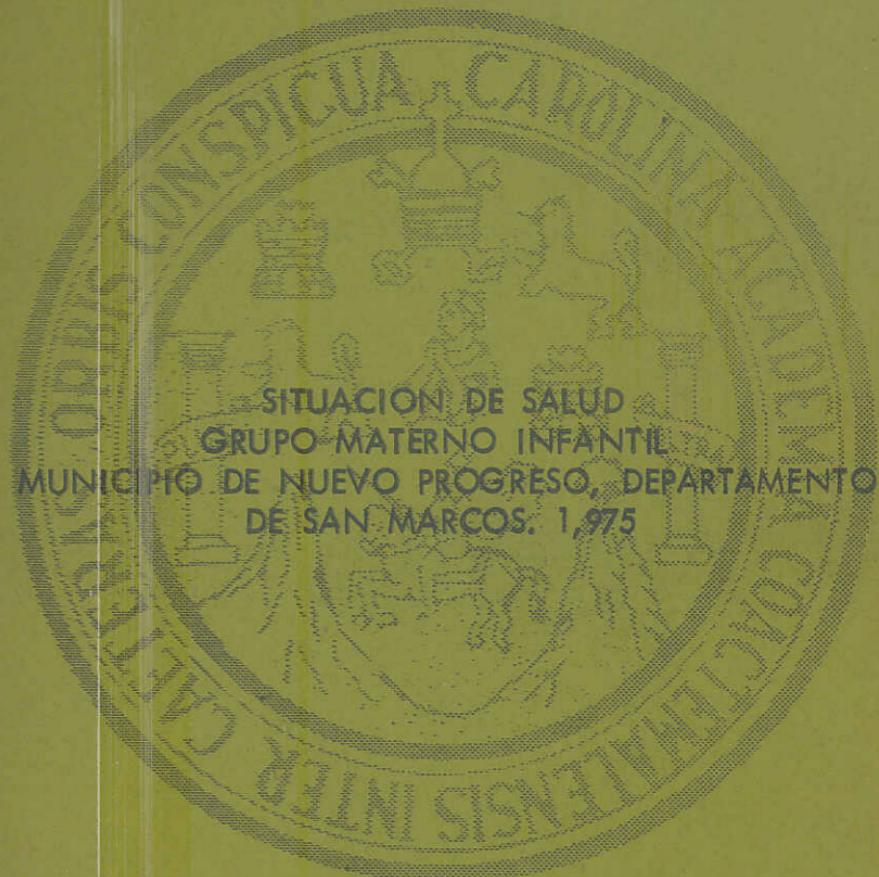


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



IVETTE EUGENIA LAM CIFUENTES

PLAN DE TESIS

- I. PREFACIO
- II. INTRODUCCION
- III. ANTECEDENTES
- IV. FORMULACION DE HIPOTESIS
- V. OBJETIVOS
- VI. MATERIAL Y METODOS
- VII. DESCRIPCION DEL AREA
- VIII. SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA

1. La Familia.
2. Hábitos y creencias sobre los alimentos
3. Medios de producción.
4. Producción.
5. Fuerza de trabajo.
6. Consumo.
7. Ingresos.
8. Percepción del problema
 - 8.1 Por parte de la comunidad
 - 8.2 Por parte del personal local de salud.

IX. POBLACION

1. Población Total.
2. Población Rural.
3. Población Urbana.

X. SALUD

1. Daños

- 1.1 Mortalidad.
- 1.2 Morbilidad.
- 1.3 Situación Nutricional.
- 1.4 Mortinatalidad.

2. Recursos

XI. POBLACION MATERNO INFANTIL

1. Población Materno Infantil.
2. Tasas de Fecundidad.
3. Tasas de Natalidad.
4. Crecimiento Vegetativo.

XII. CONCLUSIONES

XIII. RECOMENDACIONES

XIV. BIBLIOGRAFIA

II INTRODUCCION

El trabajo que a continuación se presenta trata de ser un reflejo de la situación Materno-Infantil de nuestro país, tomando como muestra representativa de dicha situación, la población materno-infantil del Municipio de Nuevo Progreso del Departamento de San Marcos, durante el año de 1,975.

La importancia de este estudio radica en que el grupo Materno-Infantil es el más numeroso de nuestra población y por sus características, el más vulnerable a un alto riesgo de enfermar y morir, debido a múltiples factores tales como: analfabetismo, falta de reforma agraria, falta de trabajo, bajos salarios, familia numerosa y programas de salud deficientes, etc. Es preciso hacer notar, que a pesar del alto riesgo de este grupo, en la actualidad nuestro país carece de buenos programas Materno-Infantiles que tiendan a dar protección al grupo en mención, lo cual se plantea como una prioridad en la atención de la salud.

La presente investigación se llevó a cabo durante los primeros seis meses del año de 1,975, siendo diversas las fuentes de información que llegaron a confirmar, al final de la recopilación, la realidad nacional del grupo Materno-Infantil que todos teóricamente conocemos como adversa. La información real de esta población, con el propósito de compararla con años anteriores no fue posible llevarla a cabo, debido a que se carece en los servicios de salud de in-

formes estadísticos básicos, que sirvan como punto de partida para el desarrollo de un estudio de tal naturaleza.

Espero que los datos obtenidos y dados a conocer a continuación sirvan como base para planificar posibles soluciones a los problemas detectados y que merezcan nuestra atención, por ser de primordial importancia en el ramo de la salud.

III ANTECEDENTES

El interés mayor en la elaboración de este trabajo, reside en el hecho de que no existe publicado ninguno similar, respecto al municipio estudiado, únicamente un escrito del estudiante EPS Dr. Ranulfo Rodríguez, presentado a la Facultad de Medicina de la USAC, titulado "Diagnóstico de la Situación de Salud de Nuevo Progreso", año de 1975.

Creyendo, al escribir este trabajo de tesis, que se contribuirá a conocer los problemas de la comunidad, especialmente en lo referente al Grupo Materno-Infantil.

V OBJETIVOS

IV FORMULACION DE HIPOTESIS

- 1.- La salud se encuentra íntimamente ligada a otros factores de desarrollo tales como el económico-social y el cultural, es decir es multicausal.
- 2.- La situación socio-económica de las personas es la causa determinante de los principales problemas de salud que se manifiestan en su mayoría como de origen infeccioso y nutricional.
- 3.- Que la percepción que se tiene del problema materno-infantil es diferente entre la comunidad y el personal que trabaja en Salud Pública.
- 4.- Los problemas de salud del Grupo Materno-Infantil en el Municipio de Nuevo Progreso, San Marcos, son alamantes y similares a los de la mayoría de comunidades del área rural guatemalteca.

1. GENERALES

- 1.1 Mediante el método científico, conocer la problemática de la realidad nacional.
- 1.2 Que las diferentes facultades de la Universidad de San Carlos, establezcan programas para efectuar el Ejercicio Profesional Supervisado E.P.S., adecuados para que el trabajo en una comunidad llegue a ser multidisciplinario y que el presente trabajo les permita tener un punto de referencia para próximos estudios.
- 1.3 Interesar a los estudiantes de medicina para que sus trabajos de tesis se orienten hacia temas de contenido social, que aporten nuevos conocimientos y conceptos sobre problemas de salud y sus posibles soluciones.

2. ESPECIFICOS

- 2.1 Obtener un conocimiento real de la situación del Grupo Materno-Infantil, para formular sobre bases firmes la realización de programas de salud en el municipio de Nuevo Progreso, San Marcos.
- 2.2 Determinar la situación social y económica de la familia rural guatemalteca.

- 2.3 Conocer las principales causas de morbilidad y mortalidad Materno-Infantil en el Municipio de Nuevo Progreso, San Marcos.
- 2.4 Conocer la percepción del problema por parte de la comunidad y por parte del personal local de salud del Municipio de Nuevo Progreso, San Marcos.
- 2.5 Proporcionar datos concretos del área investigada para que sirvan a futuros estudios de diferente índole.

VI MATERIAL Y METODOS

1.- MATERIAL

- 1.1 Las familias que integran la población total del Municipio de Nuevo Progreso, San Marcos.
- 1.2 Los libros de Registro Civil de la Alcaldía Municipal.
- 1.3 Historias clínicas y libro de registros médicos del puesto de salud del Ministerio de Salud Pública - de Nuevo Progreso, San Marcos.
- 1.4 Muestra Representativa de las familias urbanas de la cabecera municipal de Nuevo Progreso, San Marcos.
- 1.5 Las viviendas de las familias seleccionadas en la muestra, y otros aspectos del medio ambiente en donde habitan estas personas.
- 1.6 Guías y formularios diseñados para el efecto por la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

2.- METODOS

2.1 Encuesta.

2.2 Entrevista.

2.3 Recolección bibliográfica.

3.- ACTIVIDADES

- 3.1 Se realizó una encuesta de la población del Municipio de Nuevo Progreso, San Marcos, con la participación del personal de salud, maestros, administradores de fincas y alcaldes auxiliares, obteniendo así por separado la población rural y urbana, y se actualizó el plano de la cabecera municipal.
- 3.2 Se efectuó un estudio de las defunciones en el registro civil municipal, para determinar las causas y tasas de defunción para el año 1,974.
- 3.3 Se analizaron las historias clínicas y libros de registros médicos del Puesto de Salud para determinar la morbilidad del año 1,975.
- 3.4 Se realizó una encuesta, para estudiar la situación nutricional de las personas y su relación con los factores socio-económicos de la población, la percepción que del problema del Grupo Materno-Infantil tiene la comunidad y el personal local de salud; ésta se realizó en el área urbana o sea en

la cabecera municipal tomando una muestra de 30% del total de familias de la cabecera municipal —que ascendía a 256 familias— siendo un total de 76 las familias que se investigaron. El presente trabajo de investigación se realizó en el período comprendido del 15 de Febrero al 15 de Julio de 1,975; en la totalidad del municipio de Nuevo Progreso, del departamento de San Marcos.

