The background of the cover features a large, embossed circular seal of the Academia de Ciencias Médicas de Guatemala. The seal contains a central shield with a figure on horseback, a mountain, and a child. Above the shield is a crown and a banner with the word 'PLUS'. To the right is another banner with 'ULTRA'. The outer ring of the seal contains the Latin text 'ACADEMIA SCIENTIARUM MEDICARUM GUATEMALENSIS INTER' and 'CONSPICUA CAROLINA'.

**"DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA POBLACION
MATERNO-INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE
SAN LUIS JILOTEPEQUE, JALAPA"**

HUGO ROLANDO RODAS VELASQUEZ

Guatemala, mayo de 1976

CONTENIDO

1. Introducción
2. Antecedentes
3. Justificación
4. Hipótesis
5. Objetivos
6. Material y Métodos
7. Análisis y Discusión de Resultados
 - 7.1 Descripción del Area de Trabajo
 - 7.1.1 Situación Geográfica
 - 7.1.1 Historia y Costumbres
 - 7.1.3 Población
 - 7.2 Factores Condicionantes y Determinantes
 - 7.2.1 Educación
 - 7.2.2 Medio
 - 7.2.2.1 Vivienda
 - 7.2.2.2 Saneamiento
 - 7.2.3 Aspectos Socio-culturales
 - 7.2.4 Aspectos Socio-económicos
 - 7.3 Daños
 - 7.3.1 Mortalidad
 - 7.3.2 Morbilidad
 - 7.3.3 Situación Nutricional en menores de 5 años
 - 7.4 Percepción de la Situación de Salud Materno-Infantil por la comunidad
8. Interpretación y Comentarios
9. Conclusiones

1. INTRODUCCION

El presente trabajo de Tesis se realizó en el municipio de San Luis Jilotepeque, Departamento de Jalapa, durante el primer semestre de 1975, con el fin de determinar el riesgo de enfermar y morir a que está sometido el grupo Materno-Infantil, al cual se le sitúa como el grupo más susceptible y de mayor número de habitantes y, al que por ende debe dársele prioridad de atención por los servicios de salud. Es de hacer notar además que actualmente no existen datos reales de la situación Materno-Infantil y por lo consiguiente no existe el diagnóstico que deba servir de base para el establecimiento de programas de atención que nos permitan no sólo garantizar un buen servicio sino lograr coberturas que puedan causar impacto dentro de la población.

Es así como a través de toda la investigación se hace un análisis de la situación y se determina la incidencia de la morbilidad y la mortalidad que afecta al grupo Materno-Infantil, así como, también aspectos socio-económicos y socio-culturales de tal grupo, complementado con una evaluación nutricional a menores de cinco años mediante el estudio de una muestra representativa de la población infantil. Finalmente se trata de establecer como la comunidad y el personal que labora en salud percibe la situación de salud del grupo Materno-Infantil.

No sólo por la investigación realizada sino además por las vivencias tenidas durante la práctica en el area rural, creo que el factor de mayor trascendencia e importancia como causante de daños no sólo dentro de la población Materno-Infantil, sino en la población en general es la situación socio-económica y los esfuerzos deben encaminarse a resolver totalmente esta situación.

Siendo ésta la primera investigación en el municipio que en este campo se realiza, no considero haber agotado el tema; se pretende presentar ciertas bases que puedan servir de punto de partida en la elaboración y ejecución de programas con buena orientación y dirección en un futuro.

2. ANTECEDENTES

En la población de San Luis Jilotepeque, Jalapa, no existe ningún trabajo sobre aspectos de salud, por lo anterior se asume que el trabajo que se presenta es el primero en su género, deseándose que llene su cometido para su posterior utilización en la planificación y ejecución de diferentes programas que en el futuro se lleven a cabo.

3. JUSTIFICACION

Actualmente en el municipio de San Luis Jilotepeque, Jalapa, no existe un programa de atención Materno-Infantil, que proteja a ese grupo en mención y para la implementación de programas que pudieran tener un impacto significativo en dicho grupo no se cuenta con un diagnóstico real y completo de la situación, a pesar de esto se cuenta con algunos datos sobre el número y porcentaje de los grupos etarios según censos anteriores de población. No se ha hecho ningún estudio en la colectividad, ni en el personal de salud en cuanto a la percepción y conducta mostrada ante la problemática Materno-Infantil, no se ha hecho un estudio socio-económico de la comunidad. Todavía se sustentan algunos criterios equivocados en cuanto al tipo de atención de la mujer embarazada, pues se le da más importancia a la atención institucionalizada 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.

