

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD
DEL GRUPO MATERNO-INFANTIL DEL
MUNICIPIO DE GENOVA C. C.,
QUEZALTENANGO"

EDWIN ROLANDO MENENDEZ NIEVES

ESTUDIOS DE SENSIBILIZACION DE SALUD
DEL GRUPO MATERNO-INFANTIL AÑO 1975

- CONTENIDO -

- I. - INTRODUCCION
- II. - OBJETIVOS
- III. - JUSTIFICACION
- IV. - HIPOTESIS
- V. - MATERIAL Y METODOS
- VI. - ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS
 - A). - POBLACION
 - B). - DAÑOS
 - C). - SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA
 - D). - PERCEPCION DEL PROBLEMA
- VII. - INTERPRETACION
- VIII. - DISCUSION
- XI. - CONCLUSIONES
- X. - RECOMENDACIONES
- XI. - BIBLIOGRAFIA

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DEL GRUPO

MATERNO-INFANTIL AÑO 1975

. - INTRODUCCION:

El problema Materno-Infantil se plantea, al menos teóricamente, como una prioridad en la atención en salud, tanto a nivel de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Plan Nacional de Salud), como en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos.

El presente trabajo de Tesis pretende, como su título lo indica, efectuar un "Diagnóstico de Salud del Municipio de Génova, C. C., Quetzaltenango", con énfasis en la población Materno-Infantil, año 1975, bajo la hipótesis siguiente:

"La mayoría de los daños que se presentan en el grupo Materno-Infantil son prevenibles con acciones concretas contra las causas de estos daños, que en su mayoría son de origen infeccioso y nutricional, teniendo en cuenta, como causa determinante, la situación socio-económica de las personas".

Para tal efecto fue necesario realizar una encuesta de población vivienda, recursos y estado nutricional en el citado municipio, que me permitiera hacer un análisis lo más cercano a la realidad actual. Con lo anterior se pretende contar con un documento inicial sobre las condiciones de salud de la población, como base para ulteriores estudios, además modificar la "mentalidad" o directrices de los programas de salud de esta comunidad, de acuerdo a sus características propias y romper el círculo vicioso: enfermo, médico y medicina, con lo que únicamente estamos contribuyendo a mantener el sistema. Así, de esta manera, cumplir con el precepto de que la medicina debe ser esencialmente preventiva y no curativa.

Es de hacer notar que, la calidad de los Registros Civiles de Defunción, no son apropiados, lo que redundaría en demérito de la información y conclusiones, en cuanto a mortalidad se refiere.

Quiero aprovechar, para dejar escrito mi agradecimiento a las personas que en una u otra forma, colaboraron en la realización del presente estudio.

El Autor . -

II. - OBJETIVOS:

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

III. - JUSTIFICACION:

A la fecha, en Guatemala se encuentran en marcha, programas de atención Materno-Infantil, en Quezaltenango, Huehuetenango, Jutiapa y últimamente en Totonicapán; pero estos programas no han causado impacto alguno en el nivel y estructura de la salud materno-infantil. Para la implementación de estos programas no se cuenta con un diagnóstico preciso y completo, pues si bien es cierto que en algunos casos se cuenta con datos sobre los diferentes grupos etarios y sus características primordiales, no se ha hecho un análisis de la colectividad, ni en el personal de salud en cuanto a la percepción y conducta mostradas ante la problemática Materno-Infantil, no se ha analizado la situación económica, y social de las comunidades. Todavía se sustentan algunos criterios equivocados en cuanto al tipo de atención de la mujer embarazada, pues se le da importancia más a la atención institucional del parto, que a un adecuado control prenatal y a las coberturas que sería necesario alcanzar para influir en el nivel y estructura de salud del grupo materno-infantil.

IV. - HIPOTESIS:

De acuerdo a las consideraciones mencionadas anteriormente, se plantean y se someterán a prueba las siguientes hipótesis:

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

2a. - Que la percepción y la conciencia que se tiene del problema materno-infantil, varía significativamente entre la comunidad y el personal de salud local, así como el enfoque de las posibles soluciones.

V. - MATERIAL Y METODOS:

Material: Las familias que integran la población total del municipio estudiado.

Los libros de Registro Civil de las Alcaldías Municipales,
Una muestra representativa de las familias urbanas de la Cabecera Municipal.

Las viviendas de las familias seleccionadas en esta muestra, y otros aspectos del medio ambiente en donde habitan las personas.

Guías y formularios diseñados para el efecto.

Los archivos de los Centros Asistenciales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Métodos: Se realizó una encuesta de población del municipio, efectuándose con la participación del EPS, de la Enfermera del Centro de Salud de la cabecera municipal, el Auxiliar de enfermería del Puesto de Salud de los parcelamientos "El Reposo", los maestros en ejercicio en todo el municipio y los alumnos del Instituto Básico de la Cabecera municipal, así como de las autoridades civiles del municipio. Por medio de esta encuesta se obtuvo la población rural y urbana, actualizándose el plano de la cabecera.

Se hizo un estudio de defunciones en el Registro Civil Municipal, que permitió determinar las causas y tasas de defunción para el año 1974, así como el registro de nacimientos del mismo año; analizándose además los archivos del Puesto de Salud, correspondientes al año 1974, para poder determinar la morbilidad presentada, al menos, en la demanda solicitada.

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, lo que se realizó en el área urbana o cabecera municipal de acuerdo a los pasos siguientes:

Total de familias residentes en el área urbana: 232

30% del total anterior: 69.60

Módulo: 3

Número seleccionado para la primera familia: 1.-

El trabajo anterior se realizó en los primeros 6 meses del año 1975, variándose en cuanto a las fechas calculadas para cumplir con cada una de las partes de que consta el estudio, por causas de fuerza mayor, pero de todas maneras se entrega el mismo, cumpliéndose con todos los requisitos exigidos.

VI. - ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS:

A. - POBLACION:

DATOS GENERALES:

a. - Descripción del Área:

Génova, Costa Cuca, municipio del departamento de Quezaltenango, cuenta con una Municipalidad de segunda categoría y se encuentra situada en la costa sur occidental del país.

Fué creada por acuerdo gubernativo del 29 de agosto de 1,912, con el nombre de Santa Joaquina, conociéndosele anteriormente con el nombre de Taltute; posteriormente se le cambió el nombre de Santa Joaquina

por el de Génova con el que se conoce actualmente.

Tiene una extensión territorial de 234 Kms. cuadrados y geográficamente se localiza en latitud 14° 37' 13" y longitud 91° 50' 05".

Límita al norte con Colombia y Flores Costa Cuca (Quezaltenango); al este con el Asintal (Retalhuleu) y Colombia; al sur con Retalhuleu y al oeste con Coatepeque y Flores Costa Cuca (Quezaltenango). El límite entre Flores Costa Cuca y Génova Costa Cuca, es el río Rosario parcialmente.

Queda situada sobre la Ruta Nacional No. 13, conocida también por ruta Justo Rufino Barrios. Se encuentra a una distancia de 5 Kms. del municipio de Flores Costa Cuca, sobre carretera asfaltada y a 18 Kms. de Coatepeque, donde entraña con la Ruta Nacional 6 y la carretera Internacional del Pacífico CA-2.

Cuenta así mismo con carreteras municipales, veredas y caminos de herradura que comunican a la cabecera con los poblados, fincas y municipios vecinos. Se encuentra a 218 Kms. de la ciudad capital.

Son sus estaciones de ferrocarril : Alianza, Génova, San Miguelito, Las Animas, Coronado, Reposito, principalmente.

El ferrocarril atraviesa principalmente el municipio y queda a 28.3 millas de Ciudad Tecún Umán y a 148.9 millas de la ciudad capital.

CLIMA: Situado a 331 metros sobre el nivel del mar (1,085 pies), tiene un clima cálido. Se marcan dos estaciones: invierno y verano o época lluviosa y seca.

CONSTITUCION MUNICIPAL: El municipio cuenta con un pueblo (la cabecera municipal); cinco aldeas que son: El Rosario, Bolívar, La Paz, Morazán y San Miguelito; veinte caseríos y treinta y una fincas.

Además unos barrios alejados de la cabecera (Génova), como son: Sector Méndez, Sector Norte y Guadalupe. En lo que se refiere estrictamente a la cabecera municipal, se divide en Barrio 30 de Junio y Barrio El Centro.

Además en el municipio hay dos parcelamientos: El Reposo (sectores A, B y C) y Talzachún.

ACCIDENTES GEOGRAFICOS:

Parajes:

El Castaño y El Rosario.

Sitios Arqueológicos:

Miramar

Accidentes Hidrográficos:

Ríos: Las Pilas, Jocá, Rosarito, Telecho, Talecho, Ocosito, El Rosario, Talticú, Batzá, Talchuluc, Talpix, Las Animas, Cantel y Talzachún.

Lenguas:

Predomina el idioma español y la lengua indígena dominante es el Mam.

Mercado:

Funciona el mercado municipal en la cabecera, el cual ha sido modernizado por la Corporación Municipal actual y en que se expenden los productos de la región y de otras partes de la república y de México.. Son los principales días de mercado los lunes y martes.

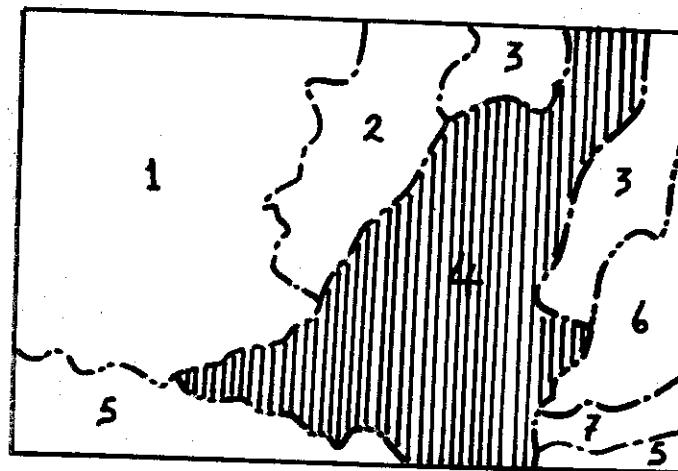
Festividades:

El municipio celebra su fiesta titular: CONCEPCION, del 8 al 10 del mes de diciembre, vistiendo sus mejores galas y realizándose actividades culturales, sociales y deportivas.