VII DESCRIPCION DEL AREA

1- NUEVO PROGRESO

Municipio del Departamento de San Marcos, situado en la costa sur occidental de Guatemala, tiene los siguientes límites: Al norte por el municipio de San Pedro Sacatepéquez, San Marcos; al sur por Pajapita, San Marcos, Coatepeque y Quetzaltenango; al este por la Reforma, San Marcos; al oeste por el Tumbador, San Marcos.

Tiene una extensión territorial de 140 kilómetros cuadrados; altitud sobre el nivel del mar de 3,200 pies ingleses en banco de la cabecera municipal, aunque la altura en todo el territorio del municipio es variable y va desde los 2,000 hasta los 4,500 pies ingleses.

Latitud de 14°47' y longitud de 91°55'. Posee una variedad de clima que va desde el cálido hasta el moderadamente frío, la temperatura media anual en la cabecera municipal es: máxima de 28°C y mínima de 20°C a la sombra, lo que hace un clima agradable todo el tiempo.

Se marcan dos estaciones principales: invierno y verano; es necesario hacer notar que en esta región son sumamente copiosas las lluvias, siendo el promedio días-lluvia de 190 días, y la precipitación pluvial año de 5,103 mm de agua; la humedad relativa promedio anual para 1,974 fue de 93% a la sombra.

Cuenta el municipio con un poblado urbano donde se encuentra la cabecera municipal con la categoría de Pueblo, con municipalidad de segunda categoría; 16 poblados rurales y varias fincas con caseríos para colonos.

Las aldeas son las siguientes: Pueblo Viejo, La Conquistista, La Independencia, San Ignacio, San José Ixtal, La Laguna Seca, Ixahuín, Buena Vista, Palín, El Sombrerito Alto y El Sombrerito Bajo.

Los Cantones son los siguientes: Cantón Barrios, El Recuerdo, Ixtalito, La Vuelta Colorada, San Luis Naranjo e Ixahuín.

Están ubicadas en el municipio numerosas fincas de café con caseríos para colonos, y algunas con luz eléctrica y agua intradomiciliar o chorros públicos como en las fincas La Unión, California y otras.

La variedad del clima y abundantes lluvias son factores que confieren a este municipio un gran potencial de recursos naturales renovables, tanto en la zona cálida como en la alta, y lo que potencialmente permite a sus habitantes una variabilidad de productos.

Está irrigado el municipio por once ríos de variable caudal, siendo éstos: El Naranjo, Pajapa, Cainá, San Ramón, Ixahuín, San Luis Zarco, Belén, Ixtal, Ixtalito, La Unión, Veremos y Entre Ríos.

2- HISTORIA Y COSTUMBRES

Con relación a la de este municipio fue fundado en el año de 1,899; con el nombre de Nueva Plaza, desligándose del Municipio de San Antonio. Posteriormente se le denominó Estrada Cabrera, San Joaquín y en el año de 1,920 tomó el nombre con el que se le conoce actualmente.

Inicialmente la cabecera municipal ocupó los terrenos donde actualmente se encuentra la finca La Unión, y en el año 1,905; a causa de los estragos ocasionados por el terremoto de 1,902; se decidió trasladar la cabecera municipal al lugar que actualmente ocupa y cuyo trazo original conserva aún.

En general la población de Nuevo Progreso es de carácter conservador, el 90% de los habitantes profesa la religión católica, cuenta la parroquia local, desde 1,959; con el Reverendo Padre Cayetano Bertoldo, a cuyo cargo se encuentra actualmente la construcción de un Hospital, el cual se llamará "Hospital de la Familia", con capacidad de 16 camas, contará además, con todo el equipo necesario como lo constituye servicio de Consulta Externa, Laboratorio, Rayos X, Sala de Operaciones y Farmacia.

Actualmente se cuenta en la cabecera municipal, además del Puesto de Salud del Ministerio de Salud Pública — donde permanece un estudiante EPS del 60. Año de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos y una enfermera auxiliar adiestrada, con un Dispensario de la Casa Parroquial donde prestan sus servicios el Dr. Harold Marquis y la Sra. María de Marquis quien colabora estrechamente como enfermera graduada. Se cuenta también con la

valiosa colaboración de la Sra. Jeannine Viatette Archimbaud como educadora del hogar.

Celebran en la población festejos patronales, en el mes de Diciembre en honor a la Virgen de Guadalupe —del 9 al 14 de Diciembre—, también se celebran fiestas en honor a la Santa Cruz el 3 de Mayo, y el 15 de Agosto en honor a la Virgen del Tránsito. En las aldeas realizan sus correspondientes fiestas, no relacionadas con las de la cabecera municipal y por supuesto también se conmemoran las fiestas patrias.

El vestuario es variable, ya que los grupos de población inmigrante de los pueblos del altiplano, conservan el traje del lugar de origen, de los cuales el predominante es el de la región de Sacatepéquez San Marcos, y consiste en una blusa güipil, de diversos colores, con varios motivos — bordados, una parte inferior —falda— de tela gruesa, de color amarillo, con franjas que forman cuadros de color verde, la cual es sostenida en la cintura con una faja bordada y tejida a mano de distintos colores. Otros grupos de habitantes visten a la usanza común en los diferentes grupos de población guatemalteca, con vestidos de variados tipos de telas, tejidos y confeccionados con máquinas de coser; todo lo anterior concierne a la población femenina. En cuanto a la población masculina, generalmente viste camisa y pantalón de dril y sombrero de petate. Casi toda la población del área rural no usa zapatos, algunos usan caítes de cuero con suela de hule.

Es común el uso del tún y la chirimilla en los días previos y durante la Cuaresma y Semana Santa. Es una tradición que el día Miércoles Santo por la noche circule por

las calles un pelele acompañado con chinchines, güitarras, botes, pitos o marimba y los acompañantes pidiendo pan o dinero. Este pelele representa a Judas Ixcario.

Otra de las tradiciones durante la Semana Santa es la dramatización de la Pasión de Cristo, por las calles de la cabecera municipal que culmina con la Crucifixión del Mártir el día viernes por la tarde. Por las tardes en la cabecera municipal los ladinos se dedican a la práctica del fútbol o del basquetbol.

La población en general es estable, debido a que en el área rural sus habitantes se dedican a la agricultura o trabajan como jornaleros o colonos en las fincas, es muy bajo el porcentaje que emigra a la costa en busca de nuevos horizontes, siendo especialmente los ladinos del área urbana los que emigran a la ciudad capital y otros departamentos en busca de mejor posición social y económica.

En la cabecera municipal se encuentra el intercambio comercial, celebrándose éste con mayor intensidad los días domingo, martes y jueves; de ellos el día domingo es el de mayor importancia porque hay más movimiento mercantil en piso de plaza y ventas permanentes en el mercado. El mercado cuenta con una construcción antigua, que deja mucho que desear en cuanto a condiciones higiénicas se refiere, y otra parte moderna recién construida que es donde se lleva a cabo el intercambio comercial los días indicados.

El municipio está comunicado con la ruta internacional del pacífico por la Ruta Departamental No. 4, por medio de la cual se comunica con el municipio de Pajapita, Coatepeque y Malacatán, siendo ésta la principal vía de

comunicación terrestre; además está atravesado el territorio por la antigua ruta internacional que en este territorio toma el nombre de Justo Rufino Barrios, que lo une al este con el Municipio de la Reforma y al oeste con el municipio de El Tumbador, siendo éstas rutas de terracería transitables todo el tiempo. Además cuenta con caminos de herradura no transitables todo el tiempo que lo unen con las diferentes aldeas y caseríos. También existen caminos particulares que conectan a las rutas principales con grandes fincas productoras de café; es decir que en caso de atención médica no tienen problemas de comunicación de la cabecera municipal al Hospital Regional de Coatepeque. El problema radica en transportar a los enfermos de las aldeas lejanas con rutas de terracería a la Cabecera Municipal.

Cuenta además la Cabecera Municipal con comunicación telegráfica y servicio de correos.

VIII SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA

La agricultura es la actividad económica más importante de nuestro país, constituye alrededor del 30% del producto geográfico bruto. Como consecuencia de la distribución de la tierra y de la participación de los grupos sociales en la producción es posible agrupar a los hombres que participan en las labores agrícolas, en cinco clases principales. Con algunas variantes puede hacer la siguiente agrupación: por una parte las clases o grupos sociales dueños de los medios de producción, y por consiguiente dueños de la producción, que son: 1) los terratenientes semi-feudales, 2) los campesinos, 3) los capitalistas agrarios. Tal clasificación fue hecha, tomando en cuenta en que en la agricultura guatemalteca, el proceso de evolución social registra la descomposición del régimen feudal y el nacimiento del capitalismo.