4. HIPOTESIS

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

4.2. 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.

5. 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 establecido.
2. Contribuir, mediante un diagnóstico preciso, a la orientación de los programas de atención Materno-Infantil, que se pongan en marcha.
3. Determinar la percepción que las comunidades y el personal de salud tienen de la situación y de la problemática del grupo Materno-Infantil, así como su orientación para la solución de la misma.

6. MATERIAL Y METODOS

A). Material:

- 1) Población de San Luis Jilotepeque Urbana y Rural.
- 2) Familias de la Comunidad investigada Urbana y Rural.
- 3) Libros del Registro Civil de la Alcaldía municipal.
- 4) Archivos del Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública.
- 5) Muestra de 110 familias de la comunidad urbana que se investigaron

- 6) Viviendas urbanas y rurales del municipio.
- 7) Protocolo de Investigación elaborado por la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 8) Instrumentos de trabajo (4), proporcionados por la dirección del Programa de E.P.S., rural de la Facultad de Ciencias Médicas, estos son:
 - a) Encuesta de población total del municipio, a este instrumento se incluía el estudio del medio.
 - b) Encuesta Clínico Nutricional y Antropométrica.
 - c) Encuesta Socio-cultural y Socio-económica:
 - c.1 Hábitos y creencias sobre los alimentos.
 - c.2 Medios de producción.
 - c.3 Producción y Consumo Pecuario.
 - c.4 Fuerza de trabajo.
 - c.4.1 Otras actividades desarrolladas por personas de la familia.
 - c.5 Ingreso económico familiar.
 - d) Percepción de la situación Materno-Infantil por la comunidad y por el personal de salud local.
- 9) Mapas de la región proporcionados por la alcaldía municipal.

B) Métodos:

a) Inductivo: (realizado en cuatro instrumentos).

1. Encuesta general de la población del municipio (urbana y rural).
2. Revisión de archivos para determinar las tasas, causas y edades de las defunciones del año 1974.
3. Revisión de los archivos del Centro de Salud de la localidad, para determinar la morbilidad existente en los años 1974-1975 y, buscar las principales causas de esta.
4. Encuesta socio-económica de una muestra representativa de la población, para determinar la incidencia directa de esta sobre la morbilidad y mortalidad de la comunidad.
5. Encuesta sobre la situación nutricional del grupo infantil y pre-escolar en una muestra representativa.

b) Deductivo:

1. Aplicación de fórmulas estadísticas, para determinar tasas, índices y otros indicadores.
2. Tabulación en encuestas realizadas.
3. Análisis de los datos tabulados para su estudio.

Para establecer la muestra se utilizó el sistema de muestreo sistemático de inicio al azar. De esta forma se investigó a 110 familias del área urbana que representan al 10o/o de la población urbana total, a estas familias se les encuestó utilizando los instrumentos

de cada año.

7.1.3. Población;

La población de San Luis Jilotepeque es predominantemente indígena, teniendo una población total de 10,823 habitantes, determinados en una encuesta realizada en los meses de abril, mayo y junio de 1975.* La población total está compuesta por una población rural que es de 5,937 habitantes, siendo el 54.58o/o de la población total, la población urbana es de 4,886 habitantes formando el 45.15o/o de la población total.

La población rural tiene la característica de tener aldeas de habitantes solamente pertenecientes al grupo indígena y otras eminentemente ladinas.

El grupo familiar está constituido por padres e hijos generalmente, donde la dirección del mismo está dado por el padre; a la unión de los hijos para formar otra pareja, pasan a ser independientes, siempre recibiendo o aceptando una ayuda de sus padres (material o espiritual) si esta es dada.