En tiempo de la Semana Mayor (Semana Santa), es representado en vivo la pasión y muerte de Jesucristo, actividad que atrae turismo del municipio.

Predomina la religión católica y las personas son de carácter apacible, amistosas y comunicativas.

INDICE DE LIMITES



DEPARTAMENTAL

MUNICIPAL

A: DÉPARTAMENTO DE QUEZALTENANGO

- 1.- Municipio de Coatepeque
- 2.- Municipio de Flores, Costa Cuca
- 3.- Municipio de Colombia
- 4.- Municipio de Génova

B: DÉPARTAMENTO DE RETALHULEU

- 5.- Municipio de Retalhuleu
- 6.- Municipio de El Asintal
- 7.- Municipio de Nuevo San Carlos

PIRAMIDE DE POBLACION
MUNICIPIO GENOVA, C. C. QUEZALTENANGO
Por edad y sexo. Año 1973.

HOMBRES

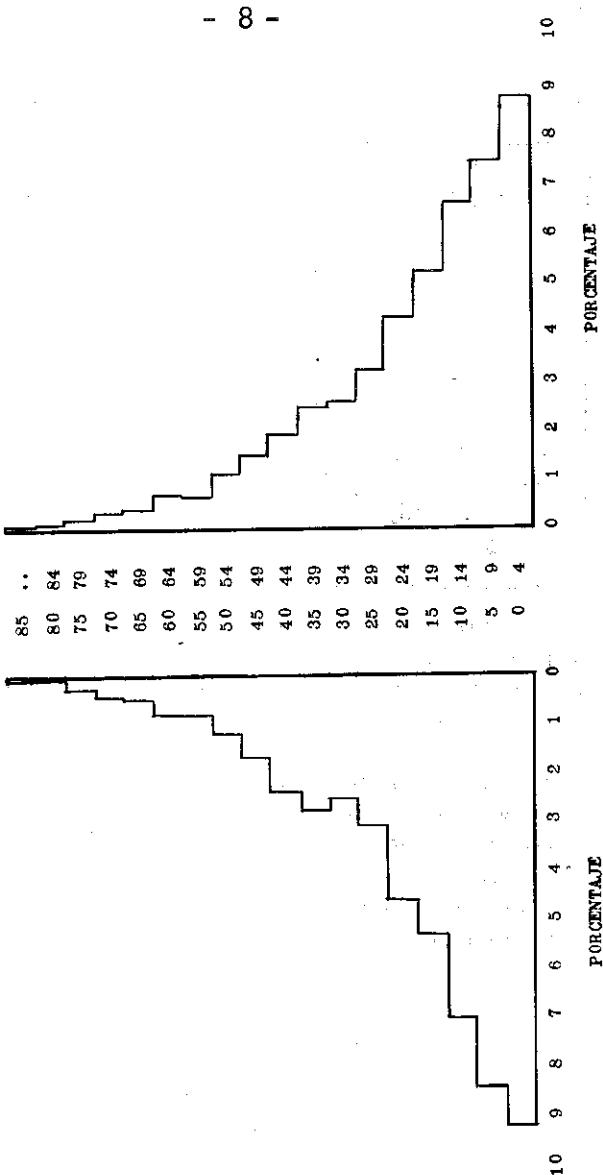


TABLA No.1
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDAD, GRUPOS ETARIOS, SEXO Y PORCENTAJE
MUNICIPIO DE GENOVA C.C. QUEZALTENANGO
AÑO 1975

Grupo de Edad	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
< 1 año	292	2.4	246	2.03	538	4.44
1 a 2 años	292	2.4	250	2.06	542	4.47
2 a 3 años	276	2.27	258	2.17	534	4.41
3 a 4 años	313	2.58	286	2.36	599	4.94
4 a 5 años	341	2.81	281	2.31	622	5.13
5 a 14 años	1562	12.89	1381	11.39	2943	24.29
14 a 44 años	2461	20.31	2436	20.10	4897	40.41
> 45 años	780	6.43	661	5.45	1441	11.89
Totales	6317	52.09	5799	47.82	12116	100.00

* Los grupos de edad son variables, porque de esta manera se recibió la información en el instrumento respectivo.

Fuente : Censo de población E.P.S. Feb. Jul. 75.

TABLA No.2
DISTRIBUCION TOTAL Y % DE LA POBLACION URBANA, RURAL Y FAMILIAR
MUNICIPIO DE GENOVA C.C. QUEZALTENANGO
AÑO 1975

Distr.	Masculina	%	Femenina	%	Fam.	%
Urbana	710	5.86	690	5.69	232	9.88
Rural	5607	46.28	5109	42.17	2115	90.12
Totales	6317	52.14	5799	47.86	2347	100.00

Fuente: Censo de Población E.P.S. Feb. Jul. 1975

TABLA No. 3

POBLACION SEGUN GRUPO ETNICO Y SU DISTRIBUCION
MUNICIPIO DE GENOVA C.C. QUEZALTENANGO
AÑO 1975

Area	Indigena	%	Ladina	%
Urbana	441	3.64	959	7.91
Rural	6288	51.90	4428	36.55
Totales	6729	55.54	5387	44.46

Fuente: Censo de Población E.P.S. Feb.- Jul. 75.-

TABLA No. 4

POBLACION ESCOLAR, ALFABETOS Y ANALFABETOS
MUNICIPIO DE GENOVA C.C. QUEZALTENANGO
AÑO 1975

Escolaridad	Total	%
De 7 a 14 años	2943	100.00
Van a la escuela	1218	41.39
No van a la escuela	1725	58.61
Alfabetos	5110	35.51
Analfabetos	9281	64.49

Fuente: Censo de Población E.P.S. Feb. Jul. 75.-

TABLA No. 5

TASAS DE NATALIDAD, DE MORTALIDAD Y CRECIMIENTO VEGETATIVO POR 1000
HABITANTES
MUNICIPIO DE GENOVA C.C. QUEZALTENANGO
AÑO 1975

Tasa de Natalidad	71.31 por 1000 nacidos vivos
Tasa de Mortalidad.....	23.19 " " " "
Tasa de Fecundidad.....	35.5 por 1000 nacidos vivos
Crecimiento Vegetativo	48.12 " " " "
Tasa de Mortalidad Infantil.....	78.70 " " " "
Tasa de Mortalidad Neonatal.....	38.19 " " " "
Tasa de Mortalidad Postnatal.....	40.51 " " " "
Mortalidad Proporcional en menores de 5 años.....	53.3 por 1000 nacidos vivos
Mortinatalidad.....	0 por 1000 nacidos vivos
Tasa de Mortalidad de 1 a 4 años.....	32.83 por 1000 nacidos vivos
Embarazos esperados.....	606
Abortos esperados.....	61
Partos probables.....	545

Fuente: Censo de Población E.P.S. Feb. - Jul. 75.-

TABLA No. 6
MORTALIDAD POR CAUSAS Y GRUPOS DE EDAD
MUNICIPIO DE GENOVA, C.C. QUEZALTEÑANGO
AÑO 1975

Codigo de Enfermedad	GRUPOS DE EDAD							
	0 - 28 d.		1 m. - 11 m		1 a. - 4 a.		5a. - 14 a. -	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
43	21	9.4	13	5.85	16	7.2	5	2.25
16	5	2.25	5	2.25	7	3.15	2	0.90
30	4	1.80	3	1.35	1	0.45	8	3.60
07	1	0.45	-	--	3	1.35	-	--
29	1	0.45	-	--	-	---	3	1.35
26	1	0.45	---	-	---	-	---	-
03	-	--	12	5.40	22	9.90	7	3.15
02	-	--	1	0.45	5	2.25	-	---
10	-	--	1	0.45	-	---	-	---
21	-	--	-	--	1	0.45	---	-

Fuente: Registros de Defunción, Municipalidad de Génova y Centro de Salud.

TABLA No. 7

MORTALIDAD POR GRUPOS ETARIOS
Génova, C. C. Quezalteñango . -
AÑO 1975

EDAD	MUERTES	%
0 - 28 días	33	14.86
1 - 11 meses	35	15.77
1 - 4 años	55	24.77
5 - 14 años	25	11.26
15 años y más	74	33.33
Total	222	100.00

Fuente: Registros de defunción Municipal y Centro de Salud. Génova, C.C.

TABLA No. 8
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN AMBOS SEXOS DE 0-14 AÑOS EDAD
GENOVA, C.C. QUEZALTEÑANGO
1975

Código de Enfermedad	No.	%
16	42	26.25
29	37	23.12
03	25	15.62
20	23	14.37
31	11	6.87
11	7	4.37
44	7	4.37
46	4	2.50
07	3	1.87
30	1	0.62
Totales	160	100.00

Fuente: Archivo del Puesto de Salud, Génova, C.C.

