

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DEL
GRUPO MATERNO INFANTIL, DEL MUNICIPIO
DE SAN ANDRES SAJCABAJA, QUICHE

CESAR AUGUSTO MARTINI HERRERA

CONTENIDO

1. Introducción
2. Justificación
3. Objetivos
4. Material y Métodos
5. Descripción del Area
6. Historia y Costumbres
7. RESULTADOS. Su análisis y discusión.
 - a) Población total por sexo y grupos etarios
 - b) Población total dividida en 3 grupos etarios principales, por sexo. Incluye gráfica.
 - c) Nacimientos, defunciones, aumento de población, en 5 años. Incluye gráfica.
 - d) Población total por grupos étnicos.
 - e) Características de la población: Tasas
8. Interpretación de cuadros anteriores
9. Mortalidad general por grupos etarios
10. Diez principales causas de mortalidad. Incluye gráfica
11. Morbilidad por grupos etarios
12. Diez principales causas de Morbilidad. Incluye gráfica
13. Interpretación de cuadros anteriores
14. Factores determinantes y condicionantes
 - a) Situación económica

- b) Artesanías
- c) Organización social
- d) Educación
- e) Hábitos y creencias sobre los alimentos

15. ESTUDIO DE UNA MUESTRA POBLACIONAL

- a) Distribución de la población. Cuadro No. 11
- b) Distribución por grupo étnico. Cuadro No. 12
- c) Religión. Cuadro No. 13
- d) Escolaridad. Cuadro No. 14
- e) Estado Civil. Cuadro No. 15
- f) Escolaridad de los padres. Cuadro No. 16
- g) Alfabetismo de la población. Cuadro No. 17
- h) Condiciones de la vivienda. Cuadro No. 18

16. Análisis de los cuadros anteriores

17. Medios de Producción

- a) Pecuaria. Cuadro No. 19
- b) Agrícola. Cuadro No. 20

18. Comercio. Población total. Cuadro No. 21

19. Tenencia de la tierra. Cuadro No. 22

20. Análisis de cuadros anteriores

21. Población escolar total por lugares. Cuadro No. 23

22. Análisis de cuadro anterior

23. Percepción de la Situación Materno-Infantil por la comu
nidad. Cuadros

24. Análisis de los Cuadros anteriores

25. Percepción de la Situación Materno-Infantil por el personal de salud local. Cuadros
26. Análisis de cuadros anteriores
27. Situación Nutricional. Niños menores de 6 años
 - a) Población urbana
 - b) Población rural
28. Análisis de cuadros anteriores
29. Conclusiones
30. Recomendaciones
31. Bibliografía

INTRODUCCION

Siendo el sesenta y cinco por ciento de la población total de nuestro país integrada por el grupo materno-infantil, y encontrándose éste sometido a mayores riesgos contra su salud por las características individuales durante la etapa de crecimiento y desarrollo y los cambios maternos durante el embarazo, parto y puerperio, constituye un problema el cual tiene prioridad en cuanto a la búsqueda de su solución.

Todo esfuerzo destinado a superar el estado de salud de una población, en este caso la materno-infantil, debe tener una base estadística fidedigna, pues esto constituye el cuadro sobre el cual se determinarán las cantidades y calidades adecuadas de recursos humanos y materiales para lograr una cobertura aceptable en la solución del problema de salud, en sus lineamientos orientados a la protección, promoción y recuperación. Dentro del plan de atención preventiva mayoritariamente, y menos institucional, destaca el adecuado control prenatal y de niños recién nacidos, lactantes, preescolares y escolares.

JUSTIFICACION

Los programas actuales de atención Materno-Infantil en el Municipio de San Andrés Sajcabajá, del Departamento del Quiché, manifiestan una patente ineffectividad y posiblemente así suceda a nivel nacional; esto constituye una poderosa razón para realizar un estudio investigativo, tendiente a tener una visión clara y pormenorizada de la salud del lugar y asimismo efectuar un análisis colectivo de la percepción y postura ante la situación materno-infantil, para posteriormente instaurar acciones de salud sobre bases reales y que se pueda lograr una cobertura satisfactoria en la atención del grupo en cuestión.

OBJETIVOS

1. Contribuir directamente a la planificación de los programas de salud, para la mejor utilización de recursos humanos y materiales.
- 2.- Determinar en forma real la situación del grupo materno-infantil del municipio de San Andrés Sajcabajá, Departamento del Quiché.
- 3.- Determinar la percepción que la comunidad y el personal local de salud tienen de la situación y del problema relativo al grupo materno-infantil, para posteriormente efectuar una orientación adecuada de dicho personal y comunidad.
- 4.- Establecer un mejor conocimiento en cuanto a los aspectos básicos de la educación, economía y modo de vida de los habitantes del Municipio de San Andrés Sajcabajá, Quiché así como su situación territorial y recursos naturales.
- 5.- Conocer la magnitud de la morbi-mortalidad y natalidad, dentro del grupo materno-infantil.
- 6.- Incorporar a los sistemas estadísticos de servicio de la Universidad de San Carlos, el ministerio de Salud Pública y los estudiosos particulares interesados, la información actualizada sobre el municipio mencionado.

MATERIAL Y METODOS

A.- MATERIAL

a.- Recursos humanos

- 1.- Médico EPS
- 2.- Auxiliar de Enfermería
- 3.- Técnico en Salud Rural
- 4.- Alcalde municipal de San Andrés Sajcabajá y personal de dicha municipalidad
- 5.- Recursos humanos naturales de la comunidad (comadronas empíricas, maestros, promotores de salud, comisionados militares, sacerdote, etc.)

b.- Recursos materiales

- 1.- Edificio y equipo del Centro de Salud Tipo C del Municipio
- 2.- Edificio adjunto al Centro, que funciona como área de encamamiento
- 3.- Papelería proporcionada por la Facultad de CC MM
- 4.- Archivo del Centro de Salud de San Andrés Sajcabajá
- 5.- Libros del Registro Civil y otros archivos municipales
- 6.- Datos de la Dirección General de Estadística y mapa del Municipio
- 7.- Archivos del Núcleo Educativo No. 6. San Andrés Sajcabajá
- 8.- Viviendas de las familias seleccionadas
- 9.- Estudio monográfico del municipio de San Andrés Sajcabajá por EPS Gustavo Urizar de la Facultad de Medicina 1974.

B.- METODOS

Para la realización del presente trabajo fueron proporcionados por la Facultad de Ciencias Médicas, guías y formularios diseñados especialmente para el efecto para lograr una estandarización del mismo. A continuación se efectúa una descripción.

Con el instrumento de trabajo I se realiza una encuesta de población del Municipio, por sexo y grupos etarios. Su grado de alfabetización, su grupo étnico y la escolaridad en general. Asimismo las condiciones detalladas de la vivienda y la disposición de basuras y excretas. La población rural y urbana. El Instrumento de Trabajo II fue utilizado para realizar una encuesta clínico nutricional y antropométrica. Se hace un estudio de los factores socio-económicos de la población. El instrumento de trabajo III diseñado para el análisis de los hábitos y creencias alimenticias así como los medios de producción y tenencia de la tierra. Producción y consumo pecuario. El instrumento de trabajo IV se aplicó en la cabecera municipal a la muestra del 30% de familias de la población total de la cabecera antedicha y nos permite determinar la percepción de la situación materno-infantil por la comunidad y la segunda parte la percepción de la situación materno-infantil por el personal de salud local (incluyendo al personal natural). Se efectuó un estudio de defunciones y nacimientos en 5 años, con base en el Registro Civil Municipal determinando causas y tasas de defunción y morbilidad.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

1.- DESCRIPCION DEL AREA

Se encuentra situado el Municipio, a cuarenta y dos kilómetros de la cabecera departamental, unido mediante una carretera de tierra, la cual es transitable muy bien en verano, pero durante el invierno existe mucha dificultad de circulación para los vehículos automotores. El terreno es quebrado y montañoso (y en algunos lugares se puede apreciar semi-desértico). La carretera de tierra se continúa hasta unir a San Andrés con su Municipio vecino del este, Canillá, a 15 kilómetros de distancia. Existe una red poco extensa de caminos de tierra transitables solo en Jeep y moto.

Su extensión territorial es de 476 kilómetros cuadrados. Su situación geográfica es la siguiente: se encuentra limitado al norte por los municipios de Cunén y San Miguel Uspantán (este último, el mayor del Quiché); al sur por los municipios de Chinique, Zacualpa y Chiché; al este por Canillá y el municipio de Cubulco, que pertenece al departamento de Baja Verapaz y al Oeste por los municipios de San Pedro Jocopilas, San Bartolomé Jocotenango y Sacapulas. Su altitud es de 5680 pies sobre el nivel del mar. Está situado el municipio en cuestión entre los 15 y 16 grados de latitud norte y entre los 90° 30' y los 91°30' de longitud oeste, meridiano de Greenwich.

Su clima es templado, siendo su temperatura máxima registrada en la época del estudio de 31°C y la mínima de 16°C. Estaciones marcadas: Invierno: de finales de mayo hasta el mes de Octubre finales. Verano: de los primeros días de Noviembre hasta mediados de Mayo.

Accidentes hidrográficos:

El municipio de San Andrés Sajcabajá cuenta con 7 ríos: Las Casas, Chusanyab, Lillillá, Sacaj, Chilil, Tucunel y Paquiej. Dos riachuelos: Santa Elena y Mixcolaja; y arroyuelos en cantidad apreciable.

Accidentes Orográficos:

Seis cerros: El Majaj, Chuyaj, Shabaj, Sajmajul, Chuplij y Achiote, se consideran de importancia dentro del territorio de municipio.

Poblados urbanos y rurales:

El municipio de San Andrés Sajcabajá cuenta con un pueblo, 4 aldeas y 57 caseríos.