El campesino, que por definición, es aquel que trabaja directamente la tierra, es dueño de los instrumentos de producción, participando en los cultivos él y su familia, o grupos familiares. Así, está la capa de campesinos pobres: formada por los minifundistas y arrendatarios en pequeño, o sea que tienen muy poca tierra o carecen totalmente de ella, y por consiguiente se ven obligados a vender su fuerza de trabajo en otras fincas, por lo menos algún miembro de la familia. El campesino medio, o sea aquél que tiene la tierra suficiente para vivir de ella, él y su familia, todo el año, y en época de buena cosecha puede vender un ex-

cedente; la extensión de su tierra va desde 10 manzanas hasta una caballería. El campesino rico cuya característica es la posesión de tierras en cantidades más o menos importantes que le permite tener un excedente económico ya significativo que vende en el mercado, ocupa mano de obra asalariada y cede en arrendamiento parte de sus tierras que por lo general tienen riesgo, facilidad de comunicación, la extensión de las tierras va desde una caballería hasta 20.

El capitalista agrario, forma la nueva clase de ricos - del campo, y puede definirse como "aquel que emplea en cierta escala maquinaria agrícola y otros adelantos de la técnica que recurre al uso de abonos e insecticidas que raciona su producción intensiva, invirtiendo un porcentaje de sus utilidades para aumentar el capital constante de sus empresas agrícolas, que necesitan de mano de obra calificada y más libre." (Lic. Torres)

Por otra parte, están los que viven en el campo, pero que no poseen, ni en propiedad ni en arrendamiento, ninguna parcela de terreno. Tomando en cuenta la descomposición social ya apuntada, tenemos: 1) el Mozo colon, condición esta que guarda ciertas características, de lo que en otros lugares antiguamente, se llamó siervo; y 2) el obrero agrícola. Estas dos clases la constituyen los que trabajan en las fincas de los terratenientes o en las de los capitalistas respectivamente; la diferencia entre unos y otros, consiste en que, los mozos colonos radican en la finca trabajan para el patrono a cambio de que éste les permita vivir y trabajar en su "hacienda", algunas pequeñas parcelas, algunas veces mediante el pago de miserables salarios. Los mozos colonos existen en las fincas de café y algunas fincas ganaderas, principalmente las situadas en el noroccidente;

dente del país o sean los departamentos de Quetzaltenango, San Marcos; El Quiché, Huehuetenango, Alta y Baja Verapaz. Los obreros agrícolas, son utilizados en la producción y comercialización del algodón, la caña de azúcar, aceites esenciales, banano, y trabajan principalmente en la costa del pacífico e Izabal.

La encuesta realizada en el área urbana o sea en la cabecera municipal tomando una muestra del 30% del total de familias de la cabecera municipal que ascendía a 256 familias, siendo en total 76 las familias que se investigaron nos dio los siguientes datos reales respecto a la constitución del grupo familiar y su situación social y económica, lo cual se describe en detalle a continuación.

1.- LA FAMILIA

1.1 Constitución del Grupo Familiar: El promedio de miembros por familia fue de 5 a nivel municipal, en el área urbana el 69% de la población son ladinos y el 31% indígenas. El número de niños menores de 5 años de edad en el área urbana fue de 263 que hacen un 18% y el número de niños entre 5 y 14 años fue de 371 que hacen un 26% de la población.

1.2 Escolaridad de la Familia: En el área urbana la escolaridad de los padres fue de un 55% alfabetos, y un 45% analfabetos.

El número de miembros entre 7 y 14 años que asisten a la escuela es de 274 que constituyen un 19

% de la población total urbana.

De 7 a 14 años que no asisten a la escuela fueron 42 niños que representan un 3% de la población total urbana.

2.- HABITOS Y CREENCIAS SOBRE LOS ALIMENTOS

2.2 La Alimentación Familiar: Es básicamente de frijoles, café, tortillas y chile, durante los tres tiempos de comida. Tres veces a la semana comen: carne, huevos, verduras, fideos, fruta, incaparina o mosh, y muy raramente toman leche.

La alimentación del pre-escolar, escolar y de la embarazada no difiere en ningún aspecto del resto de la familia, debido a la pobre situación económica familiar.

La alimentación durante el primer año de vida, generalmente es a base de leche materna, la cual se prolonga hasta los 18 meses o incluso más tiempo, y la alimentación complementaria se inicia al año con caldo de frijoles, tortilla molida y atoles.

3.- MEDIOS DE PRODUCCION: TENENCIA DE LA TIERRA.

- 3.1 Propietario 15%
- 3.2 Arrendatario 75%
- 3.3 Posesión 0%

3.4 Mediero	5%
3.5 Usufructo	5%

Puede observarse por lo anterior que la mayor parte de la tierra productiva se encuentra en pocas manos con característica de un latifundio, y la situación económica de los pobladores del municipio está determinada esencialmente por la distribución de los medios de producción.

En cuanto a la tenencia de los instrumentos de trabajo el 100% de los entrevistados refirió tener instrumentos propios consistentes en machete, azadón, pala, hoz, - piocha, etc.

4.- PRODUCCION

El 83% de la población se dedica a la producción agrícola, cultivando principalmente café, bananos, maíz, y - arroz. Un 5% se dedica a la crianza de animales para vender, especialmente cerdos y gallinas. El resto, que es un 12 %, son pequeños comerciantes, y otro bajo porcentaje son empleados municipales o de otras instituciones nacionales.

5.- FUERZA DE TRABAJO

De los que tienen trabajo, el 15% trabaja las tierras - como agricultor por su cuenta, un 36% son jornaleros ganando Q.1.20 diarios, un 24% son cuadrilleros ganando - Q.1.40 diarios y el resto trabaja como empleados municipales, sastres, carpinteros, etc.

6.- CONSUMO

Un 8% vende lo que produce, un 12% consume lo que produce y el resto que es un 80% vende una parte y otra - consume, por lo que podemos deducir que es una comuni -- dad eminentemente constituida por pequeños comerciantes que intercambian sus productos los días jueves y domingos - en el mercado de la localidad.

7.- INGRESOS

El ingreso económico familiar anual es en promedio de Q.720.00 que es un salario mínimo muy bajo para las nece sidades más inmediatas de una familia, por lo cual la situa ción de vivienda y socio-económica de la familia rural es muy mala, predisponiéndola a cualquier clase de enferme dad especialmente de tipo transmisible.

8.- PERCEPCION DEL PROBLEMA

8.1 POR PARTE DE LA COMUNIDAD:

La comunidad estudiada está consciente de los graves problemas que la aquejan, principalmente en cuanto a Salud Pública, pero todo lo atribuyen a su mala situa ción socio-económica a la cual aparentemente no le - encuentran ninguna solución.

Analizando la encuesta que se realizó dentro de las - familias de la población para conocer la percepción - de la situación materno-infantil por la comunidad, po-

demos observar los siguientes resultados:

- 8.1.1 A las señoras el último parto les fue atendido - por comadrona empírica en un 98%, siendo sólo un 2% que tuvieron sus niños en el Hospital de Coatepeque aduciendo problemas en sus partos - anteriores.
- 8.1.2 El 100% de las entrevistadas respondió que si tuvieran otro parto les gustaría que un médico las atendiera.
- 8.1.3 El 75% les gustaría que atendieran su parto en el Hospital y un 25% lo prefieren en su casa de habitación por temor al hospital, el cual ni siquiera conocen.
- 8.1.4 Un 60% refiere haber tenido control prenatal - con comadronas empíricas quienes las visitaron - en sus casas, un 10% con médico EPS en el Centro de Salud y un 30 % sin control.
- 8.1.5 Un 98% piensan que es conveniente el control - prenatal para tener seguridad que el niño viene bien, un 2% piensan que no es necesario porque los niños vienen como Dios los manda.
- 8.1.6 El 95% piensan que es conveniente la atención hospitalaria del parto, porque el grado de seguridad es mayor, hay más limpieza y por cual ---quier problema hay un médico cerca. Un 2% - piensan que no es necesario ya que en su casa - encuentran mayor seguridad al lado de su cónyuge.

gue.

- 8.1.7 Un 87% contestó que no le da problemas el embarazo, sin embargo un 13% dice que el embarazo le causa náuseas y vómitos.
- 8.1.8 Un 97% piensan que el embarazo no le da problemas al nuevo niño, pero un 3% piensa que cuando la madre se encuentra muy desnutrida el niño puede nacer muerto.
- 8.1.9 Cuando se enferma un niño en la familia, lo primero que hacen es que un 50% le da remedios - caseros, un 25% lo lleva con el farmacéutico, - un 20% lo lleva al Dispensario o Puesto de Salud y un 5% prefieren visitar al curandero.
- 8.1.10 Un 87% refiere que sus niños están vacunados - contra el Sarampión, la DPT y antipoliomielítica, y un 13% no los han vacunado. Los que han vacunado a sus niños piensan que las vacunas - los ayudan para evitar las enfermedades, los que no los vacunan no lo hacen porque consideran - que no es necesario ya que el que tiene que morirse se muere y otros refieren haber ignorado las campañas de vacunación.
- 8.1.11 En cuanto al control de crecimiento y desarrollo nos los llevan por falta de tiempo, creen que no es necesario, solo cuando se les ve muy delgados los llevan al Dispensario o Puesto de Salud para que les regalen "vitaminas".

8.1.12 Piensan que las madres se enferman más frecuentemente de fiebre, asientos, catarro, y cólicos. Los niños de asientos, parásitos, disentería y catarro.