TABLA No. 9
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MOREBILIDAD EN MUJERES DE 15 AÑOS EN ADELANTE
GENOVA, C. C. QUEZALTEÑANGO
1975

Código de Enfermedad	No.	%
16	140	31.32
44	83	18.57
29	69	15.44
03	41	9.17
20	29	6.49
46	23	5.14
31	22	4.92
21	21	4.70
15	10	2.24
30	9	2.01
Totales	447	100.00

Fuente: Archivo del Puesto de Salud, Génova C. C.-

TABLA No. 10
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN HOMBRES DE 15 AÑOS EN ADELANTE
GENOVA, C.C. QUEZALTENANGO
1975

Código de Enfermedad	No.	%
16	104	31.80
29	59	18.04
03	37	11.31
20	29	8.87
44	24	7.34
46	24	7.34
21	23	7.03
31	18	5.50
30	5	1.53
04	4	1.22
Totales	327	100.00

Fuente: Archivo del Puesto de Salud, Génova, C.C.-

EN EL ANEXO, EN TABLA NO. 11, SE MUESTRAN LOS DATOS DE EMBARAZOS ESPERADOS, EMBARAZADAS CUBIERTAS Y MORBILIDAD EN EMBARAZADAS

No. y %
GENOVA, C.C. QUEZALTENANGO
1975

Embarazos esperados	%	Cubiertas	%	Morbilidad	%
606	100.00	69	11.38	23	38.33

Fuente: Archivos del Puesto de Salud. Génova, C.C.-

TABLA No. 12

MORBILIDAD EN EMBARAZADAS
GENOVA, C.C. QUEZALTENANGO
1975

Código de enfermedad	No.	%
21	21	30.43
25	2	2.89
Totales	23	38.32

Fuente: Archivo del Puesto de Salud, Génova C. C.-

ANALISIS:

Antes de iniciar un análisis somero de la situación de la población en general, con mayor énfasis en el grupo Materno-Infantil, cabe hacer la aclaración que por diversas causas, fue imposible hacer el censo en los siguientes lugares: hacienda rural "El Cahulote", finca rural "La Alianza", hacienda rural "Tilapa" y finca rural "La Ceiba".

Como es característico, la pirámide de población muestra una base ancha con una cúspide estrecha, lo que muestra una gran mayoría de población joven con predominio del grupo materno infantil.

Los niños menores de 15 años y las madres en edad reproductiva constituyen alrededor del 68% de la población de Guatemala (2). En el caso del municipio de Génova es el 67.79% de la población total; de ellos corresponde un 47.68% a población joven de menos de 15 años. Es reconocida la susceptibilidad de los grupos más jóvenes de la población, la capacidad potencial femenina de mantener o aumentar rápida o lentamente, el número de elementos humanos de las sociedades (dependiendo de pautas de fecundidad que observe) y la forma y amplitud en que se utilicen los enormes avances de la tecnología médica, establecen un fuerte lazo entre la población y su dinámica, el grupo Materno-Infantil y con la profesión médica (3). Esta situación particular en este caso; pero que refleja en más o en menor medida la realidad actual del país, unido a un sistema social arcaico, una de cuyas manifestaciones del desequilibrio social existente es el bajo nivel de salud de las poblaciones expresada por la alta morbimortalidad del grupo en mención, nos da una pauta de que los programas de salud deben ser cambiados.

Para reforzar lo anterior, haré algunas comparaciones entre las tasas obtenidas en los censos de 1964 y 1973 a nivel nacional y los del municipio de Génova en 1975.

La tasa de natalidad para el año de 1964 fue de 46.0 o/oo y 1973 de 44.4 o/oo a nivel nacional (5), en el municipio de 71.3 o/oo.

Tasa de mortalidad general, 1964:16.0 o/oo; 1973:9.5 o/oo (5) y en el municipio 23, 19 o/oo.

Crecimiento vegetativo, 1964:30.0 o/oo; 1973, 34.9 o/oo (5) y en 1975 (Génova) 48.12 o/oo.

Con los datos anteriores podemos inferir que el comportamiento de la población de Génova, no se aparta completamente del estatus general y que se ha mantenido con cierto margen a través de los años, con cierta tendencia a un aumento en el crecimiento vegetativo (no se pudo obtener el crecimiento general, por no tener los datos de inmigraciones y emigraciones) a expensas de un incremento en el porcentaje en la tasa de natalidad y no por haber decrecido la mortalidad. Este aumento en la tasa de mortalidad condiciona una baja sensible en la esperanza de vida que en Guatemala es de 47 años.

El crecimiento demográfico de la población no sería problema que incidiera negativamente en el individuo, familia o colectividad, si el sistema económico social se comportara en forma diferente.

Según el Dr. Manuel Antonio Girón Mena: "Si los países subdesarrollados o con menos grado de desarrollo que las grandes potencias mundiales, pudieran actuar con mayor independencia política y económica, el crecimiento demográfico por ahora, significaría para muchos, un factor positivo para su desarrollo." (6).

En forma similar se comportan las tasas de mortalidad infantil (78.7 o/oo) y mortalidad neonatal (38.19 o/oo), con tendencia a mantenerse estables y en límites altos comparados con otros países; correspondiendo el 55% de los fallecimientos a menores de 5 años y como causas principales de muertes, a enfermedades infecciosas y parasitarias y del sistema gastrointestinal; ocurriendo éstos en su inmensa mayoría en el área rural, en donde el ambiente hostil juega un papel importante en la morbimortalidad. Hay que hacer notar, que debido a la mala calidad o desconocimiento de asentar las defunciones, en los menores de un año ocupa el primer lugar el Código de Enfer-

medad No. 43, y que la mortalidad sea de 0; cosa que en la realidad es totalmente diferente; lo que en parte se explica por el desconocimiento de la palabra "mortalidad" por las personas encargadas de dicha función.

La morbilidad en el municipio tiene una relación directa con la mortalidad, pues aparecen como causas principales de consulta al Puesto de Salud, las enfermedades con los códigos 16, 29 y 03 que se refieren a enfermedades gastrointestinales infecciosas, parasitarias y respiratorias, que son como vimos anteriormente, las que mayor número de defunciones provocan. Por la forma en que son llevados los libros de Consulta Externa, no fue posible sacar morbilidad por causas en grupos etarios mejor divididos; pero para los fines de trabajo son utilizables.

"La población materna en Guatemala y otros muchos países, se considera como tal a las mujeres en 15 - 44 años". (2). En Génova alcanza en números redondos 2,436 mujeres que en porcentaje llega al 20.1% de la población total; lo cual corresponde a los datos del censo de 1973, para la población total que es de 21.24%, con un índice de masculinidad de 108.9%. Unido a lo anterior la baja cobertura médica de las embarazadas apenas un 11.38% con una morbilidad por causa dentro del grupo cubierto del orden de 33.33% que es elevado y cuya causa primordial es el código 21 (anemia).

Definitivamente lo anterior me hace pensar que con una población femenina elevada en edad fértil y una alta tasa de morbilidad materna la mortalidad pre y postnatal debiera ser significativa, sin embargo, en ningún caso aparece anotada como causa de defunción.

Se explica en parte la baja cobertura médica en embarazadas por las características geográficas, étnicas y sociales de la población. Entre ellas podemos mencionar: la intransitabilidad de los caminos en época lluviosa y lo alejado del Puesto de Salud de las áreas mas pobladas, las costumbres y tradiciones en el grupo étnico (indígena), el analfabetismo y falta de información. Escollos todos ellos superables con una política de salud bien orientada e informada.

El estado educativo de la población lo podríamos resumir en lo siguiente:

En la cabecera municipal funcionan una escuela primaria y un Instituto de Educación Básica por Cooperativa. Escuelas primarias rurales en las aldeas: El Rosario, Bolívar, La Paz, Morazán, San Miguelito; caseríos: El Canutillo, Guadalupe, Sector Méndez; parcelamiento El Reposo con dos escuelas y Talzachún; además escuelas primarias privadas en varias fincas, todas bajo la Supervisión del Distrito Escolar No. 64.

Las familias se encuentran distribuidas en un 90.12% en el área rural, con predominio en 55.54% de grupo indígena y un promedio de miembros de 5.16 por familia, que generalmente viven en hacinamiento. El número de individuos en edad escolar (7 a 14 años) es de 2,943, de quienes un 41.39% acuden a la escuela, contra una deserción de 58.61%; jugando en ella un papel importante, el que en las familias campesinas a cierta edad, pasan a formar parte de la fuerza de trabajo familiar, debido a que las circunstancias les obligan a buscar la forma de aumentar el ingreso. El analfabetismo en general, alcanza un alto grado de 55.05%, lo que nos da un índice de que las escuelas son insuficientes y que hay que mejorar las condiciones socio-económicas de la población para rescatar el grupo de niños que en edad escolar, se constituyen en fuerza de trabajo.

"El grupo indígena tiene su origen en San Martín Chile Verde (Me cos), usan el traje de dicha localidad y su lenguaje es el Mam, aunque la mayoría entiende y habla el idioma español". "Además se observa el fenómeno de la población flotante, constituido básicamente por indígenas del altiplano que son contratados para la época del corte de café, producto que constituye el principal renglón mesurable de subsistencia económica" (1).

SITUACION NUTRICIONAL

TABLA No. 13

SIGNS CLINICOS DE DESNUTRICION EN NUMEROS ABSOLUTOS Y % EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, OBTENIDOS POR MUESTREO.

GENOVA; C. C. QUEZAL TENANGO
AÑO 1975*

** SIGNOS	No.	%
Cabello:		
Fácilmente desprendible	15	18.75
Cambios en textura	3	3.75
Cambios en Color	5	6.25
Cambios en ambos	5	6.25
Conjuntivitis:	6	7.50
Conjuntivas: pálidas	31	38.75
dudosas	6	7.50
Hiperqueratosis folicular:	3	3.75
Edema bilateral de Ms. Is.	4	5.00
Edema generalizado:	2	2.50
TOTALES	80	100.00

* Fuente: Encuesta de situación nutricional de 69 familias (muestreo), realizada en Génova
C. C. Feb. - Jul. 1975.

** Algunos niños tenían más de un signo.-

TABLA No. 14

NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON RETARDO PONDERAL (D. P. C.) (CLASIFICACION DE GOMEZ) Y % EN 80 NIÑOS, OBTENIDOS POR MUESTREO.