San Andrés (área urbana, pueblo).	Agua Caliente (caserío rural)
Camanchaj (caserío rural).	Canabaj (c.r.)
Chicajac (c. r.)	Chuseniyab (c.r.)
Chinantón (Aldea)	Chinillá (Aldea)
Chilil (c.r.)	Chivoy (c.r.)
Chixpach (c.r.)	Chiguanchoch (c.r.)
Chicoxob (c.r.)	Chajbal (c.r.)
Chiniminsiguán (c.r.)	El Ticón (c.r.)
El Agostadero (c.r.)	El platanar (c.r.)
Ixcapuleu (c.r.)	Las Casas (Aldea)
Lilillá (Aldea)	Limón (c.r.)
Las Canoas (c.r.)	La Piedrota (c.r.)
Llano Grande (c.r.)	Panzac (c.r.)
Paquiej (c.r.)	Pachalum (c.r.)
Quiaculjá (c.r.)	Patzac (c.r.)
Sacaj (c.r.)	Sabaquiej (c.r.)
Tintuleu (c.r.)	Tonolajic (c.r.)
Tucunel (c.r.)	Tujes (c.r.)
Tzitzimá (c.r.)	Tzapilip (c.r.)
Tzampocaj (c.r.)	Xejoyup (c.r.)
Xoljá (c.r.)	Xepatzac (c.r.)
Xeabaj (c.r.)	Heplij (c.r.)
Chistum (c.r.)	Prenac La Vega (c.r.)
Cole Guancoy (c.r.)	Surraché (c.r.)
Réquip (c.r.)	Riscabal (c.r.)
Tzautup (c.r.)	Pixicay (c.r.)
Llano Chiquito (c.r.)	Quiectutal (c.r.)
Quiajcuaj (c.r.)	Chajbalchij (c.r.)
Rejuyup (c.r.)	

HISTORIA Y COSTUMBRES

El San Andrés actual, fue denominado por los indígenas del tiempo de la Conquista, como Tzutujá, que significa Agua Florida. La fonetización de Sajcabajá es una corrupción de Tzoc-cabajá o Casa Blanca de Sacrificios. En 1825 se le menciona como perteneciente al Circuito de la Sierra. La mayoría de la población siendo indígena viste un pantalón blanco cruzado, camisa de rayas rojas y blancas, banda roja a la cintura, sombrero y caites. El traje de la mujer consiste en un corte azul con blanco blusa de color con adornos coloreados (guipil), faja roja, collares y un lienzo de tela que siempre lo llevan suspendido del brazo o en la cabeza.

La religión predominante es la católica, habiendo una minoría evangélica formada por denominaciones cristianas: Menonitas, metodistas y Adventistas del Séptimo Día.

Se realizan actividades para Semana Santa (cuaresma) y durante la fiesta titular en honor de San Andrés del 25 al 28 de Noviembre.

El folklore lo constituye: El Juego de la Pelota, el Baile de los Micos o Coy, la Salida de los Crucificados. Fiestas Patronales, aparte de la titular está la octava de San Andrés el día 8 de Diciembre. Todos los viernes de Cuaresma, el día de la Cruz (3 de Mayo), fiesta de Corpus Christi en el día nacional señalado, fiesta de San Lucas en la aldea de Chinantón el 18 de Octubre, de San Miguel del caserío Chiboy el 29 de Septiembre, Santa Rosa de Lima en la aldea de Chinillá el 30 de Agosto.

Los días de mercado son los Jueves y Domingos. La Cabe

cera Municipal de San Andrés no cuenta con agua potable. Actualmente se está llevando a cabo un proyecto para introducción de agua potable en la aldea de Las Casas de este Municipio. Varios intentos de introducirla a esta cabecera municipal han fracasado a causa del poco interés que el vecindario ha manifestado. Durante el estudio realizado se inició una concientización al respecto y la actitud de la comunidad puede modificarse. La fuente de agua de donde actualmente San Andrés toma su agua se llama "Las Majadas" y está en el caserío de Chijac y hasta donde se inicia la intubación hay una distancia de 8 kilómetros (al aire libre) y durante ese trayecto se encuentran bestias y porcinos bebiendo y retozando dentro de la toma. Además constituye un foco de contaminación por el paso continuo de las personas que por ahí transitan.

CUADRO No. 1

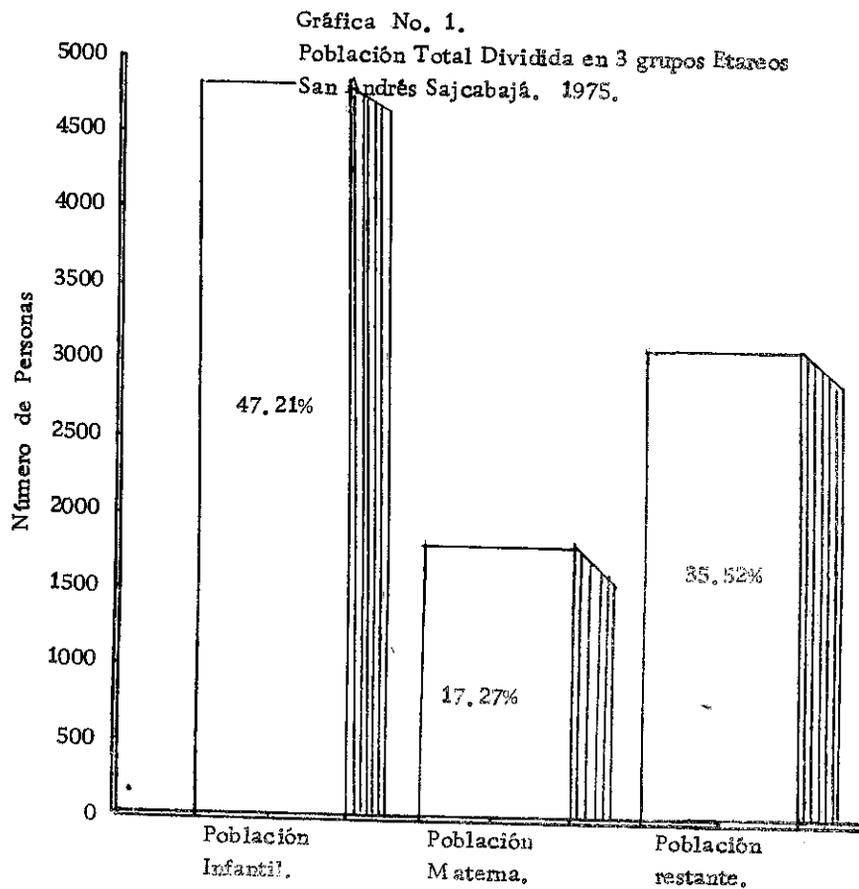
POBLACION TOTAL POR SEXO Y GRUPOS ETARIOS
MUNICIPIO DE SAN ANDRES SAJCAJAJA. 1975

GRUPOS DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menores de 1 año	307	3	286	2.79	593	5.79
De 1 año - a 1 año						
11 meses y 29 días	238	2.33	206	2	444	4.33
De 2 años a 2 años						
11 meses y 29 días	267	2.60	216	2.11	483	4.76
De 3 años a 3 años						
11 meses y 29 días	279	2.76	272	2.66	551	5.42
De 4 años a 4 años						
11 meses y 29 días	212	2.07	229	2.24	441	4.31
De 5 años a 14 años	1229	12	1091	10.66	2320	22.66
De 15 años a 44 años	1774	17.33	1768	17.27	3542	34.60
Más de 45 años	1002	9.78	889	8.35	1891	18.13
TOTAL	5278	51.87	4957	48.13	10,235	100.00

FUENTE: Registro Civil. Municipalidad de San Andrés Sajcabajá. Quiché.

CUADRO No. 2
 POBLACION TOTAL DIVIDIDA EN TRES GRUPOS ETARIOS
 PRINCIPALES, POR SEXO
 SAN ANDRES SAJ CABAJA, 1975

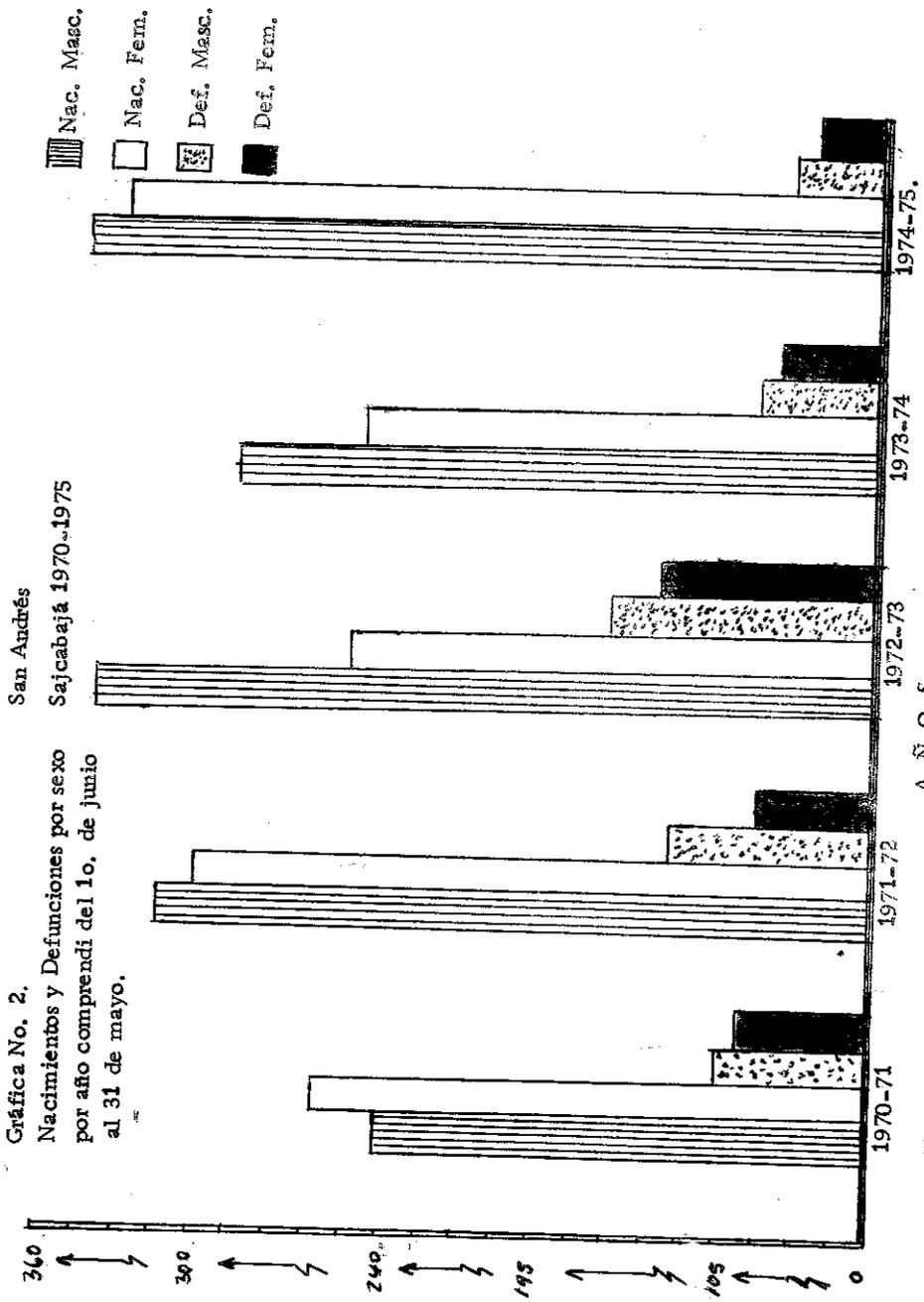
GRUPOS	Masc.		Fem.		Total	%
		%		%		
Población Infantil	2532	24.74	2300	22.47	4832	42.21
Población Materna			1768	17.27	1768	17.27
Población Restante	2746	26.82	889	8.70	3635	35.52
TOTAL	5278	51.56	4957	48.44	10235	100.00