8.1.13 Creen que se mueren más frecuentemente las personas adultas de:

1. Vejez
2. Calentura
3. Tos
4. Disentería

Los niños de:

1. Asientos
2. Disentería
3. Alteración de lombrices
4. Fiebre.

8.1.14 El 60% respondió que si saben qué es desnutrición, y lo definen como falta de alimento por lo cual las personas se ponen delgadas y pálidas. Un 40% refirió no saberlo.

8.1.15 Un 85 % de los entrevistados no saben por qué se hinchan los niños, por qué se les cae el pelo, por qué se les descama y se les mancha la piel, y por qué muchas mujeres embarazadas se ponen pálidas. El resto o sea un 15% respondió correctamente.

8.2. PERCEPCION DEL PROBLEMA POR PARTE DEL PERSONAL LOCAL DE SALUD:

El problema principalmente radica en las malas

condiciones socio-económicas y culturales en que vienen los habitantes del medio rural guatemalteco. El grupo materno-infantil indudablemente es el más afectado ya que por sus características necesita mayor atención, así la madre desde el embarazo debe ser controlada por una persona con conocimientos médicos, mejorar su alimentación y que el trabajo en el campo sea a menor, dedicarse con mayor amplitud a sus labores hogareñas; pero esto es una utopía, ya que la madre con una cantidad grande de hijos, mala salud y con ingresos económicos tan bajos debe trabajar a la par del esposo para tener lo básico en su alimentación como lo es el frijol y el maíz. Por su parte los niños desde antes del nacimiento son desnutridos fetales que al nacer entran en la lucha por su supervivencia donde llevan las de perder por sus malas condiciones ambientales, de saneamiento y de salud.

Un Puesto de Salud situado en un área como ésta lo que hace es soslayar ligeramente el problema, apuntalar que se está haciendo algo cuando la realidad aunque triste es que no se está haciendo nada, puesto que los programas deben ser principalmente de medicina preventiva, campañas de letrinización, desagües, agua potable, higiene, adiestramiento para comadronas empíricas, aumentar salarios, y como se dijo: la desnutrición no se cura con medicina sino con comida y la diarrea con agua potable.

IX POBLACION

Según el censo llevado a cabo en 1,975; la población de Nuevo Progreso fue de 16,165 habitantes, de los cuales 8,501 fueron hombres, y 7,664 mujeres.

La población rural fue de 14,780 habitantes que representa el 91% de la población total. La población urbana estuvo constituida de un total de 1,385 habitantes que hacen el 9% de la población total.

El promedio de personas por familia en el área rural - fue de 7.

A continuación se presenta la distribución de familias por aldea y por cantones en el área rural del Municipio de Nuevo Progreso del Departamento de San Marcos.

TABLA No. I

DISTRIBUCION DE FAMILIAS POR ALDEAS, MUNICIPIO DE NUEVO PROGRESO, DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS, AÑO DE 1,975

No. DE ORDEN	ALDEA	No. DE FAMILIAS
Total		1,394
1.-	La Conquista	286
2.-	San José Ixtal	227
3.-	San Ignacio	212
4.-	Laguna Seca	160
5.-	Pueblo Viejo	146
6.-	Palín	84-
7.-	La Independencia	79
8.-	Buena Vista	75
9.-	Sombrerito Bajo	65
10.-	Sombrerito Alto	60

X SALUD

TABLA No. 2

DISTRIBUCION DE FAMILIAS POR CANTONES, MUNICIPIO DE NUEVO PROGRESO, DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS, AÑO DE 1,975		
No. DE ORDEN	CANTON	No. DE FAMILIAS
Total		496
1.-	El Recuerdo	153
2.-	Ixcahuín	127
3.-	San Rafael Vuelta Colorada	104
4.-	Ixtalito	86
5.-	San Luis Naranjo	26

1.- DAÑOS

1.1 MORTALIDAD

1.1.1 MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO.

a) MORTALIDAD INFANTIL:

$$\frac{\text{No. de muertes en menores de 1 año 1,974}}{\text{Nacidos vivos en 1,974}} \times 1,000 =$$

$$= \frac{43}{726} \times 1000$$

Según fórmula la mortalidad infantil es de 59 por mil habitantes lo cual es bastante elevado debido a las malas condiciones de salud derivadas de la mala distribución de tierra así como el bajo nivel socio-económico. No obstante con un mejor control estadístico la tasa subirá aun más ya que en Guatemala es de 80 por mil en promedio.

b) MORTALIDAD NEONATAL:

$$\frac{\text{No. de muertos menores de 28 días 1,974}}{\text{Nacidos vivos en 1,974}} \times 1,000 =$$

$$\frac{17}{726} = 23$$

La mortalidad neonatal según fórmula es de 23 que es elevada sin tomar en cuenta los que no se reportan como defunciones en el registro civil. Estas muertes son debidas generalmente a la mala nutrición de las embarazadas y al empirismo de las comadronas que prestan una mala atención al momento del parto, así como al deficiente saneamiento ambiental.

c) MORTALIDAD POST-NEONATAL

No. de muertes de 29 a 364 días, 1,974 por 1,000

Según fórmula es de 26 por 1,000 que es igual a 26,000

1.1.2 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD:

Se revisó el libro Civil de Defunciones, donde los diagnósticos de defunción son eminentemente empíricos ya que están dados generalmente por el alcalde auxiliar y personas sin ningún conocimiento al respecto, por lo cual los datos no son confiables ni representativos ya que solo indican como causa de muerte por ejemplo: fiebre, anemia, infección, etc.

1.1.3 MORTALIDAD EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS:

Se registraron 53 muertes en el año 1,974 que hacen el 23.9% donde el diagnóstico principal corresponde también a la clasificación de mal definidas y luego a enfermedades del tracto gastrointestinal, enfermedades parasitarias y del tracto respiratorio.

1.1.4 MORTALIDAD MATERNA:

Mortalidad durante el embarazo, el parto, por abortos y durante el puerperio, no se encontró ningún caso en el libro de defunciones civil durante 1,974 posiblemente porque no se efectúan los reportes correspondientes, y por la misma circunstancia se desconocen las causas de mortalidad materna en esta población.

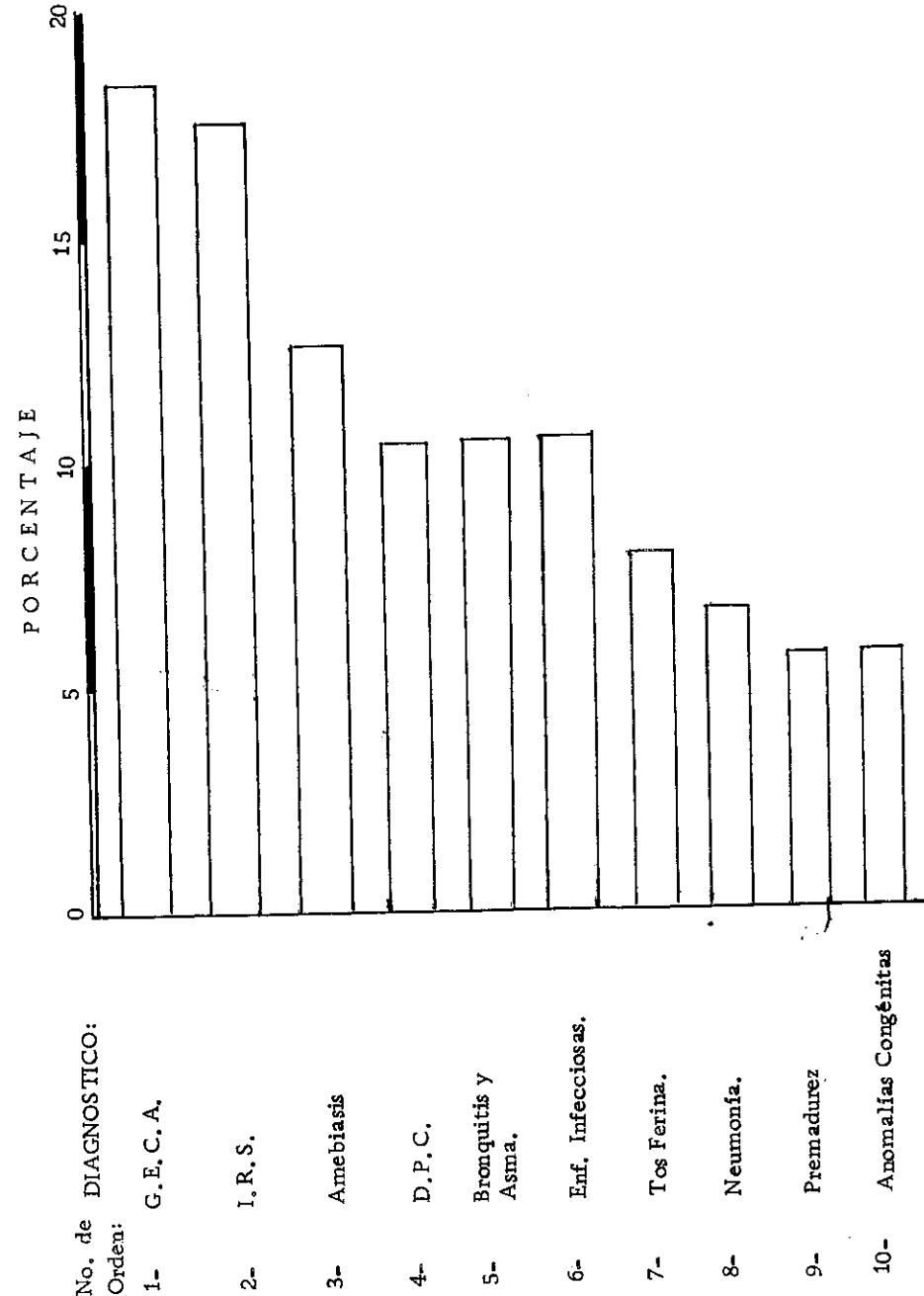
1.2 MORBILIDAD

Se define morbilidad como el número proporcional de personas que enferman en un lugar y tiempo determinados. A continuación se presentan en tablas y gráficos, la morbilidad del Municipio de Nuevo Progreso del Departamento de San Marcos; en niños menores de 1 año, de 1 a 4 años, y de 5 a 14 años de edad, del período comprendido del 15 de Febrero al 15 de Julio de 1,975.