GENOVA, C. C. QUEZAL TENANGO
AÑO 1975

ESTADO NUTRICIONAL	No.	%
Normal	41	51.25
** D. P. C. G - I	24	30.00
D. P. C. G - II	11	13.75
D. P. C. G - III	4	5.00
TOTALES	80	100.00

* Fuente: Encuesta de situación nutricional de 69 familias (muestreo), realizada en Génova
C. C. Feb. - Jul. 1975.

** Desnutrición Protéico Calórica.

TABLA No. 15

SITUACION NUTRICIONAL EN NUMEROS ABSOLUTOS Y % EN OCHENTA NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, POR EDADES.

GENOVA, C. C. QUEZAL TENANGO
AÑO 1975 *

Estado Nutricional	0 - 1		1 - 2		2 - 3		3 - 4		4 - 5	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Normal	15	18.75	5	6.25	11	13.75	8	10.00	3	3.75
** D. P. C. G - I	3	3.75	7	8.75	6	7.50	4	5.00	4	5.00
D. P. C. G - II	2	2.50	5	6.25	2	2.50	1	1.25	0	0
D. P. C. G - III	2	2.50	1	1.25	0	0	1	1.25	0	0
TOTALES	22	27.50	18	22.50	19	23.25	14	17.50	7	8.75

* Fuente: Encuesta de situación nutricional de 69 familias (muestreo), realizada en Génova,
C. C. Feb. - Jul. 1975.

** Desnutrición Protéico Calórica (Clasificación de Gómez).

TABLA No. 16

SIGNS CLINICOS DE DESNUTRICION EN NUMEROS ABSOLUTOS Y %, EN MUJERES GESTANTES, CORRESPONDIENTES A LAS SESENTA Y NUEVE FAMILIAS DEL MUESTREO.

GENOVA, C. C. QUEZAL TENANGO
AÑO 1975

SIGNOS	No.	%
Cabello:		
Fácilmente desprendible	1	14.29
Cambio en textura y color	1	14.29
Conjuntivas:		
Pálidas	4	57.14
Dudosas	1	14.29
T. C. S. :		
Edema bilateral de Ms. Is.	1	14.29
Edema generalizado	1	14.29

* Fuente: Encuesta de situación nutricional de 69 familias (muestreo).
Génova, C. C. Feb. - Jul. 1975.

TABLA No. 17
SITUACION ANTROPOMETRICA EN GESTANTES. MUESTRA SESENTA Y NUEVE FAMILIAS
GENOVA, C.C. QUEZALTENANGO
AÑO 1975*

No. Orden	Edad en años	Peso en Lbs.	Talla cms.	Edad de embarazo
1	27 años	122 lbs..	154 cms.	4 m. 8 días
2	24 años	124 lbs.	153 cms.	8 m. 16 días
3	17 años	132 lbs..	148 cms.	5 m. 12 días
4	17 años	136 lbs.	154 cms.	8 m. 10 días
5	24 años	116 lbs.	158 cms.	2 m. 10 días
6	27 años	154 lbs.	161 cms.	7 m. 0 días
7	40 años	122 lbs.	149 cms.	6 m. 0 días

* Fuente: Encuesta de situación nutricional de 69 familias (muestreo), realizada en Génova,
C. C. Feb. Jul. 1975.-

TABLA No. 18

ALIMENTACION FAMILIAR EN SESENTA Y NUEVE FAMILIAS DE LA MUESTRA.
GENOVA, C.C. QUEZALTENANGO
AÑO 1975 *

ALIMENTO	% FAMILIAS	CANTIDAD	VECES/DIA	VECES/SEMANA
MAIZ	100	3 lb.	3	7 días
FRIJOL	100	1.5 lb.	2	6 "
ARROZ	73.91	0.89 lb.	1	4 "
CARNE	100	1.32 lb.	1	3 "
HUEVOS	76.81	1 unidad	1	5 "
PAN	68.11	17 unids.	1-2	7 "
VERDURAS	100	8 doc.	1	3-4 días
LECHE	44.93	6 vasos	1	5-6 "
QUESO	68.11	1.70 lb.	1	6-7 "
FRUTAS	46.38	60 frutas	1	5-7 "

* Fuente: Encuesta de situación nutricional de 69 familias (muestreo) realizada en Génova
C. C. Feb. Jul. 1975.-

TABLA No. 19
DESTETE EN CINCUENTA Y CINCO NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS (MUESTRA)
GENOVA, C. C. QUEZALTENANGO
AÑO 1975 *

GRUPOS DE EDAD	No.	%
Menores de 6 meses		
6 m. a 11 m.	7	12.72
12 m a 17 m.	7	12.72
18 m a 23 m.	21	38.18
24 m a 36 m.	16	20.09
	4	7.27

TOTALES 55 100.00
* Fuente: Encuesta de situación nutricional de 69 familias (muestreo) realizado en Génova,
C. C. Feb.- Jul. 1975.-

TABLA No. 20

INICIO DE ALIMENTACION ARTIFICIAL EXPRESADA EN NUMEROS ABSOLUTOS Y %
EN CINCUENTA Y CINCO NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS (MUESTRA).
GENOVA, C. C. QUEZALTENANGO
AÑO 1975 *

GRUPOS DE EDAD	No.	%
Menores de 6 meses		
6 a 12 meses	14	25.45
13 a 18 meses	36	65.45
	5	9.09

TOTALES 55 100.00
* Fuente: Encuesta de situación nutricional de 69 familias (muestreo) realizada en Génova,
C. C. Feb.- Jul. 1975.-

ANALISIS:

Podríamos iniciar el análisis de la situación nutricional del municipio, trayendo a colación una de las conclusiones del trabajo de Tesis titulado: "Análisis de mortalidad 1973 en Génova, C. C. Quezaltenango", la cual dice literalmente: "La desnutrición es la causa básica y predisponente para que se observen altos porcentajes de defunciones que no se ven en poblaciones bien nutridas". (1).

Cabe hacer la aclaración que la encuesta fue realizada en la cabecera municipal (zona urbana), siendo la situación mucho más dramática en el área rural, pero, podemos tomar los datos obtenidos, como una muestra de lo que está sucediendo.

De la población de niños menores de 5 años, estudiada, el 99% presentaba algún signo clínico de desnutrición (tabla 13); siendo los más sobresalientes: cambios en el cabello y en las conjuntivas y que sin embargo, pasaron desapercibidas para los padres.

El 48.75 % presentaban un grado de desnutrición variable (tabla 14), según la clasificación de Gómez y el grupo más afectado el de 1 a 2 años (tabla 15), ésto se explicaría por el hecho de que la alimentación complementaria se inicia tarde, en la gran mayoría de los casos, después del 6o. mes de vida (tabla 20); la calidad nutricional de los alimentos complementarios es generalmente mala. Estos datos sobre la insuficiente ingesta proteínica y calórica concuerdan con la detención del crecimiento y desarrollo que se observa a partir del cuarto mes de vida (9) en el niño del medio rural y de los sectores urbanos marginales. Además la inadecuada situación nutricional materna, en quienes se observan también signos de desnutrición y medidas antropométricas por debajo de lo ideal (tablas 16 y 17). Este hallazgo sugiere cierto grado de mala nutrición fetal, que probablemente se acentúa como consecuencia de las alteraciones placentarias descritas recientemente en embarazadas con nutrición subóptima (10). En base a lo anterior no es de extrañarse que se encontrara desnutrición en el grupo de menores de 1 año en 8.75 % de los casos (tabla 15); contra la idea general,

El problema de la desnutrición cobra mayor importancia cuando pensamos en el hecho de que el déficit de talla causado por la desnutrición no llega a recuperarse al igual que las repercusiones mentales (8).

Es muy importante mencionar otro aspecto en el análisis de la situación nutricional, y son los alimentos. Se encuestó la alimentación de las madres durante el embarazo y la lactancia, sobre un total de 69 mujeres y de ellas "comen algo más durante el embarazo" únicamente 14 (20.29 %) y además consideran "malo, ingerir ciertos alimentos durante el mismo, como: caldos, recados, frijoles y cítricos", 32 (46.37%); "durante la lactancia, frijoles, aguacate, alimentos fríos", 35 (50.72%). Por último, a pregunta de "qué alimentos consideran malos para el niño de pecho" el 100 respondieron en el orden siguiente: frijoles, carne, chile, alimentos fríos, repollo, grasas.

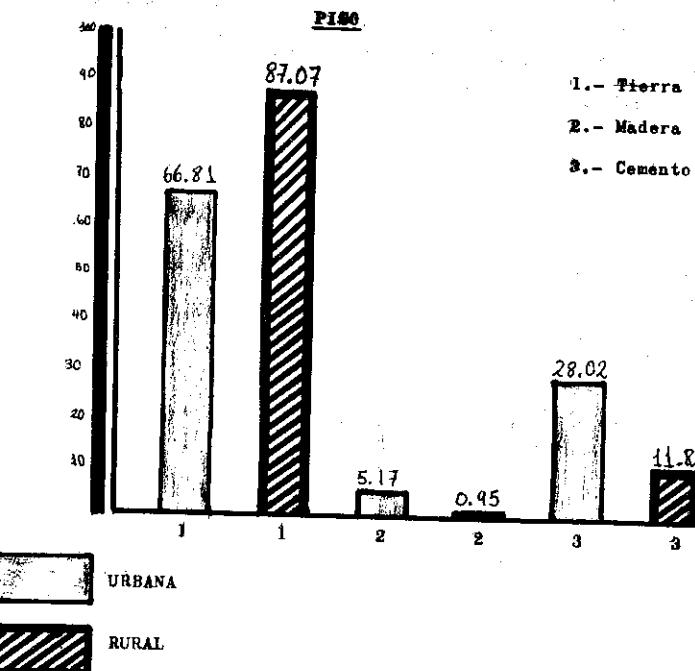
En cuanto a los niños en edad escolar, únicamente 9.64% de ellos recibían alimentación adicional y en edad preescolar el 18.50%. A todo esto se agrega una distribución inequitativa de los alimentos; según estudios recientes llevados a cabo en el Incap, al varón que trabaja se le da la mejor parte de los alimentos familiares (8).