NACIMIENTOS, DEFUNCIONES, AUMENTO DE POBLACION
 Municipio de San Andrés Sajcabajá. Del 1o. de Junio de 1970
 al 31 de Mayo de 1975, año completo

AÑO	NACIMIENTOS		DEFUNCIONES		AUMENTO DE Poblac.	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
1970 - 1971	240	261	105	96	135	165
1971 - 1972	314	302	116	89	198	213
1972 - 1973	327	246	125	100	202	146
1973 - 1974	268	236	89	84	179	152
1974 - 1975	335	307	75	65	260	242

FUENTE: Registro Civil. Municipalidad de
 San Andrés Sajcabajá.



CUADRO No. 4

POBLACION TOTAL DEL MUNICIPIO DE SAN ANDRES SAJCABAJA
POBLACION RURAL Y URBANA. GRUPOS ETNICOS. 1975

LUGAR	LADINO	INDIGENA	TOTAL	%
	Número	Número		
Población Rural	966	8390	9356	91.41
Población urbana	598	281	879	8.59
Población total	1564	8671	10235	100.00

FUENTE: Archivo Municipal.
San Andrés Sajcabajá.

CUADRO No. 5

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION
INDICADORES. SAN ANDRES SAJCABAJA
1975

1.- Tasa de Fecundidad	292 X 1000 H.
2.- Tasa de natalidad	51 X 1000 H.
3.- Embarazos esperados	512
4.- Partos probables	461
5.- Abortos esperados	51
6.- Crecimiento vegetativo	37 X 1000

INTERPRETACION DE CUADROS 1, 2 y 4

La población del Municipio de San Andrés Sajcabajá se caracteriza por ser predominantemente indígena (84.72%) con distribución mayoritaria en aldeas y caseríos. En la cabecera municipal predomina el grupo ladino en una proporción de 2:1. Se estima la población total en 10235 habitantes (21 por kilómetro cuadrado), estando el grupo materno-infantil representado por el 65% del total, que, como se verá posteriormente, soporta severos daños por la precaria situación ambiental en que se encuentra y los deficientes ó inexistentes servicios públicos con que cuenta, emerge un panorama de aflicción para el presente y porvenir de toda la población. El índice de masculinidad es del 100.06% lo cual indica que existe una ligera superioridad del sexo masculino sobre el femenino ya que el 51.87% son hombres y el 48.23 son mujeres.

INTERPRETACION DE CUADROS 3 y 5

Podemos ver que en los últimos 5 años, los nacimientos han tenido ligeras variantes, asimismo las defunciones; en el período comprendido de Junio de 1974 a Mayo 1975 hubo una moderada alza en los nacimientos y baja en las defunciones. El promedio de aumento de población en los años 1970-1975 fue de 195 para el sexo masculino y 184 para el femenino totalizando 379 habitantes de incremento anual. Para el último período mencionado ver tasas en cuadro número 5. (Sin incluir morbi-mortalidad, las cuales se encuentran en el rubro Daños).

CUADRO No. 6

MORTALIDAD GENERAL EN EL MUNICIPIO DE SAN ANDRES SAJCABAJA.
1o. JUNIO 1974 AL 31 DE MAYO DE 1975
POR GRUPOS ETARIOS Y CAUSAS

Código	< de 1 año	1-4	5-9	10-14	15-44	45 y más	Total	%
02	-	-	-	-	-	4	4	2.06
03	11	5	3	5	4	7	35	25
07	3	1	-	-	-	-	4	2.86
21	-	4	3	3	3	16	29	20.70
24	-	1	-	-	2	6	9	6.43
29	13	4	3	2	3	5	30	21.43
37	1	3	-	2	1	-	7	5
39	-	-	-	-	3	-	3	2.15
42	7	-	-	-	-	-	7	5
44	2	3	1	2	2	2	12	8.57
Total	37	21	10	14	18	40	140	100
%	26.43	15	7.15	10.0	12.86	28.58	100	100

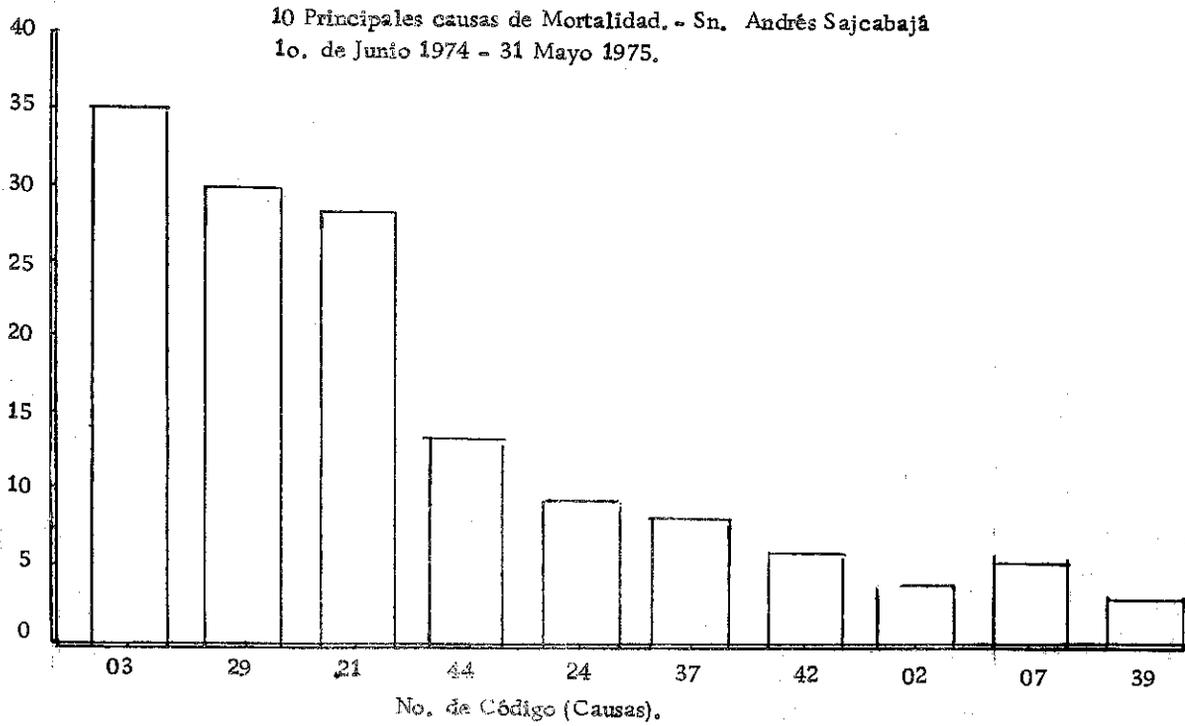
FUENTE: Registro Civil, Alcaldía Municipal de San Andrés Sajcabajá.

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
1o. JUNIO 1974 AL 31 MAYO DE 1975

CUADRO No. 7

CODIGO	CAUSA	TOTAL	%
03	Enteritis y otras enf. diarréicas	35	25.00
29	Influenza	30	21.43
21	Anemias	29	20.70
44	Todas las demás enfermedades	12	8.57
24	Enfermedades reumáticas y del corazón	9	6.43
37	Otras causas de mortalidad perinatal	7	5.00
42	Desnutrición protéico calórica	7	5.00
02	Disenteria bacilar y amebiana	4	2.86
07	Tos ferina	4	2.86
39	Otras complicaciones del parto, embolazo y puerperio	3	2.15
Total		140	100.00

GRAFICA No. 3.