TABLA No. 3

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO PUESTO DE SALUD, MUNICIPIO DE NUEVO PROGRESO, DEPTO. SAN MARCOS, PERÍODO COMPRENDIDO DEL 15 DE FEBRERO AL 15 DE JULIO DE 1,975.

No. ORDEN	ENFERMEDAD	CODI GO	No. DE CASOS	PORCEN TAJE
	Total		325	100
1.-	G.E.C.A.	02	58	18
2.-	I.R.S.	29	55	17
3.-	Amebiasis	03	39	12
4.-	D.P.C.	37	32	10
5.-	Bronquitis y Asma	31	32	10
6.-	Enfermedades Infecciosas	16	32	10
7.-	Tos Ferina	07	22	7
8.-	Neumonía	30	19	6
9.-	Premadurez	1	16	5
10.-	Anomalías congénitas	40	16	5



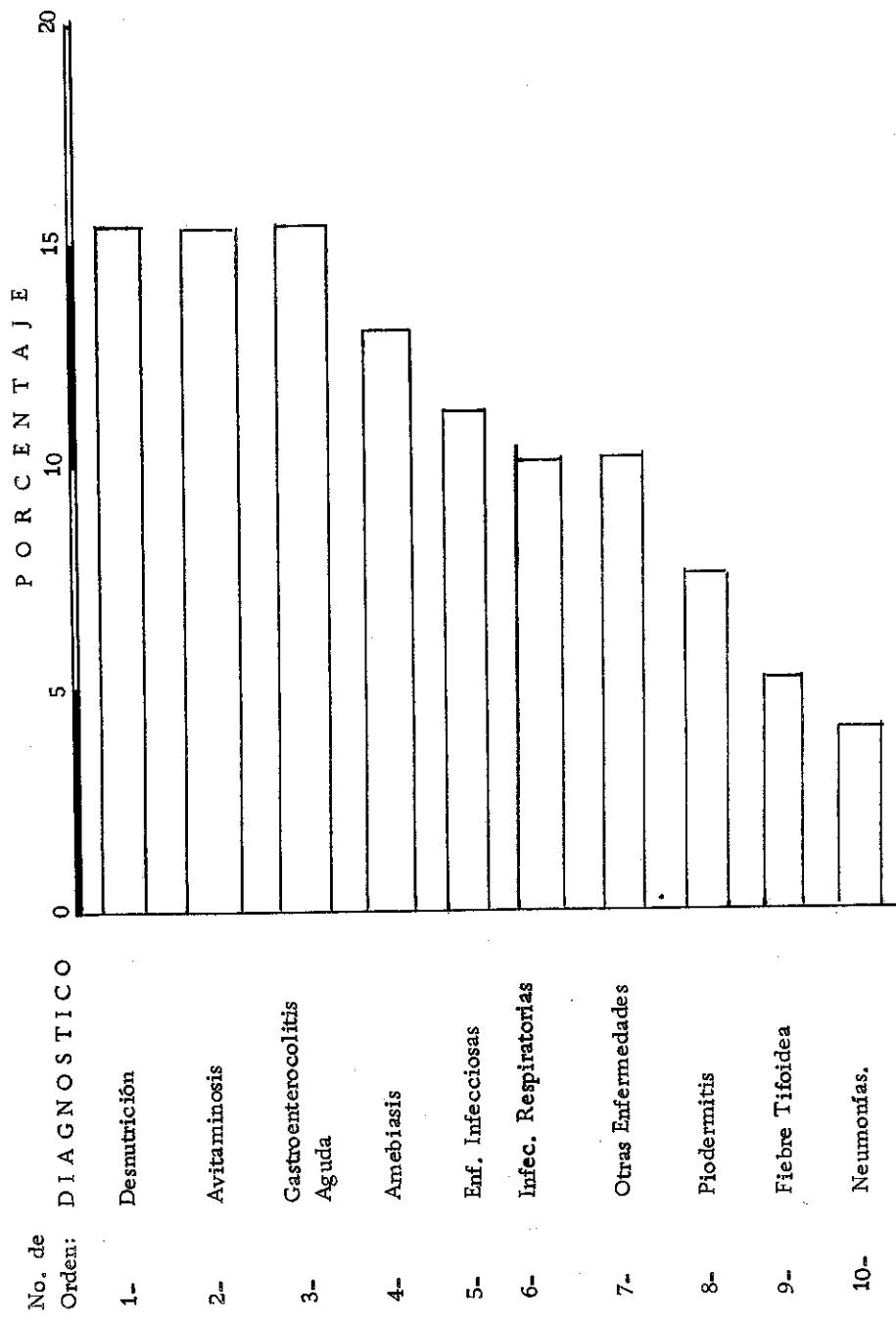
He de hacer notar, que muchos de los diagnósticos que aparecen en la tabla y gráfica anterior, fueron efectuados clínicamente sin ayuda de exámenes de laboratorio, ya que el Centro de Salud de la localidad en estudio carecía de l equipo de laboratorio necesarios para poder efectuar los mismos.

Como puede observarse tanto en la tabla No. 3 como en el gráfico No. 1, los tres primeros lugares de morbilidad en niños menores de 1 año, están representados por gastro-enterocolitis aguda, (G.E.C.A.), infección respiratoria superior (I.R.S.) y amebiasis; todas son resultados de las malas condiciones de salubridad e higiene en que estos niños viven, así como también secundarias a las malas condiciones socio-económicas y culturales en que se encuentran los grupos familiares.

La Desnutrición Protéico Calórica (D.P.C.), en este estudio, se encuentra ocupando el cuarto lugar, esto es debido a que durante el primer año de vida los niños son alimentados con leche materna, y es hasta que viene el período del destete, cuando por la mala dieta y por las costumbres propias de cada familia, comienzan a aparecer la mayor cantidad de síntomas y signos clínicos de la desnutrición, aunque si tomáramos en cuenta las variables: edad, peso, talla, lo más probable es que este problema (la desnutrición) estaría ocupando el primer lugar al "detectarse mejor".

TABLA No. 4

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS, PUESTO DE SALUD, MUNICIPIO DE NUEVO PROGRESO, DEPTO. DE SAN MARCOS, PERIODO COMPRENDIDO DEL 15 DE FEBRERO AL 15 DE JULIO DE 1,975.				
No. ORDEN	ENFERMEDAD	CODI- GO	No. DE CASOS	PORCEN- TAJE
	Total		260	100
1.-	G.E.C.A.	02	46	18
2.-	D.P.C.	37	44	17
3.-	I.R.S.	29	39	15
4.-	Amebiasis	03	31	12
5.-	Bronquitis	31	26	10
6.-	Enfermedades infecciosas	16	20	8
7.-	Neumonías	30	18	7
8.-	Sarampión	12	13	5
9.-	Piodermatitis	44	13	5
10.-	Fiebre Tifoidea	01	2	3