Lo anterior se explica en base a dos cosas. La primera: influencia de las tradiciones y costumbres que han ido pasando de generación en generación, ya que, en los interrogatorios respectivos, la mayoría adquirió estos conceptos por la guía y consejo de sus familiares mayores; teniendo una alimentación a base principalmente de frijol, maíz, pan y queso, quedando la carne, leche y huevos relegados a un segundo plano (tabla 18).

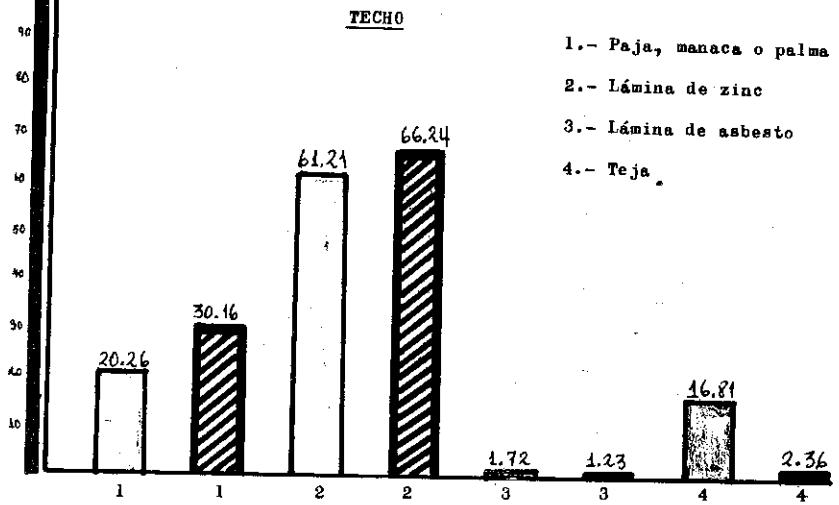
La segunda es la disponibilidad de los alimentos, la cual es mínima si se compara con la población; ésta es limitada por el minifundismo, ausencia de técnicas de producción y conservación, pobreza económica y que los pocos alimentos ricos en proteínas, con frecuencia se venden para satisfacer otras necesidades más urgentes. Además no es posible obtenerlos diariamente en los puestos de distribución. El estado anterior se agudiza más en el área rural donde no cuentan con lugares donde obtenerlos, mucho menos con que pagarlos.

El efecto global de esta serie de circunstancias, son las cifras elevadas de morbilidad y mortalidad que se registran en los grupos más vulnerables, lo que reduce aún más la ya menguada eficiencia nutricional de los alimentos disponibles (18).

EL MEDIO: GRAFICA No. 1



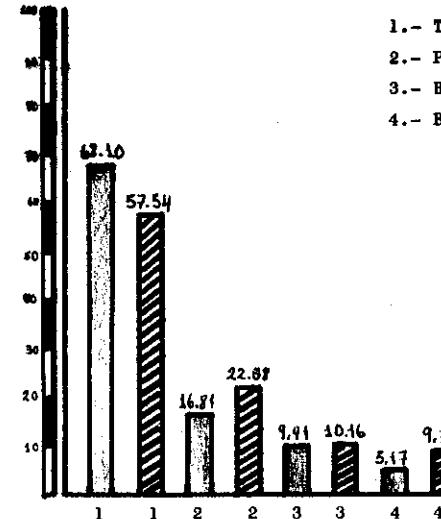
GRAFICA No. 2



GRAFICA No. 3

PAREDES

- 28 -



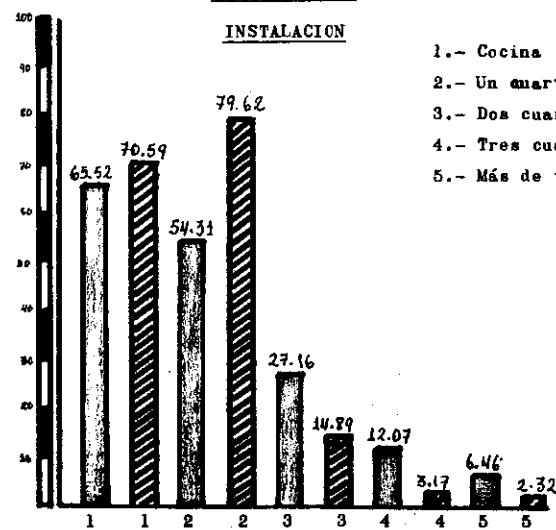
URBANA

RURAL

GRAFICA No. 4

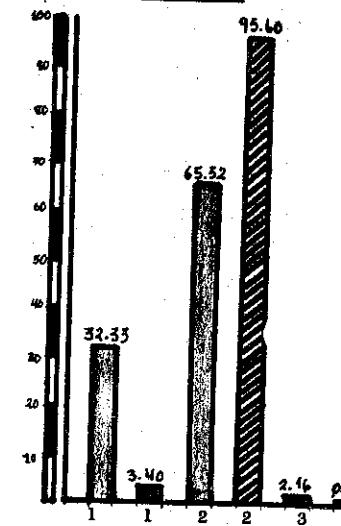
INSTALACION

- 1.- Cocina
- 2.- Un cuarto
- 3.- Dos cuartos
- 4.- Tres cuartos
- 5.- Más de tres cuartos



- 29 -

GRAFICA No. 5

ALUMBRADO

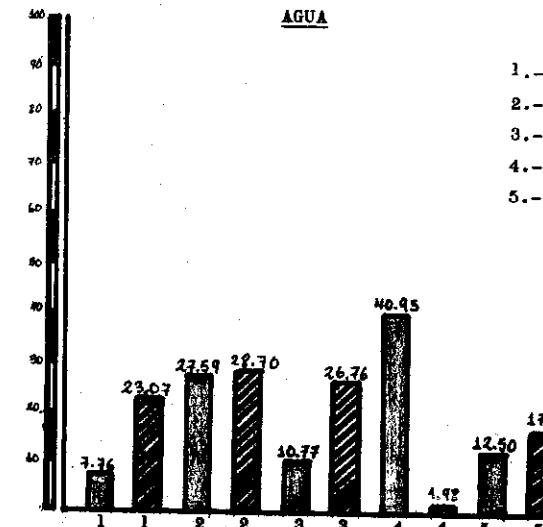
URBANA

RURAL

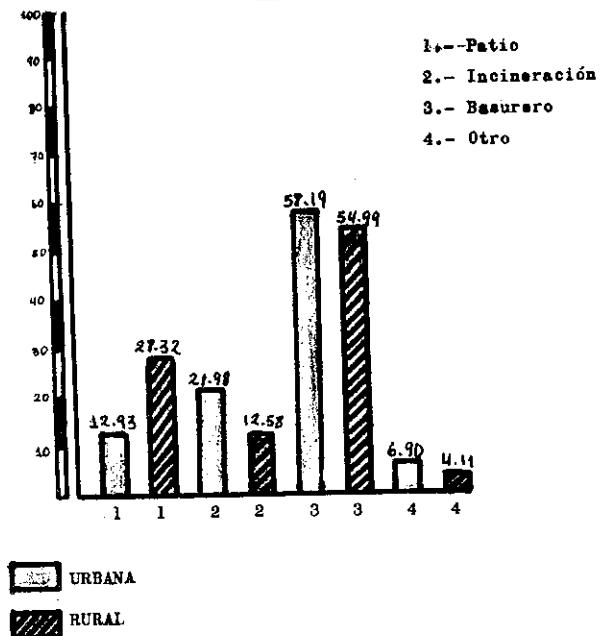
GRAFICA No. 6

AGUA

- 1.- Riachuelo
- 2.- Pozo con brocal
- 3.- Pozo sin brocal
- 4.- Tuberia intradomicilio
- 5.- Tuberia extradomicilio

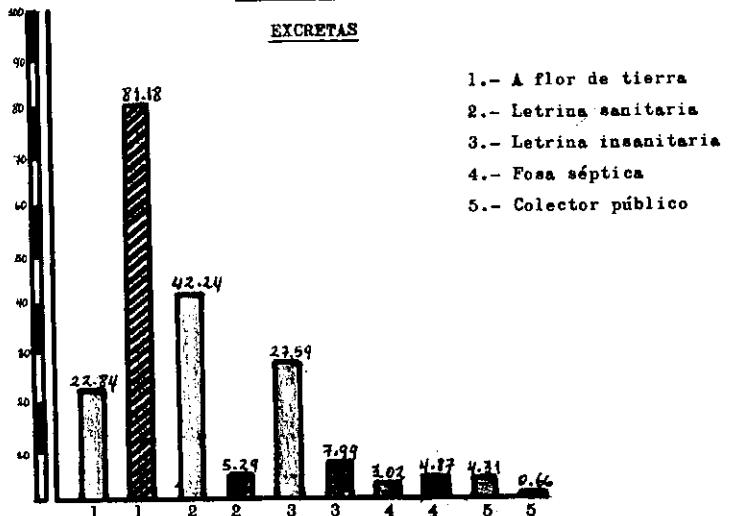


BASURAS



GRAFICA No. 8

EXCRETAS



EL MEDIO

Los siguientes datos se obtuvieron de la encuesta de población vivienda efectuada en el municipio de Génova, C. C. Quezaltenango.

Como se mencionó anteriormente, el municipio de Génova, C. tiene una extensión territorial de 234 Kms. cuadrados y geográficamente localiza en latitud 14° 37' 13" y longitud 91° 50' 05". Situado a metros sobre el nivel del mar (1,085 pies), tiene un clima cálido.