MORBILIDAD SEGUN GRUPOS ETARIOS Y CAUSA CODIFICADA

DEL 1o. JUNIO 1974 - 31 MAYO 1975

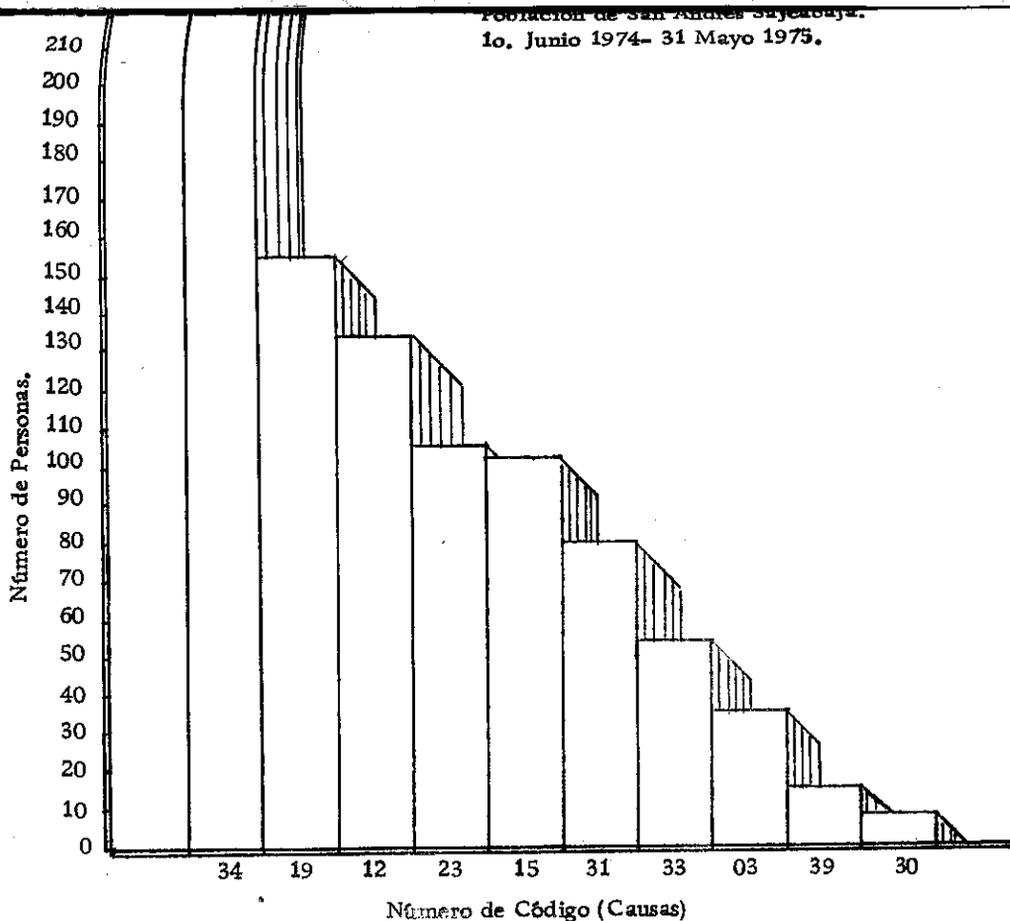
EN EL MUNICIPIO DE SAN ANDRES SAJACABANA DEPTO. DE QUICHE

Código	de 1 año	1-4	5-9	10-14	15-44	45 y +	Total	%
34	4	22	16	21	126	46	235	24.15
12	15	24	44	22	24	2	131	13.46
03	6	4	2	7	11	9	39	4.01
15	-	12	21	6	58	19	116	11.92
30	8	2	-	-	-	-	10	1.03
39	-	-	-	8	9	-	17	1.74
23	9	27	14	17	34	16	117	12.02
19	21	29	19	11	49	28	157	16.14
14	3	-	-	-	-	-	3	0.31
33	-	-	-	-	66	-	66	6.78
31	6	8	8	4	32	22	80	8.22
18	2	-	-	-	-	-	2	0.22
TOTAL	74	128	124	96	409	142	973	100
%	7.61	13.15	12.74	9.86	42.03	14.61		100

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
 DEL 1o. JUNIO 1974 AL 31 DE MAYO 1975
 EN EL MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS SACABAL DEPTO. DE QUICHE

CUADRO No. 10

Populación de San Andrés Sacabal.
 1o. Junio 1974- 31 Mayo 1975.



CODIGO	CAUSA	TOTAL	%
34	Causas no comprendidas en la clasificación	235	24.28
19	Infecc. agudas de vías aéreas, respirac.	157	16.21
12	Resto de infecciosas y parasitarias	131	13.53
23	Gastritis, gastroenteritis, colitis	117	12.08
15	Desnutrición y malnutrición	116	11.98
31	Accidentes, envenamamientos y violencia	80	8.26
33	Control embarazo, puerperio	66	6.82
03	Tuberculosis todas sus formas. Control	39	4.03
39	Malaria	17	1.76
30	Mal definidas y desconocidas, Senilidad	10	1.05
TOTAL		968	100.00

DAÑOS

INTERPRETACION DE CUADROS 6 y 7

Mortalidad

Observamos en este cuadro que el 26.43% de personas fallecidas en el período de Junio 1974 a Mayo 1975 eran niños menores de un año y el 28.58% eran adultos mayores de 45 años, lo cual sugiere que existen factores de influencia negativa que actúan en estos grupos, los cuales intentaré dilucidar al término del estudio.

Entre los diez primeros casos de mortalidad, figuran en los primeros lugares las enfermedades diarreicas, la influenza y las anemias (25, 21 y 20% respectivamente), pero los diagnósticos de defunción no son confiables pues provienen en su mayoría de personas sin la capacidad adecuada para efectuarlos y en muchas ocasiones son realizados con un conocimiento superficial referido. Las tasas de Daños se aprecian en el cuadro p. 8.

INTERPRETACION DE CUADROS 9 y 10

Morbilidad

La elevada morbilidad del grupo etario que oscila entre los 15 y 44 años de edad (42.03%), es muy significativa pues afecta globalmente al grupo materno y al económicamente activo en su mayoría, lo cual da una idea del daño severo que esta comunidad sufre a nivel de núcleos familiares. Las enfermedades que aquejan con más asiduidad a la población, las constituyen en orden

den de frecuencia las Infecciones Respiratorias superiores, las infecciones parasitarias, gastroenterocolitis, desnutrición y malnutrición totalizando un 54%. El Centro de Salud es visitado mayormente por indígenas con procedencia de aldeas y caseríos, pues los ladinos e indígenas de la cabecera municipal, con mayor capacidad adquisitiva, efectúan sus consultas médicas en la cabecera departamental. La desnutrición en todas las edades es manifiesta en cualquier parte del municipio pero no existe un amplio estudio ni programa a nivel de toda la comunidad para determinar los alcances trágicos de esta dolencia, la cual podría ocupar posiblemente el primer lugar dentro de las afecciones. Una idea puede formarse al analizar la muestra que se estudia posteriormente.

4.- FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES

SITUACION ECONOMICA

Ingreso Familiar

Artesanías

No es posible, para el Municipio de San Andrés Sajcabá, determinar con exactitud el ingreso familiar, el ingreso per cápita y lo concerniente a lo aportado por las artesanías y los ingresos-egresos a consecuencia de las mismas. Existe una gran diversidad en las actividades productivas de la población. Considero que los datos aportados por una muestra de familias urbanas, que son minoritarias y además poco anuentes a manifestar con exactitud su verdadera situación, no constituye en modo alguno lo representativo del estado general del municipio.

Aclarando con mayor amplitud la idea anterior, en base a un conocimiento a grandes rasgos del significado complejo de lo que se ha dado en llamar la vida de subsistencia, expongo - que la población en su mayoría se ocupa principalmente de la agricultura, pero no se trata de una actividad económicamente productiva en cuanto a percibir entradas monetarias o en especie que acrecienten la capacidad patrimonial de las familias; es decir, no producen para comercializar ventajosamente sino para su sustento diario fundamentalmente, alcanzándose un ligero excedente, carente de importancia estadística.

La economía familiar de un 10% de la población (aproximadamente 1500 personas) experimentan movimiento como mano de obra migratoria a la costa sur, desempeñando actividades agrícolas en grandes plantaciones, especialmente de caña, donde

perciben un salario calculado de Q0.60 a Q1.00 diario durante 2 - 3 meses, pero sufren gastos extraordinarios, cayendo dentro del conglomerado que gana únicamente para subsistir.

El promedio alcanzado por la población en general referente al ingreso per-cápita es de Q0.80 centavos diarios. El promedio de miembros económicamente activos en una familia de 7 miembros es de 3, elevándose su ingreso anual por familia a Q 375.00. Esto constituye un cálculo aproximado pues la forma de vida de subsistencia genera recursos y crea medios no significativos, para la economía familiar.

La producción artesanal está centrada en la fabricación, exclusivamente por el grupo étnico indígena, de petates de simbaque, así como sopladores y canastos del mismo material. Entre la gente ladina, algunas se dedican al corte y confección de vestimentas y a trabajar en fabricación de pan en forma particular (entiéndese aquí que estas personas no tienen panadería en forma sino que producen un pan diferente del común diario, durante uno dos días a la semana.

En la Monografía del Municipio de San Andres Sajcabajá por el EPS Gonzalo Urizar, Facultad de CC MM, 1974, se reporta: la producción artesanal es sumamente reducida en este municipio, en comparación con otros del departamento del Quiché, y de los departamentos de la República; la palma que se recibe en el municipio, es traída por los transportistas que vienen de la Costa Sur a la cabecera departamental, se vende por manojos y la adquieren personas que tejen la trenza en el mismo mercado a un valor aproximado de 18 centavos el metro. La trenza es comprada por los fabricantes de sombreros. La venta se realiza en la plaza del pueblo o son enviados los sombreros a la cabecera departamental.