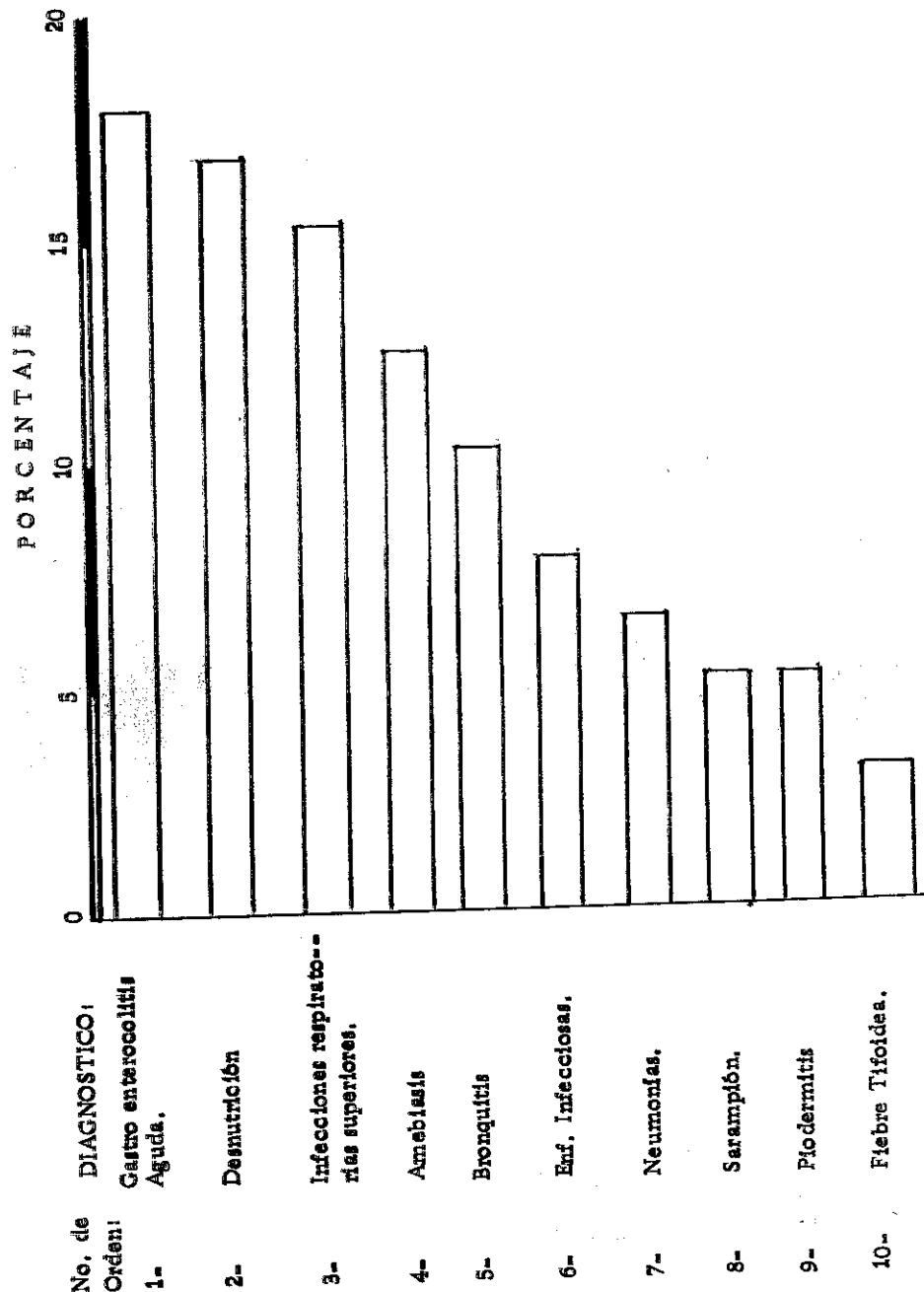


En el cuadro No. 4 y gráfica No.2, se observa que el problema de gastroenterocolitis (G.E.C.A.), sigue ocupando el primer lugar, mientras que el problema de Desnutrición Proteico Calórica (D.P.C.), que ocupaba el cuarto lugar en niños menores de 1 año como causa de morbilidad, en la edad de 1 a 4 años viene a ocupar el segundo lugar, ésto es debido como se mencionó antes, al principiar el período del destete, ya que al iniciar el niño una dieta corriente y no apropiada a su edad, sobrevienen cuadros de gastroenterocolitis aguda, lo cual hace aumentar el porcentaje de desnutrición, convirtiéndolo así en un círculo vicioso: dieta inadecuada conduce a gastroenterocolitis, ésta a su vez aumenta el problema de desnutrición, lo cual hace a su vez elevar el porcentaje de enfermedades infecciosas y virales, ya que estos niños se encuentran más susceptibles para ello, debido a que su sistema inmunitario está disminuido.

TABLA No. 5

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN NIÑOS
DE 5 A 14 AÑOS, PUESTO DE SALUD, MUNICIPIO
DE NUEVO PROGRESO, DEPTO. SAN MARCOS,
PERIODO COMPRENDIDO DEL 15 DE FEBRERO AL
15 DE JULIO DE 1,975.

No. ORDEN	ENFERMEDAD	CODIGO	No. DE CASOS	PORCEN- TAJE
	Total		216	100
1.-	D.P.C. (Desnutrición)	37	32	15
2.-	Avitaminosis	20	32	15
3.-	G.E.C.A. (gastroentero- colitis)	03	32	15
4.-	Amebiasis	02	28	13
5.-	Enfermedades infecciosas	16	23	11
6.-	I.R.S. (infecciones respi- ratorias)	44	21	10
7.-	Otras enfermedades	44	21	10
8.-	Piodermitis	44	15	7
9.-	Fiebre Tifoidea	01	10	5
10.-	Neumonías	30	8	4



Como puede corroborarse en la tabla No. 5 y en el gráfico No. 3 los tres primeros lugares se encuentran ocupados por: Desnutrición Proteico calórica, avitamínosis, gastroenterocolitis aguda, siendo estas dos últimas consecuencia de la causa básica que es la desnutrición.

Este problema nuevamente nos hace ver la realidad de nuestro país frente a la desnutrición, al cual se le ha dado poca importancia por parte de las personas encargadas de llevar salud a la comunidad, es decir se ha hecho poco para formular programas encaminados a dar solución al problema de la desnutrición y de las causas en general, porque como ya se indicó la problemática nacional es multilateral.

MORBILIDAD OBSTÉTRICA

Hablar de morbilidad obstétrica en nuestro medio resulta difícil, debido a que un porcentaje muy elevado de embarazadas no acuden a control prenatal llevado a cabo por un facultativo o personal paramédico entrenado, lo cual puede ser atribuido a múltiples causas tales como el factor cultural, socio-económico, falta de medio de comunicación, poca información de la existencia de programas gineco-obstétricos, aunque como se dijo programas como tales no existen, y en todo Guatemala solo el 18% de partos son atendidos por algún personal de salud; por lo que los pocos casos de morbilidad obstétrica reportados a continuación no son un reflejo fiel de la situación morbosa obstétrica en esta comunidad.

En el período comprendido del 15 de Febrero al 15 de

Julio de 1,975 llegaron a control prenatal 55 pacientes obstétricas que hacen el % con relación a partos probables, habiéndose detectado las siguientes causas de morbilidad:

1.- Desnutrición	40%
2.- Anemia	30%
3.- Moniliasis vaginal	8%
4.- Tricomoniasis vaginal	8%
5.- Varices de miembros inferiores	14%

En la comunidad estudiada se calcula que hay un promedio de 80 comadronas empíricas, de las cuales 38 asistieron a un cursillo de preparación para la atención del parto. La embarazada generalmente llama a la comadrona a su casa donde se le efectúa un control mensual y allí mismo le atiende el parto cobrando honorarios que van de Q.5.00 a Q.10.00 por parto.

2.- RECURSOS

La población de Nuevo Progreso, Municipio del Departamento de San Marcos cuenta con los siguientes recursos de salud:

1. Puesto de Salud tipo C del Ministerio de Salud Pública que cuenta con un E.P.S. (Ejercicio Profesional Supervisado), o sea un estudiante del último año de la carrera de medicina de la Universidad de San Carlos, y una enfermera auxiliar adiestrada, quienes trabajan de 8.00 a 12.00 y de 14.00 a 18.00 horas, de lunes a

viernes.

2. Un Dispensario Parroquial, que cuenta con un médico norteamericano permanente.
3. El Hospital Regional de Coatepeque que se encuentra a 22 kilómetros de distancia, de los cuales 16 kilómetros son de terracería de una sola vía.
4. Un Puesto de Primeros Auxilios del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
5. En construcción el Hospital de la Familia, bajo la dirección del Reverendo Padre Cayetano Bertoldo.

Como puede observarse los recursos de salud con que cuenta esta población son mínimos para llenar la gran demanda de necesidades, por lo cual la atención médica que se presta es casi nula, no sólo por la falta de personal médico y paramédico entrenado, sino también por la escasez de medicinas, y falta de instrumental y equipo médico.

XI LA POBLACION MATERNO INFANTIL

I.- INTRODUCCION

La salud del individuo comienza desde el momento de la fecundación y puede estar influenciada por grandes factores tales como la herencia, la salud de los padres, condiciones sanitarias, económicas y culturales. Se justifica como una prioridad los programas de salud Materno-Infantil - por el hecho de que existe una estrecha relación entre el binomio- madre-niño, así las madres están expuestas a riesgos del embarazo, parto, puerperio y lactancia, y los niños a las dificultades del crecimiento y desarrollo, y riesgos ambientales que los afectan principalmente por su labilidad como organismos en formación.

Los problemas que afectan a la madre y el niño se agravan más en los países menos desarrollados, tanto porque la natalidad y la proporción de población es más alta como porque los riesgos son mayores. En estos países, dentro de los que se incluye a nuestro país, las enfermedades transmisibles y la desnutrición matan a los niños, especialmente entre el 1o. y 4o. años de vida; en tales casos la forma de lograr la supervivencia de la población infantil, se encuentra estrechamente relacionada con el control de los riesgos ambientales y el mejoramiento de las condiciones de vida, y el control de las enfermedades transmisibles.

EL RIESGO OBSTETRICO: El embarazo, aun cuando -

es un proceso normal, va acompañado de riesgos para la madre y para el recién nacido. Hay enfermedades que son específicas del embarazo y que solo se presentan durante él como las toxemias, otras pueden estar asociadas a este estado como la tuberculosis que es muy frecuente en nuestro medio; por otra parte, el embarazo puede agravar enfermedades ya existentes como en el caso de la tuberculosis y desnutrición. La mortalidad materna se refiere a las muertes obstétricas, es decir a aquellas debidas a complicaciones propias del embarazo, parto y puerperio, las más frecuentes son la infección puerperal, las toxemias del embarazo y la hemorragia.