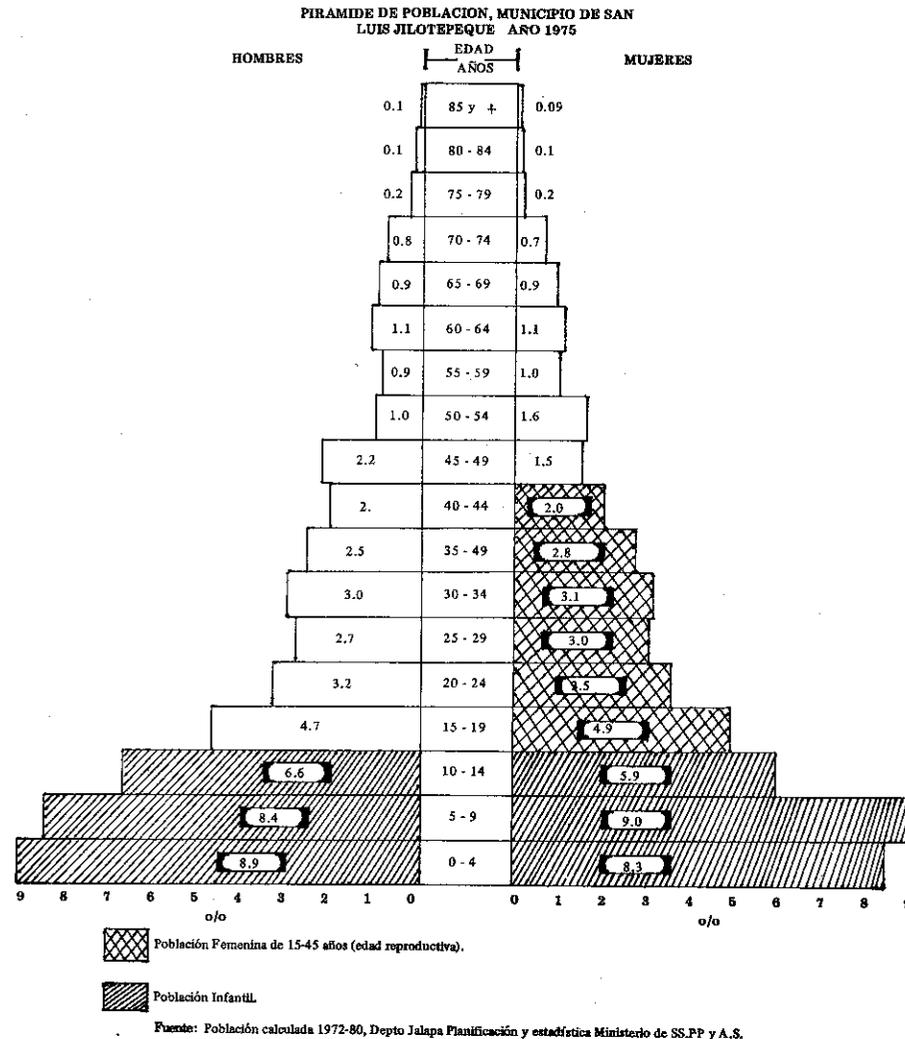
El promedio de habitantes por familia es de 5 personas. Un porcentaje considerable de los pobladores indígenas generalmente emigran a sembrar a la costa norte y al Petén, este fenómeno migracional es estacional y en algunos casos permanente y se determinó como real, ya que al pasarse la encuesta se encontraron muchas casas vacías, refiriendo los vecinos que se habían ido a sembrar a otra región.

* Encuesta, de población realizada por el E.P.S., personal de salud local y personal magisterial del municipio de San Luis Jilotepeque.

CUADRO No. 1

POBLACION MATERNO INFANTIL URBANA Y RURAL SEGUN ENCUESTA POBLACIONAL EFECTUADA EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS JILOTEPEQUE JAPALA, EN LOS MESES DE ABRIL MAYO Y JUNIO DE 1975.

Grupo etario:	Urbano	o/o	Rural	o/o	Total	o/o
0 - 1 año	172	1.59	206	1.87	378	3.46
1 - 2 años	172	1.59	206	1.87	378	3.46
2 - 3 años	164	1.52	193	1.78	357	3.30
3 - 4 años	177	1.63	208	1.92	385	3.55
4 - 5 años	224	2.07	263	2.43	487	4.50
5 - 14 años	1,182	10.92	1,368	12.64	2,550	23.56
15 - 44 años (fem.)	1,057	9.76	1,284	11.86	2,341	21.62
Total: (Grupo M-I)	3,148	29.08	3,728	34.37	6,876	63.45



Nos damos cuenta por los datos anteriormente expuestos que el grupo Materno-infantil constituye más de la mitad de la población del municipio, siendo el 63.45o/o de la población total, situación que hace de este grupo el más importante, no sólo por razón de número, sino por estar sometido a mayor riesgo a causa de diversos factores entre los que se destaca primordialmente el socio-económico.

