina. Segunda Edición. Editorial Pax - México. 1970. (Pág. 46).

9. Viel, Benjamín. "La Explosión Demográfica. 1973. Tercera Edición. Editorial Pax - México. 1973. 1973. (Págs. 262 a 302).
10. Retana, Otto. Muralles, Carlos. Problemática de la Salud del niño en Guatemala. 1975. Mimeografado. (Págs. 2 a 11).
11. Morales de la Vega, Héctor Rolando. Problemática de la Salud Materna en Guatemala. Alto Riesgo Obstétrico. 1975. Mimeoografiado. (Pág. 1 a 4).
12. Escobar Pérez, Julio César. Mortalidad en San Antonio Suchitepéquez de 1951 a 1960. 1962. (Págs. 1 a 9).
13. Unidad Sectorial de Planificación de la Salud. Mortalidad Año 1973. Guatemala 1973. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
14. Escobar Pérez, Julio Cesar. Mortinatalidad, Mortalidad Neonatal e Infantil en San Antonio Suchitepéquez de 1961 a 1969. 1970. (Págs. 1 a 6).
15. Retana, Otto. Morales de la Vega, Héctor. Riesgo-Neonatal y su relación con la Estructura Familiar y con el proceso de la Fisiopatología de la Reproducción Humana. 1975. Mimeoografiado. (Págs. 1 a 3).
16. Jelliffe, John. Conferencia en Congreso Pediátrico de Panamá. 1974. Información Personal.
17. Escobar Pérez, Julio César. Causas Económico-Sociales de la Desnutrición Infantil en Guatemala. Tesis Doctoral. 1959. (Págs. 29 a 57).
18. Piedra-Santa Arandi, Rafael. Introducción a Los Problemas Económicos de Guatemala. Editorial Universitaria. Guatemala 1971. (Pág. 201).
19. Poitevin, Rodolfo. Estudio de Fecundidad 1970. Unidad de Epidemiología, Planificación y Estadística.
20. Investigación Interamericana de Mortalidad Infantil. Individualización de los Factores de Riesgo Perinatal. Mimeoografiado. (Págs. 1, 7).
21. Alonso Lara, Luis Alberto. Programa de Atención Materno-Infantil y Familiar en el Área de Salud de Totonicapán. Tesis Doctoral. 1974. (Págs. 32 a 35).
22. De Paredes, C.L. Betancourt Enio. Programa de Atención Materno- Infantil y Orientación Familiar en la Población Urbana del Municipio de Quetzaltenango. 1971. (Págs. 7 a 12).
23. Slowing H., Ingrid E. Proyecto de un Programa Materno-Infantil para el Área de Salud de Amatitlán. 1973. (Págs. 27 a 31).
24. Reyna Barrios, José María. Vides Molina, Jorge. Sosa de Linares, Teresa. "Programa de Atención Materno- Infantil en la Población Urbana del Municipio de Huehuetenango. 1974. (Págs. 1 a 8).
25. Fase III, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. Consideraciones a-

- cerca del trabajo: "Bases para la Utilización de Comadronas Tradicionales Adiestrados en los Programas de Salud. Materno-Infantil y Familiar en el Área Rural. (Págs. 1 a 7).
26. Rosselot, Jorge. Problemática de la Salud Materno-Infantil con especial Referencia a los Países de Centroamérica y Panamá. 1974. (Págs. 7 a 32).
27. Equipo Dimif. Referencias con Relación a la Salud. Materno-Infantil. IV Seminario de Salud Materno-Infantil y Familiar. Cobán Guatemala 1976. (Págs. 3 a 9). Mimeografiado.
28. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Cooperativa Americana de Remesas al Exterior (CARE). Guatemala, Julio de 1975. PRONAL (Págs. 1 a 9).
29. Delgado Antonio, Gabarra, María O. Bases para la Utilización de Comadronas Tradicionales Adiestradas en los Programas de Salud Materno-Infantil y Familiar en el Área Rural. (Págs. 1 a 10).
30. Saied, Abraham. Discurso Pronunciado en el XI Congreso Centroamericana de Pediatría. Dic. 1974. (Págs. 15 - 16).
31. Retana, Otto. de Isaacs, María Josefa. Evaluación del Programa Materno-Infantil. IV Seminario de Salud Materno-Infantil. Cobán - Guatemala. Diciembre 1976. (Pág. 1).
32. Poitevin Paz, Rodolfo. República de Guatemala. Estu-

- dio sobre Inmunizaciones. 1970. (Pág. 8).
33. Zeissig, Otto. "Revisión de Normas de Vacunación. 1976. Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (Págs. 1 a 13).
34. Sub dirección Técnico-Normativa. Dirección General de Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas. (Págs. 2 a 38).
35. Dimif. Nuevos Indicadores de Riesgo Perinatal. Reproducción Mimeografiada. (Págs. 1 a 7).
36. Universidad del Valle, Colombia. Programa de Atención Médica. Sub-Programa Materno-Infantil. Reproducción Mimeografiada de la Fase III. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. (No. de Páginas 43).
37. Primer Seminario Materno-Infantil realizado en Quetzaltenango. Agosto de 1972. Hojas Mimeografiadas. 4 Páginas.
38. Segundo Seminario Materno-Infantil. Panajachel. Noviembre de 1973. Hojas Mimeografiadas. 13 Páginas.
39. Ponce, Héctor A. Programa de Atención Materno-Infantil y Familiar de la Ciudad de Cobán. Alta Verapaz. "Evaluación de 8 meses de Trabajo". Mimeografiado". 5 Páginas.

40. Delgado, Antonio. Bases para Programación Materno-
Infantil Integral a Nivel de Áreas de Salud. Guatema-
lta 1974. 17 Páginas. Mimeografiado.
41. Dimif. Bases Epidemiológicas para la Organización de
una Unidad de Recién Nacidos (Mimeografiado).
19 páginas.
42. Fase III, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de
San Carlos de Guatemala. "Fórmulas Estadísticas 1975. 2 páginas.
43. De Isaacs, María O. Evaluación sobre Programas Mater-
no-Infantiles. Dos Áreas con participación de
enfermeras Materno-Infantil. IV. Seminario -
Nacional de Salud Materno-Infantil y Familiar.
Cobán - Guatemala. Diciembre 1975. (3 Pági-
nas).
44. Armijo Rojas, Rolando. "El Método Epidemiológico. Cur-
so de Epidemiología. Universidad de Chile. 1964
14 páginas.