ORGANIZACION SOCIAL

Educación

La autoridad está dividida en militar y civil. Existe un destacamento de Policía Militar Ambulante (3 elementos). Cada dos años el pueblo nombra a su alcalde, un síndico y 5 consejales (el alcalde es también Juez de Paz). Los alcaldes auxiliares son elegidos por cada aldea y caserío en particular y a cabildo abierto el día 31 de Diciembre y 1o. de Enero. Existe un comité a cargo del mantenimiento del edificio contiguo al Centro de Salud y que sirve de encamamiento, llamado Hospitalito Hermano Pedro; cofradías; el grupo Acción Católica con una base religiosa, social y de cooperación con elementos en cada cantón; una cooperativa de ahorro y crédito y un comité mejoramiento del municipio, que está en formación. En el aspecto educacional, se imparte castellanización, pues el Quiché es el dialecto local de expresión oral predominante (exceptuando la cabecera municipal); además algunas escuelas tienen los grados de 1o. a 6o. de primaria. En total son 13 escuelas unitarias en todo el municipio y una escuela central, con un Supervisor de NEPADE.

Recursos de Salud: un Centro de Salud Tipo C, con un médico EPS, un enfermero auxiliar, un Técnico en Salud Rural, 28 promotores en salud y 8 promotores sociales (los dos últimos grupos con distribución en todo el municipio); en cuanto a comunicaciones: existe telégrafo, teléfono, bus extraurbano, algunos camiones pequeños y el servicio de correos.

HABITOS Y CREENCIAS SOBRE LOS ALIMENTOS

Alimentación familiar

La alimentación familiar, constituye su base en: frijoles, huevos, tortillas de maíz, yerbas (bledos, espinacas, verdolagas, yerbamora). El 92% aproximado de la población consume carne de diverso origen (pollo, gallinas, pavos, res) una vez a la semana. El 8% restante consume carne en un promedio de 3 veces por semana. En este municipio se beneficia la carne de res una vez por semana y carne de marrano una vez a la semana y en escasa cantidad (3-4 marranos por vez, en uso exclusivo para la cabecera municipal).

Alimentación de las embarazadas:

Costumbres referentes a: recomendaciones alimenticias y otras durante el embarazo, la lactancia y para el niño de pecho.

En los primeros 3 meses del embarazo se recomienda poco ejercicio, por considerarse que el cuerpo necesita tiempo para acostumbrarse a los cambios propios del estado gravídico.

Se denomina CURACION al proceso de "arreglar" al feto (esto es, maniobrarlo externamente) para que se vaya adecuando a su lugar normal.

No todas las comadronas (empíricas) recomiendan a sus pacientes los mismos procedimientos y dieta alimenticia y deberá tomarse en cuenta que existen marcadas diferencias entre los usos de las comadronas ladinas e indígenas.

Se recomienda a las embarazadas no comer cosas heladas,

y asimismo durante la lactancia. Como alimentos helados entiéndese la manteca, el aguacate, el pollo, las naranjas (lo cual puede, según se dice, "cortar la leche"). El agua de coco está contraindicada pues les produce acedías lo cual puede originar daño al niño. El elote es ventoso (que produce gases) para la madre y hace salir y crecer con deformidad las piezas dentarias del infante.

Durante los 15 días post parto se les dice a las madres que deberán beber únicamente agua hervida y caliente porque el agua fría, resfría la leche.

La dieta post-parto tiene una duración de cuarenta días en los cuales se recomienda comer gallina, carne de res (arreglada, dicen, pero es difícil saber qué significa este término); queso duro (el fresco es dañino).

En la población ladina recomiendan el baño a los 3 días siendo el baño inmediato, dentro de la población indígena, lo indicado después de alentarse (post-parto). Igualmente, de inmediato, se le administran a la parturienta escudillas con atol de masa, abundante chile picante y tamalitos calientes.

Previo al parto, toda comadrona establece una dieta líquida de 24 horas. Se administra también sulfato en forma de bebida días antes del parto y sulfato más bicarbonato como enema, horas antes del mismo.

Al nacer el niño, se liga al cordón con hilo trenzado por la propia comadrona y se cauteriza en algunos casos con mache te al rojo, un clavo ardiente o con cera de candela. La placenta y el resto del cordón se entierran.

Los BAJOS es la denominación que se utiliza para designar

nar el proceso que consiste en efectuar vaporizaciones sobre los genitales de la señora que acaba de tener un parto (vaporizaciones de malva mas apazote) y el objeto es que no pueden restos placentarios, los cuales, se cree, bajarán en esta forma.

Calientan tejas hasta que se encuentran "hirviendo", luego les ponen encima "zacatíos" (sin determinación, pues es secreto profesional) y estos se los aplican sobre el estómago de la paciente. El objeto que se persigue es lograr un corrimiento (loquios) efectivo durante los siguientes días al parto, y evitar así el advenimiento de una infección.

En lo referente a la alimentación del pre-escolar, a la dieta común (tortillas, frijoles, arroz, verduras y carne ocasional), se agrega leche en algunos casos y atoles en la mayor parte de éstos.

La alimentación durante el primer año de vida, en el 96 % de los lactantes, se practica por amamantamiento natural. Esto aún se prolonga hasta los dos años y en casos extremos observados, hasta los 6 años. El 4% recibe leche de bote (deshidratada); otros alimentos lo constituyen los purés de vegetales y las aguas frescas. El chile y la grasa de cualquier origen se contraíndica en los niños de pecho. Se recomienda el uso de aceite con periodicidad.

La alimentación del escolar no difiere de la de los adultos (ya comentada), encontrándose en este municipio que la mayoría de los niños no están educados en la ingestión de leche diaria, Incaparina u otros conceptos alimenticios.

Se tiene noticia, por información del Núcleo Educativo No. 6 que existió un programa (auspiciado tal parece por Cáritas de Guatemala) para refacción escolar diaria, pero no se co

noce el motivo de su suspensión y actualmente no funciona ninguna similar.

A todo niño escolar se le exige que lleve un recipiente con agua hervida (esta población, repito, no tiene agua potable) y también llevan un pan, completándose así una refacción matinal diaria.

ESTUDIO REALIZADO EN LA CABECERA MUNICIPAL DE SAN ANDRES SAJCABAJA. MUESTRA

Se tomó una muestra del 30% de familias establecidas en la cabecera municipal de San Andrés Sajcabajá, para determinar el estado general de la población en lo referente a su escolaridad, capacidad socio-económica, condiciones de la vivienda, disposición de servicios básicos, población agro-pecuaria y comercio, tenencia de la tierra e instrumentos de trabajo. Todo cuadro se encuentra con la especificación aludida en número y porcentaje, así como en algunos casos, notas aclaratorias al pie del cuadro.

Datos recabados durante el primer semestre del año 1975.

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE LA MUESTRA SAN ANDRES SAJCABAJA. 1975

POBLACION	Número	%
Promedio de miembros por familia	7	
Número de familias de la muestra	38	100
Total de personas investigadas	266	100

CUADRO No. 12

DISTRIBUCION POR GRUPO ETNICO DE LA MUESTRA SAN ANDRES SAJCABAJA Según censo EPS 1975

GRUPO ETNICO	No. familias	No. miembros	%
Ladino	27	182	68.43
Indígena	11	84	31.57
Total	38	266	100

CUADRO No. 13

RELIGION. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SAN ANDRES SAJCABAJA Según censo EPS 1975

RELIGION	No. de familias	%
Católica	34	89.40
Evangélica	4	10.60
Total	38	100

Nota: Dentro del rubro Religión Evangélica se incluyen las denominadas Metodista, Menonita y Adventistas del 7º Día.

CUADRO No. 14

ASISTENCIA ACTUAL A LA ESCUELA, DE LOS MIEMBROS DE LA MUESTRA. SAN ANDRES SAJCABAJA. 1975

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
Entre 7 y 14 años	18	16	34	12.78

CUADRO No. 15

ESTADO CIVIL Y SEXO DE LA POBLACION DE
SAN ANDRES SAJCABAJA
Según censo EPS 1975

ESTADO CIVIL	Masculino	Femenino	%	Total personas
Casado	19	19	55.88	38
Unido	10	10	29.41	20
Viudo	0	2	2.94	2
Soltero	4	4	11.76	8
Sin información	0	0	0.00	0
Total	33	35	100	68

CUADRO No. 16

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES
EN SAN ANDRES SAJCABAJA
Según censo EPS 1975

GRADO O TITULO	Masculino	Femenino	%	Total
Primero primaria	0	2	2.94	2
Segundo primaria	3	2	7.35	5
Tercero primaria	6	4	14.71	10
Cuarto primaria	3	5	11.76	8
Quinto primaria	2	0	2.94	2
Sexto primaria	5	3	11.76	8
Primero prevocac.	1	1	2.94	2
Cuarto prevocac.	1		1.47	1
Maestro	1	1	2.94	2
Analfabetas	11	17	41.19	28
Total	33	35	100.00	68

CUADRO No. 17

ALFABETISMO DE LA POBLACION DE
SAN ANDRES SAJCABAJA
Según censo EPS 1975

	Masculino	Femenino	%	Total
Alfabetas de más de 15 años	11	25	18.2	36
Resto de la población (sin incluir a los padres)	76	63	70.20	139
Total	87	88	88.40	175

Nota: El 11.60% de población que resta, lo constituyen personas menores de 15 años (de 7 a 14 años) que se encuentran en la escuela actualmente.

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

A continuación se detallarán las condiciones de la vivienda y de la tierra. En el primer rubro se abarcan la totalidad de las viviendas del municipio y en el segundo rubro, la tenencia de la tierra, por muestra. San Andrés Sajcabajá. 1975.

CUADRO No. 18.a.

PISO	Número	%
Tierra	1373	96.49
Madera	0	0.00
Cemento	50	3.51
Total	1423	100.00

CUADRO No. 18.b.

TECHO	Número	%
Paja, manaca o palma	8	0.57
Lámina de Zinc	75	5.27
Teja	1340	94.16
Terraza	0	0.00
Total	1423	100.00

CUADRO No. 18.c.

CIELO	Número	%
No tiene	1360	95.43
Machihembre	63	4.43
Cartón	0	0.00
Tela	0	0.00
Otro	0	0.00
Total	1423	100.00

CUADRO No. 18.d.