Por las características anteriores el tipo de construcción debeatarse al medio, facilidad de obtención de materiales y recursos económicos siendo en su gran mayoría de paredes de tabique 68. 10% en el área urbana 57. 54% en el área rural; siguiéndole en segundo lugar las paredes de blia, paja o manaca, con un porcentaje de 16. 81% en el área urbana 22. 08% en el área rural (gráfica # 3); en términos generales son bien vedadas por el calor. El techo de lámina de zinc 61. 21% en el área urbana 66. 24% en el área rural, estando siempre en el segundo lugar, la manda o palma, materiales estos fáciles de conseguir por ser costa (gráfica 2). Constan de un cuarto grande 54. 31% (urbano y 79. 62% rural) el cual es utilizado para múltiples funciones, en el que habitan como promedio cinco miembros de una familia, existiendo casos que hay dos familias ocupan una casa, con el consiguiente hacinamiento y predisposición al contagio transmisión de enfermedades. Tienen cocina aparte el 65. 52% (urbano) y 70. 59% (rural).

El alumbrado, aunque la electrificación ha llegado casi a todos los lugares, especialmente la cabecera municipal y fincas grandes, poseen luz intradomiciliaria, en el área urbana 32. 33% y en el área rural, tan solo 3. 40%, prefiriendo el alumbrado con gas (candiles, quinqués, etc.) en el área urbana 65. 52% y en lo rural 95. 60%, notándose la tendencia de gente a usar los medios tradicionales,

El piso comunmente es de tierra que se puede barrer pero no lavar, 66. 81% urbano y 87. 04% rural, solamente 28. 02 en área urbana 11. 82% en área rural tienen piso de cemento.

Con relación al abasto de agua, en la cabecera 40.95% tienen tubería individual en su domicilio y 12.50% de chorros públicos; ésta es obtenida de una fuente cercana que en la época seca disminuye su caudal y no es sometida a tratamiento de purificación, esto es de pozos con o sin brocal. En el área rural cambia el panorama, pues el agua es obtenida de pozos 54.40% y el 23.07% de riachuelos y ésta no es hervida ni filtrada (gráfica 6).

En la cabecera existe el proyecto de captar el agua de una fuente cercana Finca La Ceiba, para aumentar el caudal.

En cuanto a la eliminación de excretas, en la cabecera existe sistema de drenajes, el cual a estas alturas ya debe haber mejorado, porque se había iniciado un proyecto de ejecución a corto plazo, de adoquinamiento de calles, y remodelación de drenajes para agua de lluvia (alcantarillado); es importante hacer notar que el lugar donde desembocan las aguas servidas (dentro del perímetro de la ciudad) se ha transformado en un criadero de insectos transmisores de enfermedades (especialmente zancudos) y por ende foco de contaminación, pues no reciben ningún tratamiento como: estancamientos, uso de petróleo o insecticidas y larvicidas. Llama la atención que apesar de existir colector público como se mencionó, solo el 4.31% de la población hace uso adecuado del mismo; usando letrina sanitaria 42.24% y a flor de tierra 22.34% (gráfica 8) y esto en la población urbana; en el área rural 81.18% a flor de tierra.

El depósito de basura, el basurero municipal, es usado por 58.19% lo que es biodegradable y el sistema de incineración en 21.58%, creyendo importante formar este último, por ser el más conveniente (gráfica 7).

De tal manera, con lo anteriormente expuesto, la comunidad enfrenta un macroambiente francamente hostil y capaz de enfermar, de allí que sea comprensible que las principales causas de morbi-mortalidad, involucren los sistemas gastro intestinal y respiratorio (ver población). De aquí podemos inferir la importancia que tiene el elemento ambiente en la triada: agente - ambiente - huésped, como causa de enfermedad y muerte.

SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA

TABLA No. 21

FORMAS SIMPLES DE TENENCIA DE LA TIERRA EN NUMEROS ABSOLUTOS Y % DE SESENTA Y NUEVE FAMILIAS ENCUESTADAS

GENOVA, C.C. QUEZALTENANGO

AÑO 1975 *

FORMAS SIMPLES DE TENENCIA	No. de Familias	%
Propia	8	11.59
Arrendada	14	20.28
A medias	1	1.44
Usufructo	1	1.44
TOTALES	24	34.75

* Fuente: Encuesta realizada por muestreo, cabecera municipal, Génova, C.C. Año 1975.

TABLA No. 22

SUPERFICIE EN CUERDAS DE LAS FORMAS SIMPLES DE TENENCIA DE LA TIERRA EN NUMEROS ABSOLUTOS Y %, EN LAS FAMILIAS ENCUESTADAS.

GENOVA, C. C. QUEZALTENANGO

AÑO 1975 *

**CUERDAS	No. Familias	%
1 a 10	10	41.67
11 a 20	6	25.00
21 a 30	2	8.33
31 a 40	1	4.17
41 a 50	3	12.50
51 a 60	1	4.17
61 a 70	1	4.17
TOTALES	24	100.00

* Fuente: Encuesta realizada por muestreo, cabecera municipal, Génova C.C. Año 1975.

**Cuerda: 25 por 25 varas = 625 varas cuadradas.

TABLA No. 23

PRODUCCION OBTENIDA DE MAIZ, FRIJOL, ARROZ, POR CUERDA EN ZONA ENCUESTADA.
GENOVA, C. C. QUEZALTENANGO
AÑO 1975 *

PRODUCTO	PRODUCCION EN QUINTAL	IDEAL
Maiz	2	5
Arroz	2	5
Frijol	1½	2½

* Fuente: Encuesta realizada por muestreo, cabecera municipal, Génova, C.C. Año 1975.

TABLA No. 24

EXISTENCIA DE ANIMALES DE PRODUCCION EN NUMEROS ABSOLUTOS Y % EN LAS
FAMILIAS ENCUESTADAS

GENOVA, C. C. QUEZALTENANGO
AÑO 1975*

ANIMAL	FAMILIAS	%
Gallinas	25	36.23
Patos	18	26.09
Chompipes	2	2.90
Cerdos	18	26.09
Vacunos	7	10.14

* Fuente: Encuesta realizada por muestreo, cabecera municipal, Génova, C. C. Año 1975.

TABLA No. 25

Ocupacion de los JEFES DE FAMILIA, EN NUMEROS ABSOLUTOS Y % EN SESENTA Y
NUEVE FAMILIAS ENCUESTADAS POR MAESTREO.

GENOVA, C. C. QUEZALTENANGO
AÑO 1975*

Ocupacion	No.	%
Trabaja por su cuenta	28	40.58
Jornalero	21	30.43
Otros	19	27.54
Cuadrillero	1	1.45
TOTALES	69	100.00

* Fuente: Encuesta realizada por muestreo, cabecera municipal, Génova, C.C. Año 1975.

ANALISIS:

Con los datos anteriormente presentados, es difícil formarse una imagen de la situación social y económica de la población; sin embargo, después de 6 meses de haber estado en contacto íntimo con la comunidad, durante el Ejercicio Profesional Supervisado Rural (E. P. S.), pude dar cuenta de múltiples circunstancias y hechos, los cuales trataré de plasmar a través de un comentario general.

No es sorprendente ni novedoso, el que la injusta distribución de la riqueza y el sistema de clases imperantes, traiga consigo como rémora una serie de insatisfacciones personales de orden material y espiritual, y que en el campo de la salud se traduzca en un individuo, familia o comunidad enfermos o capaces de enfermar en un momento dado.

Vimos anteriormente, como la dieta de la población es pobre en elementos nutritivos, por la poca disponibilidad de los alimentos y los recursos económicos indigentes.

Básicamente, los ingresos económicos de la región, están en desventaja, la agricultura eminentemente y la ganadería. Dentro del régimen de la agricultura ocupan lugar preferencial el café y el hule que son cultivados en fincas de gran extensión, cuyos propietarios generalmente radican fuera del municipio y ocupan jornaleros que hacen el grueso de la población. Existen pequeños agricultores que arrendan tierra en su mayoría (tabla 21) cuya extensión territorial no pasa en el 66.67% de los casos de 20 cuerdas (tabla 22), dedicándola al cultivo de granos básicos, como maíz, arroz y frijol, quienes a su vez son ayudados por mozos pagados (70.85%), usando herramientas tradicionales, a ningún sistema de mecanización; con abono de tipo orgánico (broza), las más de las veces, lo que al final arroja una cosecha exigua por cuerda (tabla 23), la cual es empleada en su mayor parte, al consumo familiar y el resto a la venta; una familia de la encuestada cultiva café para la venta.

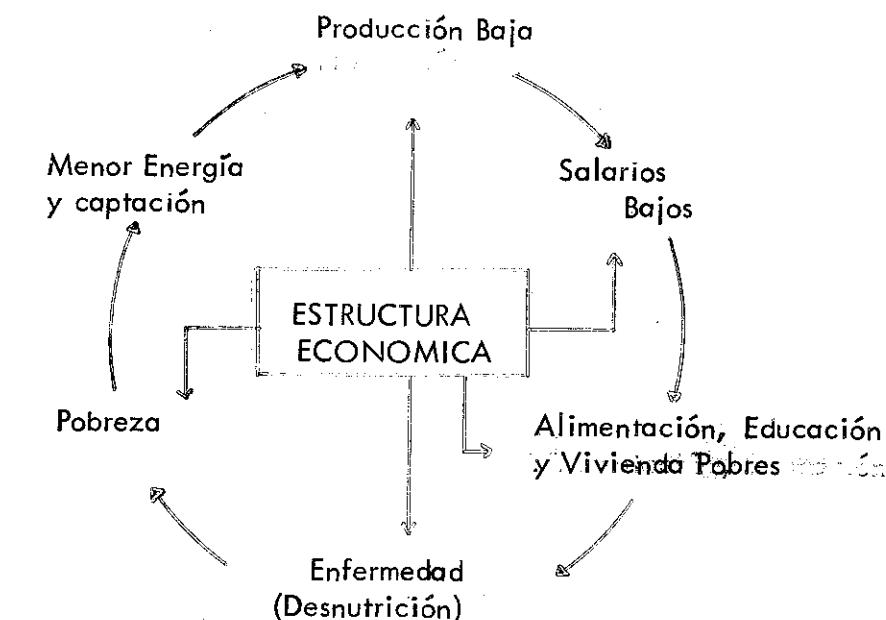
En cuanto a la fuerza de trabajo (ocupación), en el área rural son jornaleros o mozos de fincas, devengando salarios que oscilan entre Q0.75 a Q1.25 diarios; en el área urbana cambia un poco la situación: el 40.58 % de la población trabaja por su cuenta y un 30.43% son jornaleros (tabla 25); la gente de la comunidad tiene diferentes fuentes de trabajo que le permiten el ingreso económico para el sostenimiento de la familia, estando entre estos: Maestros de Educación Primaria Urbana y Rural, empleados municipales, Receptor Fiscal, policías militares, choferes, empleados de telégrafos, comerciantes, ferrocarrileros, contratistas, etc.