Los abortos son otra causa de mortalidad materna, hay factores sociales que influyen en esta situación, además el factor económico, la ignorancia, la ilegitimidad que significa por lo regular el abandono económico de la madre, la insuficiencia de servicios médicos o de personal entrenado en nuestras comunidades rurales que pueda servir como guía-orientador respecto al embarazo.

HIGIENE DEL EMBARAZO, PARTO Y PUEPERIO:
Los objetivos del control higiénico del embarazo, parto y puerperio, no sólo son los de prevenir enfermedades y muerte sino también preparar a la madre para el cuidado del hijo y ofrecerle las mejores condiciones para el desarrollo normal de éste. El control de la eficiencia de este programa se puede medir por la baja morbilidad y mortalidad materna y de la disminución de las tasas de mortalidad neonatal e infantil en general. Es muy importante además la educación de la embarazada en la higiene del embarazo y en la puericultura, lo cual debe ser una etapa en la educación sanitaria integral del indivi-

duo. Lo fundamental que debe incluir la educación sanitaria de la embarazada es la enseñanza de hábitos higiénicos, el cuidado de la alimentación y el adiestramiento en la atención del niño, lo cual influye favorablemente en la calidad del parto, la calidad del recién nacido, la duración de la lactancia materna y la capacidad defensiva del niño en los primeros 6 meses de vida. El control médico del embarazo debe iniciarse apenas éste es conocido. El ideal es el control de todas las embarazadas y que éste se inicie antes del 5º mes, repitiendo las consultas cada 30 días hasta cumplir el 6º mes, luego cada 2 o 3 semanas en el 7º y 8º mes y cada 10 días en el 9º mes. El mínimo de consultas prenatales para el embarazo normal debería ser de una al mes. La madre debe llegar al final de su embarazo con un diagnóstico y pronóstico bien preciso respecto al parto. Evidentemente que el lugar ideal para el parto es el hospital y quien debe atenderlo es el médico. Esta es una regla ineludible para los partos anormales. En los casos normales, si hay facilidades el parto puede atenderse en el hogar por el médico o por una comadrona entrenada. El control médico ideal de la madre durante el puerperio incluye un período de reposo de 10 días, donde la primera parte debe ser reposo en cama para favorecer el proceso de regresión del útero a sus condiciones normales. A los 30 días después del parto, la puérpera debe someterse a un examen médico completo. El normal desarrollo del puerperio es muy importante de controlar porque el 75 % de las afecciones ginecológicas proceden de condiciones obstétricas anómalas que no se modificaron durante el puerperio.

EL NIÑO NORMAL: Recién nacido es el lactante durante el período en que ya separado de su madre se adapta a las condiciones ambientales externas, lo cual se produce

durante los primeros 15 días de la vida. La lactancia o primera infancia se inicia con la cicatrización de la herida umbilical y cuando la descamación fisiológica y la recuperación del peso han terminado, acaba a los dos años, cuando el niño tiene desarrolladas sus principales funciones de relación, como la deambulación y lenguaje. La segunda infancia corresponde al período preescolar y se extiende desde el término de la primera dentición hasta la segunda dentición que sucede entre los 5 y 7 años. La tercera infancia, que comprende la edad escolar y se extiende desde la segunda dentición hasta los 12 o 14 años época de la pubertad.

EL RIESGO INFANTIL: El estudio epidemiológico de la mortalidad infantil permite clasificar estas muertes en dos categorías: aquellas debidas a factores ambientales o de causas exógenas, tales como las infecciones y la desnutrición; aquellas de causas endógenas, debidas a condiciones anómalas que el niño trae al nacer. Estas últimas ocurren especialmente durante el primer mes de la vida y se deben a factores hereditarios adversos, anomalías congénitas o accidentes a consecuencia del parto. En nuestros países la probabilidad de morir del lactante es mayor después del primer mes de edad debido a los riesgos del ambiente, externo. En relación a la edad se ha observado que la mortalidad neonatal es mayor en hijos de mujeres muy jóvenes y en las mayores de cuarenta años, mayor en las primíparas y después del cuarto hijo. La mortalidad del lactante está en relación indirecta con la madurez y peso del niño al nacer. Hay pruebas de que el bajo nivel económico-social provoca mayor morbilidad y mortalidad infantil. El hijo ilegítimo tiene una probabilidad mayor de morir en el primer año de vida que el legítimo, la razón es de orden económico

co por cuanto la ilegitimidad a menudo significa abandono de la madre. En relación con ésto y con el problema económico está el factor alimentación de la embarazada y la del lactante; la calidad de la dieta de la madre y la del niño influyen en la sobrevida de éste.

La mortalidad infantil y la natalidad muestran asociación en todas partes. La reducción de la natalidad no es otra cosa que la reducción del número de hijos en cada madre, como está demostrado que a partir del cuarto hijo hay mayor mortalidad, es posible que reduciendo la natalidad suceda que haya menos niños expuestos al mayor riesgo de morir en cada madre. En esta correlación intervienen variables económicas y sociales.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEL LACTANTE: Las causas de morbilidad y mortalidad de un lactante en nuestro país son: las enfermedades respiratorias, las digestivas y las infecciosas las más frecuentes. Entre las primeras están la bronconeumonía y el resfrió común; entre las segundas los trastornos nutritivos y las diarreas; las infecciosas entre las cuales las más importantes son el sarampión y la tuberculosis.

También son importantes las llamadas enfermedades de la primera infancia que son las relacionadas con trastornos congénitos y alteraciones del embarazo y parto, entre las cuales la más importante es la premadurez. Las causas de muerte más frecuentes en el lactante son la premadurez, defectos congénitos, infecciones gastrointestinales, trastornos nutritivos, enfermedades respiratorias. Excepto la premadurez, la mayor parte de las muertes del lactante son preventibles. La incidencia de las enfermedades intestinales del

lactante está en relación con el grado de saneamiento ambiental, con las condiciones económicas de la familia, con el nivel cultural, los métodos de puericultura usados en el cuidado del niño, y muy especialmente con la calidad sanitaria de los alimentos y de los utensilios usados en la alimentación del niño.

Una sintomatología parecida puede presentarse a consecuencia de trastornos metabólicos no relacionados con infecciones sino con procesos de Desnutrición. Secundariamente, estos niños pueden infectarse, lo cual es frecuente, porque la susceptibilidad está en ellos aumentada. La patología de los trastornos nutricios es específica de la primera infancia y constituye la causa más elevada de la mortalidad infantil tardía en los países que la tienen alta. El trastorno nutritivo, que suele manifestarse con vómitos, diarrea, deshidratación y pérdida del peso constante en una alteración funcional de los procesos del metabolismo interno celular y de la asimilación, la consecuencia es una desnutrición progresiva que lleva al niño más o menos rápidamente a la caquexia y muerte. Los tres factores principales que intervienen en la producción del trastorno nutritivo son: los errores dietéticos, las deficiencias en la higiene personal y las infecciones. Pero el factor más importante es la alimentación y, en especial la alimentación artificial. Son los errores o la ignorancia de lo que debe ser la dieta del niño lo que desencadena el trastorno metabólico que, en esencia es carencial.

Para la reducción de la mortalidad infantil se hace necesario: control médico del embarazo y del parto, examen periódico de salud del lactante, suministro de alimentación adecuada, enseñanza de puericultura a la madre con el ob-

jeto de que aplique al niño una buena higiene personal, medidas indirectas tales como mejoramiento de la vivienda y de la calidad sanitaria de los alimentos utensilios, etc. Todas estas actividades son de responsabilidad para el médico práctico, el Centro de Salud y el Ministerio de Salud Pública, siendo la base del programa la educación de la madre y de la familia.

El grupo Materno-Infantil es el más numeroso de la población y el más propenso a un alto grado de enfermar debido a múltiples causas tales como: condiciones de vivienda completamente insalubres e insanitarias, el hacinamiento existente, falta de letrinas, falta de un medio adecuado para eliminar las aguas servidas, falta de una disposición final adecuada de basuras.

El problema infantil radica desde el momento de la concepción que generalmente es en una madre desnutrida, con malos hábitos alimenticios debido a ignorancia y a su baja condición socio-económica, por lo cual el niño desde su inicio es un desnutrido fetal, el momento del parto se produce en condiciones insalubres con personal eminentemente empírico con alto riesgo obstétrico, luego el primer año de vida que por costumbre, ignorancia o única posibilidad recibe como alimentación la lactancia materna, y el problema se agrava al momento del destete porque la dieta diaria de la familia consiste en frijoles, café y tortillas no es bien tolerada por el niño y comienzan los problemas diarréicos, se acentúa la desnutrición y con esto aumenta el alto riesgo a las enfermedades infecto-contagiosas, con lo cual la infancia de estos niños se traduce en una dura lucha por la supervivencia en donde triunfan solo los afortunados.

El problema materno infantil se agrava por las familias numerosas, ya que el número promedio es de siete por familia, donde la madre tiene de 8 a 12 hijos de los cuales sobreviven, para ellos como causa natural, de 4 a 6, no aceptan la planificación familiar con ningún método ya que piensan que Dios les enviará todos los hijos necesarios.

Existe además el problema de las madres solteras con varios hijos en los cuales el padre abandona el hogar, y la madre trabaja en lo único disponible, recogiendo en su tiempo la cosecha de café, para lo cual tiene que abandonar prácticamente durante todo el día a sus niños, quienes se quedan a cargo del hermano mayor o de la vecindad.