PAREDES	Número	%
Tabla	0	0.00
Palma, paja o manaca	8	0.57
Bahareque-adobe	1415	99.43
Ladrillo	0	0.00
Total	1423	100.00

CUADRO No. 18.e.

INSTALACIONES	Número	%
Cocina	75	5.27
1 cuarto	1265	87.16
2 cuartos	45	3.16
3 cuartos	30	2.11
más de 3 cuartos	8	0.57
Total	1423	100.00

CUADRO No. 18.f.

ALUMBRADO	Número	%
Eléctrico	73	5.20
Gas	40	2.81
Candela	100	7.03
Ocote	1210	84.96
Total	1423	100.00

CUADRO No. 18.g.

AGUA	Número	%
Riachuelo	1241	87.20
Pozo con brocal	90	6.30
Pozo sin brocal	45	3.15
Tubería Intradomiciliaria	47	3.35
Tubería extradomiciliaria	0	0.00
Total	1423	100.00

CUADRO No. 18.h.

BASURAS	Número	%
Patio	104	7.23
Incineración	1319	92.77
Basurero	0	0.00
Servicio Municipal	0	0.00
Otro	0	0.00
Total	1423	100.00

CUADRO No. 18.i.

EXCRETAS	Número	%
A flor de tierra	1383	97.20
Letrina Sanitaria	34	2.38
Letrina Insanitaria	6	0.42
Fosa séptica	0	0.00
Colector público	0	0.00
Total	1423	100.00

ANÁLISIS DE LA MUESTRA (30% DE LAS FAMILIAS DE LA CABECERA MUNICIPAL) TOMADA EN SAN ANDRÉS SAJ-CABAJA. 1975.

CUADROS 11 al 17 INCLUSIVE

Fueron estudiadas 38 familias, totalizando 266 personas. Dos tercios de la población es indígena y un tercio es ladina. La religión predominante es la católica (89.4%). Un 12.88% de la población tomada, se encuentra estudiando actualmente. Prevalcen las parejas casadas (55.88%) y a continuación las unidas (29.41%), bajando este último porcentaje de continuo por el mismo pensamiento religioso. En cuanto a la escolaridad de los padres, se detecta un 60% de alfabetas con estudios realizados en promedio hasta tercer grado de primaria (con variantes superiores e inferiores) lo cual nos da una idea de que tienen una educación poco formal, dándoles su formación esencial los usos, costumbres y la vida diaria.

El analfabetismo en resumen, alcanza a más de la mitad de la población estudiada.

ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA. CUADROS 18.a. al 18.i. INCLUSIVE

En todo el municipio de San Andrés Sajcabajá, hay 1423 viviendas. Por lo general es inaceptable el estado de cada centro habitacional. El 96.49% tiene piso de tierra; el 95.57% no tiene cielo, siendo el techo de teja y un 99.43% de paredes de adobe-bajareque. El 87.16% de las viviendas tienen una sola habitación que funge como dormitorio comedor-cocina, incidiendo en marcada promiscuidad.

El ocote es el medio de alumbrado más común, utilizado por el 84.96% de la población. No habiendo agua potable en este municipio, el 87.20% se surte por riachuelos; siendo el servicio de agua intradomiciliario (3.35%), éste pasa la mayor parte de su trayecto al descubierto, con la correspondiente y absoluta contaminación.

La disposición de basuras en el 92.77% de los casos se realiza por incineración, siendo ésta una práctica aceptable.

La disposición de excretas resulta inadecuada pues el 97.2% las realiza a flor de tierra, constituyendo esta práctica un enorme foco de insalubridad permanente, con detrimento continuo de la población en general. El sistema de drenajes es inexistente. De lo anterior se puede esclarecer que las condiciones habitacionales son pésimas en esta población y que el medio se presta para la proliferación de las enfermedades en el individuo y la colectividad.

CUADRO No. 19

MEDIOS DE PRODUCCION DE LA POBLACION URBANA
SAN ANDRES SAJCABAJA. PRODUCCION PECUARIA
Según censo EPS 1975

Producción Pecuaria	No. Familias	%	No. cabezas total
Bovino	8	21	51
Porcino	27	71	79
Equino	7	18.6	35
Aviar	19	50	47
No. de huevos al mes			90 docenas
Litros de leche por día			48 litros

CUADRO No. 20

PRODUCCION AGRICOLA. ES UN TOTAL DE LA
CANTIDAD Y EXTENSION CULTIVADAS, ASI COMO
LA VENTA Y CONSUMO. 38 FAMILIAS DE SAN ANDRES
SAJCABAJA. SEGUN CENSO EPS 1975

Producción Agrícola	Cantidad	Extensión cultivada	Venta	Consumo
Maíz	689qq	455 cuerdas	54.5qq	635qq
Frijol	62qq	183 cuerdas	5 qq	57qq
Arroz	-	-	-	-
Plátano	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-

NOTA: La medida de extensión cultivada está dada en cuerdas españolas.

CUADRO No. 21

COMERCIO. NUMERO DE VENTAS PORMENORIZADO DE TODO EL MUNICIPIO DE SAN ANDRES SAJCABAJA. 1975

TIPO DE COMERCIO	NUMERO
Tiendas declaradas	35
Panaderías	8
Carnicerías	4
Venta de medicinas	2
Expendio de carne de res	2
Expendio de carne de marrano	4
Total	55

FUENTE: Archivo de la Municipalidad San Andrés Sajcabaja. 1975.

CUADRO No. 22

TENENCIA DE LA TIERRA. MUESTRA DE LA POBLACION URBANA. SAN ANDRES SAJCABAJA. 1975

	Número familias	%
Propietario	25	65.70
Arrendatario	5	13.20
Posesión	0	00.00
Mediero	7	18.40
Usufructo	1	2.70
Total	38	100.00

ANALISIS DE CUADROS 19, 20, 21 y 22

Según se colige de los cuadros, la producción pecuaria del Municipio de San Andrés Sajcabajá es apreciable, pues en la muestra tomada se aprecia que muchas familias poseen ganado de diversas especies; la producción de huevos y leche es importante. La producción agrícola, monocultivista, cumple con un requisito casi en su totalidad para el consumo de las mismas familias, siendo muy escasa la venta. Debe hacerse la salvedad que los datos de estos cuadros corresponden a familias del área urbana, cuya capacidad económica es muy superior a la de las áreas rurales del Municipio (apreciación visual).

El comercio es francamente escaso, pues existe una tienda declarada de artículos de primera necesidad sin mucha diversificación de productos por cada 300 habitantes, una panadería por cada 1279 habitantes, una carnicería por cada 2558 habitantes, una venta de medicinas por cada 5100 habitantes, y expendios de carne de res y marrano en una proporción de 1 por 1206 habitantes. Existen un sinnúmero no detectable y contable de tejedores de sombreros, canastas y otros utensilios, vendedores de fruta y vegetales los días de plaza, siendo de fuereños gran parte del comercio los susodichos días.

La mayor parte de personas parecen ser propietarios de sus tierras, pues el cuadro 21 nos dicta un 65.70% de tales, siguiéndole en frecuencia, aunque con bastante diferencia los medieros (28.40%). Las tierras son una posesión secular de las familias y es muy difícil que transaccionen con ellas.

ANALISIS DE CUADRO 23

La población escolar total del Municipio de San Andrés-Sajcabajá se encuentra concentrada en su parte mayoritaria en la cabecera del municipio pues en la escuela Urbana se haya el 32.63%. El 67.37% se haya distribuido en las restantes 11 escuelas que constituyen el Núcleo Educativo No. 6 localizadas en aldeas y caseríos. A pesar que muchas personas, la mayoría de la población, tiene como lengua oficial el quiché y su conocimiento fonó-estructural y de escritura del castellano es sumamente deficiente, sólo 3 escuelas imparten castellano con una asistencia muy reducida. Dos escuelas tienen la primaria completa. Solo la Escuela Urbana mantiene un parvulario. La población en edad escolar es apreciable y sin embargo la totalidad de los inscritos es de 521, incluyendo 15 párvulos y 28 en proceso de castellanización.

CUADRO No. 23

POBLACION ESCOLAR TOTAL POR LUGARES
MUNICIPIO DE SAN ANDRES SAJCABAJA. 1975

LUGAR	Párvulos	Castell.	1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	TOTAL
San Andrés Sajcabajá (cabecera Municipal)	15	6	45	25	32	18	14	15	170
Chinillá			16	2	9				27
Agua Caliente			17	2					19
Sacaj			12	13	1	1	1		28
Chiboy			17	3	4	2			26
Chitil			5	6	8	4			23
Chusanyab		7	32						39
Xabaj			9	3	2				14
Mixcolajá			15	5	6	3			29
Chinantón		15	49	5	1				70
Las Casas			25	7	8				40
Litillá			17	6	4	3	4	2	36
TOTAL	15	28	259	77	75	31	19	17	521

FUENTE: Archivo de NEPADE. Núcleo Educativo
No. 6. San Andrés Sajcabajá.

PERCEPCION DE LA SITUACION MATERNO INFANTIL POR LA COMUNIDAD

Se efectúa un estudio de la muestra compuesta por 38 familias, acerca de las actitudes, experiencias y conocimientos acerca de aspectos materno-infantiles, que pueden orientar hacia la percepción que la comunidad de San Andrés Sajcabajá tiene sobre la situación. Año 1975.

I. ¿Quién la atendió en el último parto?	Número	%
1. Médico	3	7.89
2. Comadrona (empírica)	35	92.11
3. Enfermera o Auxiliar	0	0.00

OBSERVACION: No existe en esta población comadrona alguna que haya recibido adiestramiento de ninguna clase.