Hay dos parcelamientos, en uno de ellos se fundó una cooperativa para la explotación del té de limón y fracasó.

La producción de ganado vacuno es importante pero en escasas familias, siendo éste principalmente cebú - brahaman, para consumo interno y exportación.

La producción pecuaria podríamos decir que no existe y las pocas aves de corral y cerdos que poseen las familias son destinados a la venta para proveerse de artículos más urgentes. No existe producción artesanal ni fabril.

Esto nos muestra una población dedicada al cultivo de la tierra como fuente mas importante de trabajo, con un promedio anual de ingreso por familia de Q 303.57 aproximadamente, o sea Q 54.20 per cápita. Ello ocurre como consecuencia de la concentración del capital en pocas manos y merma el poder adquisitivo de la población, a salarios de subsistencia, lo que nos confirma una relación de dependencia entre economía y salud, que lo podemos resumir en el círculo vicioso de la pobreza, la ignorancia y la enfermedad de Horwitz (1960), que reproduzco a continuación con algunas modificaciones producto de la experiencia obtenida en la práctica.



La forma de tenencia de tierra, determina una estructura de propiedad privada básicamente en forma de minifundio, con escasas seis familias mas o menos, propietarias de grandes fincas.

PERCEPCION DEL PROBLEMA

I. Por parte de la comunidad:

A las mismas familias escogidas para la muestra, les fue pasado un cuestionario y los resultados cuantificados se dan a continuación:

TABLA No. 26

ATENCION DEL PARTO, TIPO DE ATENCION DESEADO Y LUGAR DE ATENCION, EN NUMEROS ABSOLUTOS Y %, EN MUJERES DE FAMILIAS ENCUESTADAS.

GENOVA, C. C. QUEZALTEGO
AÑO 1975

TIPO DE ATENCION	No.	%
ATENCION DEL ULTIMO PARTO		
Médico		
Médico	10	14.49
Comadrona	55	79.71
Enfermera	2	2.90
Nulípara	2	2.90
TIPO DE ATENCION DESEADO		
Médico		
Médico	39	56.52
Comadrona	26	37.68
Enfermera	4	5.80
LUGAR DE ATENCION DESEADO		
Casa		
Casa	27	39.13
Casa de Salud	11	15.94
Hospital	31	44.93

Fuente: Encuesta realizada por muestreo, cabecera municipal Génova, C. C. Año 1975.

Grafica No. 11

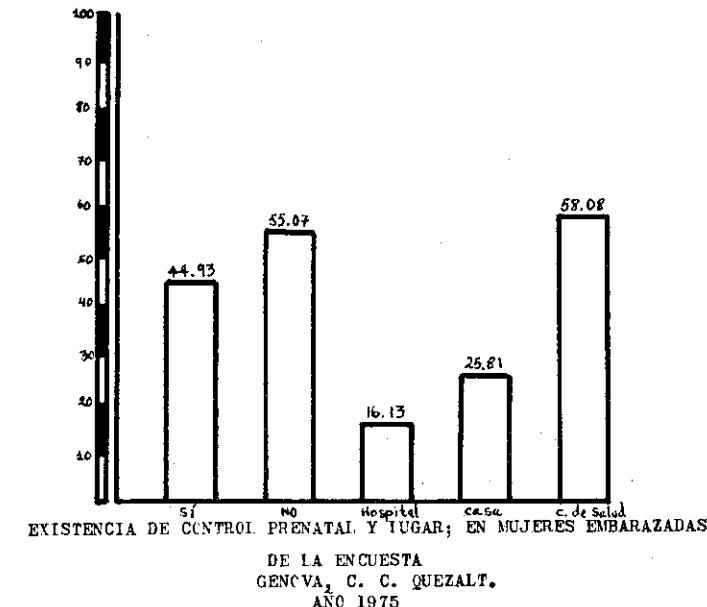
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

SI	20.29%
NO	79.71%

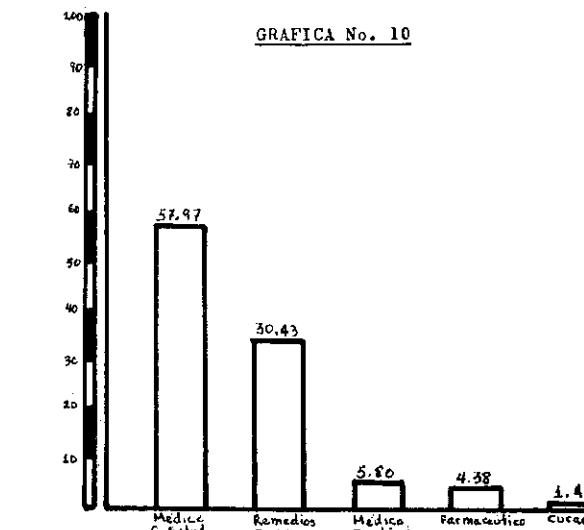
CONTROL DEL NIÑO SANO

SI	19.27%
NO	72.46

GRAFICA No. 9



GRAFICA No. 10



Fuente: Encuesta realizada por muestreo, cabecera municipal,
Génova, C. C. Año 1975.-

II. POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD LOCAL

Para investigar este parámetro se pasó el cuestionario respectivo a la señorita Enfermera Auxiliar del Puesto de Salud (único personal); quien es nulípara, en vista de que estos datos no se pueden presentar en cuadros, se incluirán en el comentario.

ANALISIS :

En cuanto a la percepción del problema de salud por la comunidad, evidentemente existen ideas equivocadas, ignorancia de aspectos importantes, como la desnutrición, medidas higiénicas, eliminación de excretas; pero existe una tendencia a la aceptación de normas de salud, como el control prenatal. Sin embargo, la escasez de lugares donde llevar un control prenatal adecuado, control del niño sano, etc. (dos puestos de salud en el municipio); agregado a las distancias que la mayoría de los vecinos tienen que recorrer la mayor parte de las veces a pie y lo inadecuado de las vías de comunicación etc., obliga a las personas a hacer uso de los recursos a su alcance.

Analizando las tablas y gráficas, tenemos que la mayoría de las mujeres encuestadas, su último parto fue atendido por comadrona empírica 79.71% y solo 14.49% por médico (tabla 25), de los cuales tuvieron control prenatal 44.93%. (gráfica 9). Del 100% de mujeres que tuvieron control prenatal, 58.08% fue llevado por el puesto de salud local. A la pregunta sobre la conveniencia del control prenatal, 95.65% contestaron afirmativamente poniendo como razones principales "por mayor seguridad a la hora de una complicación", o "porque se pueden prevenir problemas"; al igual sucede con la atención hospitalaria del parto, contestando afirmativamente 85.51% y comorazones: "porque a la hora de una complicación es donde mejor pueden resolvérta". Dado que existe aceptación en porcentajes altos de la población, la cobertura durante el embarazo se debe incentivar, siendo una de las formas más factibles, adiestrando comadronas para que a la hora de detectar una complicación, sirvan como elementos de referencia al puesto de salud u hospital.

En lo referente a la cobertura del niño, 79.71% de las madres entrevistadas no llevan a su niño a control de niño sano, usando el puesto de salud o médico, solo en caso de enfermedad. El 30.43% (gráfica 10), iniciaron el tratamiento primario con remedios caseros, basados en experiencias previas con resultados satisfactorios; ahora bien, hacen la aclaración que en casos extremos, cuando ven frustrada su experiencia, acuden al médico. Al preguntarles de que se enferman más comúnmente los niños, respondieron en orden decreciente: diarreas, catarros, fiebres, parásitos; lo que concuerda con la morbilidad encontrada (ver daños); pero ignoran las causas predisponentes o desencadenantes de las enfermedades, lo que al final viene a ser lo importante, para adoptar medidas de prevención; cosa igual ocurre con la causa más frecuente de muerte, respondiendo: parásitos, infección intestinal, fiebres, sarampión; esta última debida probablemente a una epidemia de sarampión que hubo y que causó varias muertes. La morbilidad materna la colocan como sigue: cefaleas, males del estómago, gripe, fiebres.

En general podemos concluir, que la población tiene un desconocimiento de la situación global de salud del municipio, lo que se refleja por ejemplo, en una casi completa ignorancia de lo que es desnutrición 85.51%, y de allí que los signos clínicos de desnutrición sean muchas veces atribuidos a causas mágicas, como "el ojo" y no a carencias alimenticias. El poco conocimiento de aspectos aislados de salud, está influenciado por vivencias personales. Unido a lo anterior, está el inicio tardío de la alimentación suplementaria; la venta de los productos de valor alimenticio para agenciarse de otras cosas, la práctica de eliminación de excretas flor de tierra y el beber agua no sometida a ningún tratamiento, que demuestran que no los consideran causa directa de enfermedad.

El personal del puesto de salud, tiene varios años de laborar en la región, además que es personal adiestrado y tiene un conocimiento claro de las causas de morbimortalidad, formas de prevención y algunas normas de recuperación de la salud.