CUADRO No2

EMBARAZOS, ABORTOS ESPERADOS Y PARTOS PROBABLES SEGUN ENCUESTA EFECTUADA EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS JILOTEPEQUE, EN EL AÑO DE 1975.

Casos Obstétricos:	Area Urbana		Area Rural		Total	
	Urbana	o/o	Rural	o/o	Total	o/o
Embarazos Esperados:	244	45.14	287	54.86	541	100
Abortos Esperados:	24	45.14	30	54.86	54	100
Partos Probables	220	45.16	287	54.86	487	100

Entre otros datos observamos los siguientes indicadores del fenómeno poblacional del municipio: la tasa de fecundidad es de 108 por mil mujeres en edad fértil. La tasa de natalidad es de 5 6.38 por mil habitantes y finalmente el crecimiento vegetativo es de 43.02 por mil habitantes, ya que se estima que la tasa de mortalidad general es de 13.36 por mil habitantes.*

7.2 Factores Condicionantes y Determinantes

7.2.1. Educación:

7.2.1.1. Escolaridad:

La escolaridad en el municipio es muy deficiente ya que como un problema socio-cultural está latente; en el estudio realizado se determinó la gran prevalencia de analfabetos en la región y por lo consiguiente la mayoría son los padres de familia,

* 1975 = 10,823 habitantes, asumir que el incremento anual de la población es igual al 2.5o/o (lo que corresponde a toda la república).

1974 = 10,553 habitantes.

ya que son las personas mayores del conglomerado, el porcentaje mayor de analfabetos son del grupo indígena.

CUADRO No. 3

ANALFABETOS Y ALFABETOS ENTRE LA POBLACION DE SAN LUIS JILOTEPEQUE SEGUN ENCUESTA REALIZADA EN EL AÑO 1975

Escolaridad	Urbana	o/o	Rural	o/o	Total	o/o
Alfabetos:	1,434	42.63	1,930	57.37	3,364	40.89
Analfabetos:*	2,126	43.88	2,718	56.11	4,844	59.01
Total:	3,560	43.37	4,648	56.62	8,208	99.99

* Analfabetos: Se tomaron como tal a todos los niños mayores de 8 años que no sabían leer ni escribir y que no tenían la posibilidad actualmente de aprender (se tomo de 8 años de edad, porque según referían la generalidad de los padres de familia, los niños de siete años eran muy pequeños para ir a la escuela y aún no podían defenderse de los demás niños escolares).

CUADRO No. 4

LA ESCOLARIDAD EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS JILOTEPEQUE, JALAPA, EN NIÑOS DE 7 A 14 AÑOS DE EDAD, SEGUN ENCUESTA EFECTUADA EN EL AÑO 1975

Niños en edad escolar:	Urbana	o/o	Rural	o/o	Total	o/o
Asisten a la escuela:	539	47.65	592	52.34	1,131	50.40
No asisten a la escuela:	455	40.88	658	59.11.	1,113	49.59
Total:	994	44.29	1,250	55.70	2,244	99.99

El cuadro anterior nos expone claramente el número de niños tan considerable en edad escolar, que no asisten a la escuela.

El municipio de San Luis Jilotepeque posee una escuela rural por aldea, la cabecera posee además de la escuela primaria un instituto de educación básica creado por cooperativa.