II. ¿Quién le gustaría que la atienda en otro parto?	Número	%
1. Un médico	14	36.88
2. Comadrona	24	63.12
3. Enfermera o Auxiliar	0	0.00

III. ¿En dónde le gustaría que le atendieran su parto?	Número	%
1. En su casa	33	86.84
2. En el Centro de Salud	0	0.00
3. En el Hospital	5	13.16

IV. ¿Usted ha tenido control prenatal en el último embarazo?	Número	%
1. Sí	12	31.56
2. No	26	68.44

OBSERVACION: aún cuando son controladas por comadrona empírica las 26 que contestaron no; es porque se considera que dicho control no es en absoluto satisfactorio (a mi parecer).

V. Si tuvo control prenatal ¿Con quién lo tuvo?	Número	%
1. Médico	12	31.56
2. Comadrona	0	0.00
3. Enfermera o Auxiliar	0	0.00

OBSERVACION: El control por comadrona empírica no se tomó como efectivo.

VI. ¿A qué lugar asistió a control pre-natal?	Número	%
1. Hospital	0	0.00
2. Centro de Salud	12	31.56
3. Casa	0	0.00

VII. ¿Cree Ud. que es necesario o conveniente el control prenatal?	Número	%
1. Si	30	79
2. No	8	21
Total	38	100.00

SI: Porque se puede saber cómo está el niño.
 NO: Porque les da vergüenza.

VIII. ¿Cree Ud. que es conveniente la atención hospitalaria del parto?	Número	%
1. Si	4	10.52
2. No	34	89.48
Total	38	100.00

SI: Porque pueden haber problemas que las pongan graves
 NO: Porque nunca han tenido problemas para recibir a sus hijos pero siempre es bueno tener al hospital por los casos que se presentan malos.

IX. ¿Le da problemas a Ud. el embarazo?	Número	%
1. Sí	4	10.52
2. No	34	89.48
Total	38	100.00

SI: Mucha debilidad; dolores de cabeza fuertes; mal parto; partos prematuros

NO: No han tenido problemas con el parto, aunque si han perdido algún niño pero después.

X. ¿Puede darle problemas al nuevo niño su embarazo?	Número	%
1. Sí	3	7.89
2. No	35	92.11
Total	38	100.00

¿Qué problemas le puede dar?: tener un hijo muy débil.

XI. Cuando se enferma un niño, ¿qué es lo primero que hace?	Número	%
1. Darle remedios caseros	22	57.89
2. Llevarlo al curandero	9	23.68
3. Llevarlo al farmacéutico	0	00.00
4. Llevarlo al Centro de Salud o al Hospital	6	15.79
5. Llevarlo con el médico particular	1	2.64

XII. ¿Están vacunados sus hijos menores de 5 años?	Número	%
1. Sí	28	90.3
2. No	3	9.7

¿Qué vacunas les han puesto?

Están vacunados 28 contra el sarampión, la DPT y la anti poliomielítica.

XIII. ¿Cree Ud. que las vacunas ayudan a las personas?	Número	%
1. Si	36	94.74
2. No	2	5.26
Total	38	100.00

SI: Porque ya no se enferman

NO: Porque les da temperatura, y se ponen malos.

XIV. ¿Lleva a su niño a control de crecimiento y desarrollo?	Número	%
1. Sí	5	13.16
2. No	33	86.84
Total	38	100.00

SI: Para que lo examinen y me den consejos de lo mejor para él.

NO: Porque si no se ha enfermado, no lo creen necesario.

XV. Cuando un niño no está enfermo ¿Cree Ud. que es conveniente el examen médico periódico?	Número	%
1. Sí	12	31.56
2. No	26	68.44
Total	38	100.00

SI: Si existe un médico cerca, talvez sea bueno hacerlo

NO: Si no están enfermos, no es necesario.

XVI. ¿Sabe Ud. qué es desnutrición?	Número	%
1. Sí	8	21
2. No	30	79
Total	38	100.00

XVII. ¿Sabe Usted?...	SI	NO	SI	NO
	N°	N°	%	%
¿Porqué se hinchan los niños?	4	34	10.52	89.48
¿Porqué se adelgazan	5	33	7.89	92.11
¿Porqué se les cae el pelo?	2	36	5.26	94.74

XVIII. ¿Sabe Usted?...

	SI	NO	SI	NO
	N°	N°	%	%
¿Porqué muchas mujeres em- barazadas se ponen pálidas?	6	32	15.78	84.22
¿Porqué se les descama y - mancha la piel a los niños?	2	36	5.26	94.74

ANALISIS DE LA PERCEPCION DE LA SITUACION DEL GRUPO MATERNO INFANTIL POR LA COMUNIDAD

La atención del parto fue efectuada en su mayoría (92.11 %) por comadronas empíricas, aunque un 36.80% opina que le hubiera gustado se lo atendiera el médico; pero sea con médico o comadrona, se piensa que debe ser atendido en el hogar (86.84%), posiblemente por la confianza que les inspira estar cerca de sus familiares. Dos tercios de las madres estudiadas no tuvieron control prenatal médico, aunque sí de comadrona empírica, pero esta práctica última no es satisfactoria a la luz de la ciencia médica. El Centro de Salud fue el lugar elegido para su control médico por las que lo tuvieron (31.56%). Si existe una conciencia más o menos clara del porqué es necesario el control prenatal, pronunciándose el 79% de realizarlo (al sentir la necesidad, pues); al restante 21% se encontró con impedimento a recibir este servicio por inhibición (vergüenza). El 89.48% de las personas entrevistadas piensan que no es necesaria la atención intra-hospitalaria del parto pues nunca han tenido o visto problemas graves durante este trance. A la mayor parte no le dá problemas el embarazo y el 10% que se los provoca son de índole crónica como debilidad y cefalea. El temor de las madres (92.11%) es a tener un hijo débil. Cuando un niño se enferma la acción más frecuente es tratarlo con remedios caseros (57.89%) ó llevarlo al curandero (23.68%). Es muy baja la aceptación inmediata de la necesidad de que los infantes sean vistos por el médico, excepto casos dramáticos. El 90% ha vacunado a sus hijos (con la antisarampionosa, DPT y Polio) pues las campañas de vacunación son bien recibidas generalmente, atribuyéndose la causa a que los líderes comunitarios las recomiendan como de mucha ayuda para evitar enfermedades fulminantes (más de las que en realidad brindan protección). No creen necesario (87%) llevarlo a control de crecimiento y de-

sarrollo al niño, si no se ha enfermado. El concepto de la función del Centro de Salud que tiene la población es de una labor curativa y no preventiva.

La comunidad opina que las madres se enferman más frecuentemente de gripe y catarrros, siguiéndole en frecuencia el dolor de cabeza y la tos. En los niños, estiman los entrevistados, prevalecen los asientos y la tos. El catarro, las manchas y los granos, también suelen ser de las dolencias comunes.

La causa que origina con más asiduidad las defunciones en los adultos son la influenza, la indigestión y en menor grado, la vejez; la mortalidad infantil es efecto de los asientos (diarrea), la gripe y el daño (patología de implicación esotérica). Estas respuestas encajan dentro del concepto general de la población, al respecto.

En Resumen, la actitud de la comunidad es poco positiva hacia la aplicación de programas de protección y promoción de salud materno-infantil y sus conocimientos son de índole eminentemente empírica.

PERCEPCION DE LA SITUACION MATERNO-INFANTIL POR EL PERSONAL DE SALUD LOCAL SAN ANDRES SAJCABAJA. 1975

1 Enfermero Auxiliar Adiestrado. 1 técnico en Salud Rural.

10 Promotores en Salud. Masculino todos.

I. ¿Cree Ud. necesario o conveniente el control prenatal?	Número	%
1. Sí	12	100.00
2. No	0	00.00
Total	12	100.00

SI: Porque se pueden detectar algunos problemas en su inicio y además tener un control sobre la evolución del feto.

II. ¿Cree Ud. que es conveniente la atención hospitalaria del parto?	Número	%
1. Si	4	33.33
2. No	8	66.66
Total	12	100.00

SI: Porque existen mejores condiciones y en caso de problemas se encuentra a mano personal y material especializado.

NO: Con personal preparado en cada comunidad, se puede dar atención segura; además serían referidos sólo los casos que se detectaron como problema

III. ¿Le dá problemas a una señora el embarazo?	Número	%
1. Sí	12	100.00
2. No	0	00.00
Total	12	100.00

SI: Puede llegar a tener hemorragias vaginales, vómitos profusos, puede haber una desproporción entre el feto y el canal de salida. Pueden edematizarse los miembros inferiores, várices.

IV. ¿Puede darle a un futuro niño el embarazo de la madre, algún problema?	Número	%
1. Sí	12	100.00
2. No	0	00.00
Total	12	100.00

SI: Durante el parto, insuficiente oxigenación puede provocar retraso mental. Una madre con pelvis estrecha, puede no dar a luz si no se practica una cesárea (y el feto se muere). La alimentación inadecuada puede producir anemia y otras deficiencias tanto en la madre como en el futuro niño.

V. ¿Cree Ud. que las vacunas ayudan a las personas?	Número	%
1. Sí	12	100.00
2. No	0	00.00
Total	12	100.00

¿PORQUE? Porque les crea resistencia a contraer la enfermedad específica de que son vacunados.

VI. Niño no enfermo. Es conveniente el examen periódico de médico o enfermera?	Número	%
1. Sí	12	100.00
2. No	0	00.00
Total	12	100.00

Es conveniente porque se puede ir determinando el grado de crecimiento y desarrollo adecuado del niño; además - se puede tratar a un niño en el inicio de una dolencia cuando aún no se ha manifestado plenamente.

VII. ¿Sabe Ud. qué es desnutrición?	Número	%
1. Sí	12	100.00
2. No	0	00.00
Total	12	100.00

VIII. Sabe Ud?

	Número		%	
	si	no	si	no
¿Porqué se hinchan los niños?	9	3	75	25
¿Porqué se adelgazan?	12	0	100	0
¿Porqué se les cae el pelo?	3	9	25	75
¿Porqué muchas mujeres embarazadas se ponen pálidas?	Número		%	
	si	no	si	no
Respuesta a pregunta anterior	12	0	100	0
Porqué se les descama y se les mancha la piel a los niños?	2	10	16.6	83.3

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN MATERNO INFANTIL POR EL PERSONAL DE SALUD LOCAL. Un enfermero auxiliar adiestrado, un técnico en salud rural y 10 promotores en salud.