IX. CONCLUSIONES:

- 1a. - La primera parte de la hipótesis formulada no se rechaza, por el contrario, se acepta que la mayoría de los daños que se presentan en el grupo materno-infantil, son prevenibles con acciones concretas contra las causas de estos daños, que en su mayoría son de origen infecioso y nutricional, teniendo éstos como causa determinante, la situación socioeconómica de las personas.
- 2a. - La segunda parte de la hipótesis no se rechaza en el sentido que la percepción y la conciencia que se tiene del problema materno-infantil, varía entre la comunidad y el personal de salud local, así como el enfoque de las posibles soluciones.
- 3a. - La calidad de los registros clínicos de defunción dejan mucho que desear, por ser asentadas por personal no idóneo, lo que influye en no tener un conocimiento exacto de las causas de mortalidad.
- 4a. - La población se caracteriza por mostrar una gran mayoría de elementos jóvenes menores de 15 años 47.68% económicamente dependientes; con predominio del grupo materno-infantil constituyendo el 67.79 % del total, asentada en el 88.45% en el área rural; lo que los convierte en un grupo susceptible.
- 5a. - La tasa de mortalidad general de 23.19‰; la mortalidad infantil de 78.70‰ y una esperanza de vida corta (47 años +) son indicadores de la situación de salud existentes y ponen de manifiesto el desequilibrio social que prevalece y nos dan una pauta de que los programas de salud deben ser reformados para que tengan un impacto positivo.
- 6a. - Las principales causas de morbi-mortalidad en los diferentes grupos etarios, fueron enfermedades infecciosas y parasitarias y del sistema gastrointestinal, todas prevenibles con acciones concretas.
- 7a. - La desnutrición es causa asociada o directa de muerte y alcanza en la población estudiada un porcentaje del 47.5% independientemente del grado.

- 8a. - La vivienda representativa del municipio está caracterizada por: piso de tierra, techo de lámina de zinc, no tiene cielo, paredes de tabla, un cuarto con cocina, alumbrado de gas, agua de pozo con sin brocal, excretas a flor de tierra y basura depositada en basurero por biodegradación; con un promedio de 5.16 habitantes por vivienda, todo lo cual la convierte en un ambiente capaz de producir enfermedad.
- 9a. - Existe un alto índice de analfabetismo 64.49%, con una deserción escolar que alcanza 58.61%, debido la mayoría de las veces que los niños en edad escolar se convierten en fuerza de trabajo familiar, la existencia de población flotante y la escasez de escuelas.
- 10a. - La injusta distribución de la riqueza, la concentración del capital en pocas manos, el sistema de minifundismo, la explotación agrícola con recursos arcaicos, conforma una población eminentemente agrícola con poder adquisitivo bajo, apenas de Q 303.57 anual por familia, sumida a un estado de subsistencia y estado nutricional subóptimo.
- 11a. - La ignorancia, el desconocimiento del problema de salud existente; una situación socio-económica indigente; la poca proyección de los programas de salud a la comunidad, determinan las condiciones de salud actuales.

X. RECOMENDACIONES:

- 1a. - Dignificar al hombre mediante una distribución justa de la riqueza, procurando su promoción hasta lograr un completo bienestar social, físico y mental.
- 2a. - Mejorar la calidad del registro de los daños, especialmente en lo que se refiere a mortalidad, delegando esta función en el médico E. P. S. o personal idóneo, lo que contribuirá a un mejor conocimiento de los factores determinantes del nivel de salud nacional y mediante un análisis, al diseño de las medidas conducentes a modificarlos favorablemente.
- 3a. - Elaborar e impulsar programas de atención materno-infantil de acuerdo a las características de la región, en base a trabajos de investigación y control de daños como el presente, para evitar la dilución de recursos humanos y materiales.
- 4a. - Organizar grupos de trabajo integrados por miembros de la comunidad que planifiquen, coordinen y ejecuten programas de cobertura sanitaria con mayor énfasis en el grupo materno-infantil, bajo la dirección de la jefatura de área o el E. P. S.
- 5a. - Incrementar y dar impulso a los programas que tiendan al desarrollo agrícola, los cuales redundarán en una mayor producción que vendrá a mejorar el poder adquisitivo de las familias. Esto se logrará mediante el uso de abonos químicos, la mecanización agrícola, la diversificación y regionalización de los cultivos.
- 6a. - Rescatar a los niños de edad escolar, como fuerza de trabajo familiar. Incrementar el proceso educativo, haciendo programas que pueden aplicarse en el área rural y que permitan oportunidades para que prosigan sus estudios.
- 7a. - Fomentar el E. P. S. y aumentar a dos el número de los mismos, con el objeto de lograr una mejor cobertura.
- 8a. - Adiestrar a las comadronas de la comunidad, ya que juegan un papel importante en la atención materna, con el propósito de que sirvan de elementos de referencia hacia el puesto de salud y/u hospital de los casos de alto riesgo, para disminuir la morbi-mortalidad materna.
- 9a. - Que se incluyan en el currículum de la Facultad de Ciencias Médicas, cursos de medicina preventiva.

BIOGRAFIA

1. - Chicas Soto Julio; Análisis de Mortalidad 1973, en Génova C. C., Quetzaltenango. Estudio Retrospectivo sistemático de las causas de defunción ocurridas en el Municipio de Génova C. C. en el año de 1973. Tesis de grado. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. Mayo 1973. 26 pp.
2. - Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad Ciencias Médicas. Fase III. Ciencias de la Conducta. Salud Materno-Infantil. Mimeográficos 17pp.
3. - De Fortín Annette; Sánchez Rómulo; Waldheim Carlos. Universidad San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Salud Materno-Infantil. Mimeográficos 10 pp.
4. - Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad Ciencias Médicas. Atención Materno-Infantil 1973. Información general sobre la situación del grupo Materno-Infantil en Guatemala. Mimeográficos 13 pp.
5. - Guatemala. Dirección General de Estadística. Anuario estadístico 1973. 273 pp.
6. - Girón Manuel Antonio; Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Fase I. XXV Congreso Nacional de Medicina. Explosión demográfica en Guatemala mito o realidad. Mimeográficos 6 pp.
7. - Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad Ciencias Médicas. Fase III. Ciencias de la conducta. Interpretación acerca de la información general sobre la situación del grupo Materno-Infantil en Guatemala. Mimeográficos 4 pp.
8. - Viteri Fernando; Alvarado Jorge; Béhar Moisés. El problema de la nutrición proteínico-calórica en el Istmo Centroamericano Monografía No. 7. Diciembre 1970. 245 pp.
9. - Evaluación nutricional de la población de Centro América y Panamá. Guatemala. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP); Oficina de Investigaciones Internacionales de los Institutos Nacionales de Salud (EEUU); Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala, 1969, 136 pp. y 5 anexos.

- 10.- Canosa, C. A., Dayton, D. H., Filer, L. J. and Fomon, S. J.: Placental biochemical modifications in malnourished mothers belonging to rural areas in Guatemala. En: XII Congreso Internacional de Pediatría. Memorias, Vol. III, Impresiones Modernas, S. A., México 1968, p. 83.
- 11.- López Víctor, Nuila Héctor. Protocolo de Investigación EPs, 1er. semestre. Facultad de Ciencias Médicas. Fase III. Mimeográficos 13 pp.
- 12.- Archivos del Puesto de Salud de Génova C. C., Quezaltenango.
- 13.- Archivos de la Municipalidad de Génova C. C., Quezaltenango.

ANEXO:

CÓDIGO DE ENFERMEDAD:

- 01 Fiebre Tifoidea
- 02 Disentería bacilar y amebiasis
- 03 Enteritis y otras enfermedades diarréicas
- 04 Tuberculosis del Aparato Respiratorio
- 05 Otras Tuberculosis, incluyendo efectos tardíos
- 06 Difteria
- 07 Tosferina
- 08 Angina estreptocócica y escarlatina
- 09 Infecciones meningocócicas
- 10 Poliomielitis aguda
- 11 Viruela
- 12 Sarampión
- 13 Tifus y otras rickettiosis
- 14 Paludismo
- 15 Sífilis y sus secuelas
- 16 Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias
- 17 Tumores malignos, incluyendo los neoplasmas de tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos
- 18 Tumores benignos y tumores de naturaleza no especificada
- 19 Diabetes mellitus
- 20 Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales
- 21 Anemias
- 22 Meningitis
- 23 Fiebre reumática activa
- 24 Enfermedades reumáticas crónicas del corazón
- 25 Enfermedades hipertensivas
- 26 Enfermedades isquémicas del corazón
- 27 Otras enfermedades del corazón
- 28 Enfermedades cerebrovasculares
- 29 Influenza
- 30 Neumonía

- 31. Bronquitis, enfisema y asma
- 32. Ulcera péptica
- 33. Apendicitis
- 34. Obstrucción intestinal y hernia
- 35. Cirrosis hepática
- 36. Nefritis y nefrosis
- 37. Desnutrición protéico y calórica
- 38. Aborto
- 39. Otras complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio, parto sin mención de complicaciones.
- 40. Anomalías congénitas
- 41. Lesiones al nacer, distócicos y otras afecciones
- Anóxicas o hipóxicas perinatales
- 42. Otras causas de mortalidad perinatal
- 43. Síntomas y estados morbosos mal definidos
- 44. Todas las demás enfermedades
- 45. Accidentes de vehículos de motor
- 46. Los demás accidentes
- 47. Suicidio y lesiones autoinflingidas
- 48. Las demás causas externas.

Guillermo
Edwin Rovaldo Menéndez R.

Hector
Dr. Héctor A. Nuila E.

JR
Dr. José Ramiro Samayoa R.

José S. García Noval
Director de Fase III.

Dr. José S. García Noval
Director en funciones.

Mariano Guerrero
Secretario General
Dr. Mariano Guerrero R.

Vo. Bo.

Carlos A. Soto Gómez
Decano

Dr. Carlos A. Soto Gómez