CUADRO No. 6

VIVIENDA: SUS CARACTERÍSTICAS, SEGUN AREA URBANA Y RURAL EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS JILOTEPEQUE, JALAPA DE ACUERDO A ESTUDIO REALIZADO DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 1975

Piso de la Casa:	URBANA		RURAL		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
De tierra	837	43.01	1,109	56.98	1,946	90.80
De madera	4	100.00	----	----	4	.18
De cemento	40	86.95	6	13.04	46	2.14
Otros	130	88.43	17	11.56	147	6.85
Techo de la Casa:						
Paja, manaca	62	57.40	46	42.59	108	5.03
Lámina de Zinc	3	100.00	----	----	3	.13
Lámina de Asbesto	8	100.00	----	----	8	.37
Teja	939	46.37	1,086	53.69	2,025	94.44
Terraza	----	----	----	----	----	----
Cielo Raso:						
No tiene	926	45.25	1,120	54.74	2,046	98.27
Machimbre	28	100.00	----	----	28	1.34
Cartón	5	100.00	----	----	5	.24
Tela	----	----	----	----	----	----
Tabla	12	----	11	----	23	1.10
Paredes de la Casa:						
Palma, paja o manaca	----	----	----	----	----	----
Adobe o bajareque	817	43.18	1,075	56.88	1,892	94.45
Block	2	100.00	----	----	2	.009
Ladrillo	----	----	----	----	----	----
Varilla de caña de maíz	52	47.70	57	52.29	109	5.44
Habitaciones de la Casa:						
Cocina más un cuarto	681	60.05	453	39.94	1,134	40.79
De un cuarto	661	51.04	634	48.95	1,295	46.58
De dos cuartos	224	86.61	34	13.38	254	9.13
De tres cuartos	42	79.24	11	20.75	53	1.00
Más de tres cuartos	44	100.00	----	----	44	1.58
Alumbrado de la Casa:						
Eléctrico	178	100.00	----	----	178	8.26
Gas (candil)	816	44.27	1,027	55.72	1,843	85.56
Candela	8	12.50	56	87.50	64	2.97
Ocote	9	13.04	60	86.95	69	3.20
Agua de la Casa:						
Riachuelo	5	45	1,098	99.54	1,103	51.49
Pozo con Brocal	6	35.29	11	64.70	17	.79
Pozo sin Brocal	8	25.80	23	74.19	31	1.44
Tubería intradomiciliaria	369	19.00	----	----	369	17.22
Tubería extradomiciliaria	622	100.00	----	----	622	29.03
Basuras de la Casa:						
Patio	856	43.05	1,132	56.94	1,988	97.88
Incineración	51	100.00	----	----	51	2.51
Basurero	95	100.00	----	----	95	4.67
Servicio municipal	6	100.00	----	----	6	.29
Otros	11	100.00	----	----	11	.54
Excretas de la Casa:						
A flor de tierra	856	42.56	1,120	57.43	1,950	90.90
Letrina Sanitaria	145	100.00	----	----	145	6.75
Letrina Insanitaria	25	67.56	12	32.43	37	1.72
Fosa Séptica	----	----	----	----	----	----
Coléctor Público	13	100.00	----	----	13	.60

7.2.2. El medio y sus características:

La vivienda como se evidencia en el cuadro anterior nos da las características crudenciales y adversas de su real situación, donde su gran mayoría no reúne las mínimas condiciones habitacionales y por ende sanitarias, incidiendo esto directamente en el estado mórbido que se desarrolla la población.

La vivienda carece totalmente de un plan técnico-científico, al igual de un proceso urbanístico que determinara por lo menos en parte el de mantener un adecuado desarrollo de saneamiento ambiental.

El problema de la vivienda se acentúa más en el área rural, donde las condiciones son más precarias y aisladas completamente de los procesos desarrollistas actuales, no sólo por la situación geográfica generalmente difícil, sino por el abandono de sus autoridades a nivel local, no digamos a nivel técnico.

Después de leer la breve descripción general de las características del medio, vamos a desglosar ligeramente como esto genera los problemas de salud en la comunidad.

Las casas tienen en su mayoría el "piso" de tierra, a esto, todos conocemos que es casi imposible evitar la contaminación por medio del polvo, no sólo a nivel de los materiales, sino de lo que se respira, los techos en su mayoría de teja no tienen cielo raso, esto ayuda a que sean muy ventiladas y en tiempo de invierno muy húmedas; el hacinamiento es inevitable ya que la mayoría de casas tienen uno o dos cuartos y el promedio de habitantes por familia es de cinco miembros.

Las construcciones no gozan de una adecuada iluminación y ventilación, si esta última se dejara produciría con el aire aumento de la contaminación por el polvo, a esto se suma que la mayoría se alumbraba con "candil" de gas.