Existe unanimidad en el convencimiento de que es necesario el control prenatal por las múltiples ventajas en la detección temprana de anomalías en la madre y el feto. Asimismo piensan que el embarazo provoca una serie de alteraciones que, por los distintos organismos, se pueden volver patológicas (ver nota pregunta No. 3). No necesariamente la atención del parto ha de ser intrahospitalaria. Existe un conocimiento básico de los problemas futuros del feto sin una atención adecuada durante el parto. Su actitud hacia la efectividad de las vacunas y al examen periódico de los niños es positiva.

El personal de salud opina que las principales causas de morbilidad en las madres es en orden de frecuencia: la anemia, la desnutrición y malnutrición y las enfermedades tensionales, entendiéndose por estas últimas los estados de stress producidos por cansancio, problemas hogareños, enojos, etc. La gastroenterocolitis, las infecciones respiratorias superiores y la desnutrición, son las dolencias más importantes que aquejan a la población infantil.

La mortalidad en adultos está determinada por la alta incidencia de bronconeumonía y accidentes de trabajo; y en los niños por la desnutrición, por infecciones respiratorias y por enterocolitis.

Sus conocimientos acerca de la desnutrición y de las principales causas de morbi-mortalidad en adultos e infantil son aceptables.

CUADRO No. 24

SITUACION NUTRICIONAL. MUESTRA POBLACIONAL
50 NIÑOS DE 1 MES A 6 AÑOS. SAN ANDRES
SAJCABAJA. 1975. POBLACION URBANA

	NUMERO	%
POBLACION ESTUDIADA	50	100.0
NORMALES	29	58.0
POBLACION CON DESNUTRICION:		
PRIMER GRADO	18	36.0
SEGUNDO GRADO	2	4.0
TERCER GRADO	1	2.0
TOTAL	21	42.0

CUADRO No. 25

SITUACION NUTRICIONAL. MUESTRA POBLACIONAL
50 NIÑOS DE 1 MES A 6 AÑOS. SAN ANDRES
SAJCABAJA. 1975. POBLACION RURAL

	NUMERO	%
POBLACION ESTUDIADA	50	100.0
NORMALES	16	32.0
POBLACION CON DESNUTRICION:		
PRIMER GRADO	15	30.0
SEGUNDO GRADO	11	22.0
TERCER GRADO	8	16.0
		68.0

ANALISIS DE CUADROS 24 y 25 Y OTROS COMENTARIOS

Efectuado en una población de 50 niños del área urbana y 50 niños del área rural, encontramos que en ambos grupos la desnutrición es elevada, totalizando un 42% en el primero y un 68% en el segundo, lo cual nos da una idea clara acerca de lo.: la población rural, mayoritariamente indígena presenta - mayor grado de desnutrición que la urbana; 2o.: ambos grupos se encuentran gravemente afectados por la desnutrición; 3o.; las perspectivas mentales y físicas de ambos grupos, en su crecimiento y desarrollo normales, son trágicamente negativas. La situación en general parece haber mantenido su prevalencia pues según una evaluación nutricional efectuada para Guatemala la (muestras) por el INCAP en 1965, se reporta un 32% de desnutrición avanzada (grados 2 y 3) de los niños menores de 5 años.

Al efectuar la encuesta anterior, también fueron localizados, entre los 100 niños estudiados, 21 ((el 21%) con conjuntivitis no purulenta; el 62% presenta conjuntivas pálidas, lo que nos indica que existe un alto índice de anemia en la población.

Se efectuó también un estudio al azar de 12 señoras en estado de gravidez, de su hematocrito y hemoglobina, siendo la Hb. máxima encontrada de 13.2 gramos (Ht. de 41%); y la hemoglobina mínima de 8.6 gramos (Ht. de 36), lo cual nos indica la presencia de anemia ferropriiva en esta población; la dieta materna no incluye suplementos vitamínicos durante la etapa gestacional y su alimentación promedio no les proporciona lo suficiente.

CONCLUSIONES

- 1.- La extensión territorial, la dispersión de población, las deficientes vías de comunicación, constituyen escollos de magnitud considerable para la realización de cualquier programa en este Municipio.
- 2.- La mayoritaria población indígena, con su dialecto propio, sus costumbres, su atávica desconfianza hacia el grupo étnico ladino, su analfabetismo y su deficiente situación económica, constituyen un serio problema actual cuya solución se perfila a muy largo plazo.
- 3.- Un estudio realizado, con los instrumentos de trabajo dados, aplicados en mínima parte a la población general y con una muestra de población urbana no representa en realidad la situación prevaleciente a nivel de todo el municipio. La situación de la cabecera municipal es mayoritariamente ladina y su concepción básica de la existencia es diferente, así como su capacidad adquisitiva es mayor, que el conglomerado rural con predominio indígena.
- 4.- Siendo esta población eminentemente joven (el 90% de la población es menor de cuarenta y cinco años) en el aspecto etario -no así en el histórico- y siendo la cuarta parte de la población menor de 5 años, se imputa de urgencia la aplicación de programas de protección a la salud con énfasis en la niñez, extensivos a los grupos en edad reproductiva.
- 5.- Los diagnósticos de mortalidad que figuran en los archivos municipales y los cuales sirven de base para estadísticas y programas, no son fidedignos. La confiabilidad se

encuentra casi anulada porque los datos provienen de personas sin la capacidad adecuada para efectuar un diagnóstico aceptable.

- 6.- Aunque la tasa de fecundidad es alta, la mortalidad infantil constituye un alto índice el cual no parece haber variado en los últimos años.
- 7.- Cuantitativamente, el grupo que abarca a la población materna y económicamente activa ostenta el porcentaje más alto de morbilidad poblacional, lo cual pone en evidencia el daño severo que esta comunidad ha de manifestar a nivel del núcleo familiar, base de la comunidad.
- 8.- Aunque no existe un estudio sistemático y completo de los avances y daños que la desnutrición ha alcanzado, es manifiesto que esta entidad afecta enormemente a esta comunidad, no siendo la excepción del resto del país, y por las mismas causas que en la generalidad de municipios la provoca.
- 9.- Existen una serie de prácticas que se efectúan durante el embarazo, el puerperio y respecto del recién nacido, que pueden ser englobadas como empirismo; pero esto no puede ser afirmado taxativamente pues no existe un estudio formal acerca de la efectividad o no de tales prácticas. Tengo la impresión que dichas prácticas constituyen una simbiosis de lo adecuado con aspectos sin fundamento, producto de una larga tradición y una carencia de orientación científica.
- 10.- Las condiciones de la vivienda en la mayor parte de la población son inaceptables dentro del concepto general de higiene y comodidad.

- 11.- La educación formal es muy escasa y la asistencia a los cursos de castellanización es reducida; ambas por no considerarse prioritarias para la subsistencia.
- 12.- El concepto de la función que desempeña el Centro de Salud, que tiene la población, es de una labor curativa y no preventiva y por lo cual su actitud hacia la aplicación de programas de protección y promoción de salud materno-infantil es poco positiva, esto es, no encuentra su punto lógico.
- 13.- La alimentación familiar no está regida por patrones de importancia dietética, sino por la costumbre y las arraigadas creencias, producto de generaciones sin adecuada orientación.
- 14.- La carencia de agua potable y la inadecuada disposición de excretas, constituyen focos de insalubridad permanente.
- 15.- El conocimiento del grupo de salud local del problema materno-infantil es acertado y además tienen una conciencia clara acerca de las dolencias principales de la población así como de la positividad y urgencia de un programa adecuado de protección, promoción y recuperación de la salud.
- 16.- La historia presente del Municipio: Su precaria situación (ingresos bajos, escasa industria, economía de subsistencia, tasas altas de analfabetismo, deplorable estado de salud) son consecuencia de la estructura básica del sistema geopolítico imperante.

RECOMENDACIONES

- 1.- La realización efectiva de los programas de salud en el Municipio de San Andrés Sajcabajá, del Departamento del Quiché, deberán efectuarse integradamente con los correspondientes al área educativa, los de desarrollo agrario y otros grupos de mejoramiento local.
- 2.- El personal deberá recibir una concientización de la problemática de salud en general y, en particular, de los programas a efectuarse a corto plazo, para mantener una actitud de máxima positividad psicológica y técnica.
- 3.- Utilizar mayoritariamente a personas idóneas de la población, remuneradas, para lograr una efectividad creciente en las coberturas de diversa índole.
- 4.- Debe actuarse de distinta manera, esto es, conocimiento de causa local, en el área urbana y rural, pues sus concepciones de la realidad son distintas.
- 5.- Prioritariamente los programas de salud deben ir dirigidos a la población materno-infantil.
- 6.- Deberá insistirse en que los diagnósticos de defunción sean efectuados por personal profesional adecuado, para lograr una confiabilidad mayor en las estadísticas poblacionales.
- 7.- La utilización de los medios modernos de comunicación de masas deberán ser utilizados en toda su intensidad posible, para lograr un certero entendimiento por parte de la población, de los distintos programas y sus ventajas.

8. - Infraestructura mínima necesaria y cambios radicales en los conceptos de desarrollo comunitario, se imputan de necesidad urgente, si pretende lograrse iniciar el camino hacia la solución del enorme cúmulo de problemas de salud y otros, en áreas como la descrita.

En el presente trabajo fueron consultados diversos Archivos. No hay Bibliografía por se un trabajo original.

Br. César Augusto Martini Herrera

Dr. Victor Manuel López Vásquez
Asesor.

Dr. Oscar Rolando Rivas
Revisor.

Dr. Julio de León Méndez
Director De fase III.

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto G.
Decano.