El niño generalmente no va a la escuela ya que se le utiliza como fuente de trabajo para tener otros escasos ingresos en el hogar.

2.- TASA DE FECUNDIDAD:

$$\frac{\text{Nacidos vivos en 1,975}}{\text{Mujeres de 15-44 años 1,975}} \times 1,000 = \frac{726}{956} \times 1,000 \\ = 7,500$$

3.- TASA DE NATALIDAD:

$$\frac{\text{Nacidos vivos en 1,975}}{\text{Población total 1,975}} \times 1,000 = \frac{726}{16,165} \times 1,000 = \\ = 44$$

Según fórmula la Tasa de Natalidad para 1,975 es de 44 por mil habitantes, haciendo un estudio comparativo con la de 1,974 que era de 33.6 se observa un aumento de 10.4 que puede explicarse como un aumento en los nacimientos, pero la mayoría de estos niños mueren en la primera infancia por lo cual el total de la población va decreciendo.

4.- CRECIMIENTO VEGETATIVO:

Según fórmula es: Tasa de Natalidad (menos) Tasa de Mortalidad, que es igual a 44 menos 11.4 dando un total de 32.6, lo cual es elevado y no va de acuerdo con la población total que va disminuyendo en los últimos años, debido a la alta mortalidad infantil, la cual no se encuentra en el Registro Civil de defunciones porque las personas en el área rural en su mayoría no acostumbran levantar actas de defunción.

TABLA No. 6

POBLACION MATERNO INFANTIL, CABECERA MUNICIPAL, NUEVO PROGRESO, DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS, AÑO DE 1975.

GRUPO DE EDAD	No. DE HABITANTES		PORCENTAJE AMBOS SEXOS
	HOMBRES	MUJERES	
T O T A L	325	573	100.00
Menores de 1 año	28	22	5.5
De 1 a 2 años	24	33	6.3
De 2 a 3 años	27	27	6.0
De 3 a 4 años	27	23	5.5
De 4 a 5 años	24	28	5.8
De 5 a 14 años	195	176	41.3
De 15 a 44 años (Mujeres en edad reproductiva)	---	264	29.3

Como puede observarse en la tabla de población materno infantil, presentada con anterioridad, el mayor porcentaje del grupo estuvo representado entre las edades de 5 a 14 años y de 15 a 44 años; el menor porcentaje correspondió a las edades de niños menores de 1 año y de 3 a 4 años, notándose por consiguiente que la población en estudio es relativamente joven, y por ende mucho más susceptible a presentar cualquier enfermedad. Debe hacerse notar además que la edad reproductiva de la mujer guatemalteca en el área rural se inicia mucho más tempranamente que en el área urbana.

XII CONCLUSIONES

1. La situación del grupo Materno-Infantil depende directamente de la situación socio-económica y cultural del mismo.
2. El problema de salud depende directamente del factor económico, ya que las personas que cuentan con tierra y bienes, al enfermar pueden contar con asistencia médica, en cambio la gran mayoría con muy escasos recursos mueren hasta de enfermedades prevenibles.
3. Según censo de 1,975 la población total de Nuevo Progreso es de 16,165 habitantes de los cuales 8,501 son hombres y 7,664 son mujeres.
4. La población rural consta de 14,780 habitantes que son el 91% de la población total y 1,385 habitantes en el área urbana que hacen el 9%.
5. El grupo materno-infantil ocupa el 65.3% de la población total.
6. Las principales causas de morbilidad en el grupo materno-infantil fueron: a. gastroenterocolitis aguda, ---- b. amebiasis. c. desnutrición, d. enfermedades del aparato respiratorio.
7. El promedio de miembros por familia fue de 5 a nivel

del municipio, en donde el 69% son ladinos y el 31% indígenas.

8. La alimentación diaria es frijol, maíz, café y chile. - La alimentación del pre-escolar, el escolar y la embarazada no difiere el resto de la familia.
9. La vivienda en el medio rural consiste en un rancho - con piso de tierra, techo de paja o palma, sin cielo, - paredes de tabla o adobe, con un cuarto que les sirve de cocina, comedor y dormitorio, se alumbran con gas y candela, obtienen agua de riachuelos, las basuras - las tiran en el patio y las excretas a flor de tierra.
10. El 83% de la población se dedica a la producción agrícola, cultivando principalmente el café, maíz, arroz, plátanos y bananos, el 5% de la población se dedica a la crianza de animales para vender especialmente cerdos y gallinas, y el resto que es un 12% son pequeños comerciantes.
11. Los recursos de salud con que cuenta el municipio son deficientes ya que prácticamente con el Dispensario - Parroquial, y el Puesto de Salud, el cual no llena ni si quiera con los requisitos mínimos, por lo que la atención que se le presta al paciente es deficiente.

XIII RECOMENDACIONES

1. Que la Universidad de San Carlos organice programas de Ejercicio Profesional Supervisado en todas las facultades para que la labor que se lleve a hacer en el - área rural sea multidisciplinaria.
2. Fortalecer programas de Medicina Preventiva como vacunaciones bien organizadas, servicios de agua potable y disposición de excretas.
3. Mejorar el nivel de vida del campesino que habita en el área rural, aumentando salarios a jornaleros y cuadrilleros.
4. Prestar mayor atención al grupo materno-infantil elaborando programas cortos y de pronta realización.
5. Que el sistema integrado de salud, trabaje con una mejor coordinación y que seleccione al personal adiestrado para trabajar en el área rural.
6. Que exista una relación más directa entre el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina para - que la labor que desempeña el E.P.S. tenga mejores frutos.
7. Mejorar los servicios de los Centros de Salud para brindar una mejor atención a los necesitados, esto puede =

lograrse con mejores instalaciones que reunan las condiciones mínimas, equipo y material adecuado, personal adiestrado y medicinas necesarias.

8. Organizar por personal adiestrado cursillos para comadronas empíricas y promotores de salud.

XIV BIBLIOGRAFIA

1. San Martín, Hernán. Salud y Enfermedad. 2a. Edición, La Prensa Médica Mexicana. México. 1968. Capítulo 17. Pags. 385-405.
2. Noval, Joaquín. Resumen Etnográfico. 2a. Edición, Estudios Universitarios, Universidad de San Carlos - de Guatemala, 1972. Capítulos II, III y IV, páginas 31-142.
3. López Vásquez, Víctor Manuel. "Elementos Fundamentales para el Desarrollo de la Salud en Guatemala", Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Marzo de 1,973, Capítulos V, VI. Páginas 12-31.
4. Barreno Anleu, Edgar Gerardo. "Diagnóstico de la Situación de Salud del Municipio de San Miguel Usantán El Quiché", Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Abril de 1,975. Capítulos V, VI, VII. Páginas 9-59.
5. Adams, Richard. Integración Social Guatemalteca, Seminario de Integración Social Guatemalteca, - Guatemala, C.A. 1,956. Páginas 213-242.
6. Atlas Nacional de Guatemala, Instituto Geográfico -

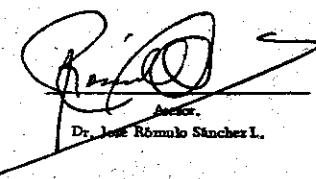
Nacional, Ministerio de Comunicaciones y Obras Pú-
blicas 1,972. Página 123.

7. Rodríguez, Ranulfo. "Diagnóstico de la Situación de Salud de Nuevo Progreso" Investigación presenta da a Fase III requisito EPS, Universidad de San Carlos, Facultad de Medicina, Julio 1, 1974.

IV BIBLIOGRAFIA

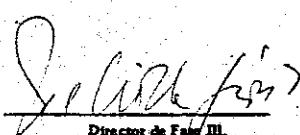
- 1.- Elementos fundamentales para el Desarrollo de la Salud en Guatemala. Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la USAC por: Víctor Manuel López Vásquez. Mayo de 1,973.
- 2.- Atlas Nacional de Guatemala. Instituto Geográfico Nacional. Ministerio de Comunicaciones y Obras Públicas 1,972. Pág. 123.
- 3.- Guatemala en Cifras. Dirección de Estadística. Pág. 234.
- 4.- Diagnóstico de la Situación de Salud de Nuevo Progreso. Trabajo presentado a la Facultad de Medicina de la USAC por el EPS Ranulfo Rodríguez, Julio, 1974.
- 5.- Archivo del Registro Civil 1,974 de Nuevo Progreso, San Marcos.
- 6.- Salud y Enfermedad. Hernán San Martín.
- 7.- El Modo de Producción en Guatemala.
- 8.- La ladinización en Guatemala, Richard M. Adams.
- 9.- Surgimiento del Capitalismo (desarrollo de la economía moderna).
- 10.- Resumen Etnográfico.

BR. Ivonne Lam C
Ivette Eugenia Lam Chuecas.

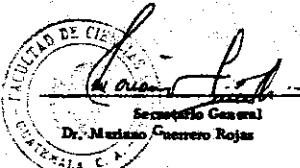

Dr. José Rómulo Sánchez L.


Revisor.

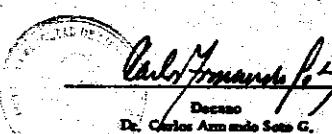
Dr. Carlos A. Waldheim Cerdán


Director de Fase III.

Dr. Julio de León Méndez



Vo. So.


Decano
Dr. Carlos Armando Soto G.