El agua tanto para el consumo del hogar como, para la higiene personal es un serio problema para la mayoría de los habitantes quienes la tienen que "acarrear", esto además genera el riesgo de contaminación; las basuras casi en el porcentaje total son "depositadas" en los patios al aire libre.

Por último, las excretas en el 90o/o son depositadas a flor de tierra.

Al analizar lo anterior y si tomamos al medio como total predisponente de los problemas de salud del municipio, por las características tan hostiles a que los expone en la comunidad y además determinamos que el sistema en que vivimos es capitalista, caemos en un fenómeno complejo y difícil de resolver, que nos imposibilita actualmente a poseer un medio apropiado, ya que nuestra comunidad es de condiciones económicas precarias; esto también nos demuestra que a la transformación del ambiente los problemas de salud serían evitables.

7.2.3 Aspectos Socio-Culturales:

a. Hábitos y creencias sobre los alimentos:

La dieta familiar se determinó a través de una encuesta efectuada a una muestra de 110 familias dentro de la población urbana del municipio.

A continuación se enumeran los alimentos que en importancia se ingieren en el municipio (se dice importancia de acuerdo a la frecuencia en que se consumen).

La dieta principal está constituida por maíz, frijol y café que es ingerida por el 100o/o de las familias entrevistadas, las cantidades varían desde 3 a 6 tortillas, el frijol varía desde medio a un plato*, el café de una a dos tazas, esto lo ingieren desde 1 hasta

* Esta medida es subjetiva ya que no se midió ni se peso el plato.

3 veces por día, dependiendo esto de la situación económica y del apetito individual, el 90o/o de las familias lo ingieren siete veces a la semana.

El resto de alimentos que componen la dieta familiar en menor porcentaje que en su mayoría no sobrepasa el 30o/o, tenemos arroz, papa, pan, vegetales, frutas, crema, pescado e incaparina, estos dos últimos menos del 10 por ciento.

Entre los alimentos de origen animal ricos en proteínas de alto valor biológico, como la leche, carne y huevos son consumidos, entre el 30 y 45o/o de la población, no más de una unidad (1 vaso, 1 huevo, por ej.), una sola vez al día y no todos los días de la semana.

b. Alimentación de la embarazada y niños;

En lo que corresponde a los alimentos de la embarazada y de los niños de diferentes edades (0 a 1 año, pre-escolares, escolares) no tienen ningún tipo de alimentación adicional, sólo la leche materna en el caso de lactantes. La lactancia Materna es usada por el 100o/o de las madres, con un destete promedio de un año y medio; generalmente sólo le retiran el pecho cuando se les "va" la leche, o piensan que le está dañando al niño por tenerla "mala", secundariamente a una infección sistémica o localizada (mastitis).

c. Alimentación adicional de lactantes:

Esta generalmente la comienzan como promedio al noveno mes de vida, consistiendo en los mismos alimentos de la familia; la inician con frecuencia con caldo de frijol, arroz, gúisquil etc.

d. Alimentos considerados "malos" por la población:

1. Durante el Embarazo:

No refieren ningún alimento determinado, para que

afecte el embarazo, solamente refieren algunos que les "caen mal", por ej: el limón.

2. Durante la lactancia:

El 80o/o de madres refieren que el aguacate por ser fresco "le cae mal al niño", además en menor porcentaje mencionan el coco, la mantequilla, el elote, el pescado, jugos ácidos etc., siempre refiriéndose que son frescos o ácidos dañando por eso al niño de pecho.

3. Para el niño de pecho:

Los alimentos que refieren "que le caen mal" al niño de pecho son: carne, frijol, chipilín, tomate, produciéndoles estos cólicos y diarrea.

7.2.4 Situación Socio Económica:

La situación socio-económica se estudió desde diferentes puntos de vista, ya que se tomaron varios aspectos, aunque no fué un estudio lo suficientemente profundo si da ideas claras y precisas de la precaria situación económica en que viven los habitantes del municipio de San Luis Jilotepeque, así encontramos:

7.2.4.1. Medios de Producción:

1. Tenencia de la tierra:

La utilización de la tierra en la comunidad es un factor primordial, para la subsistencia familiar, ya que el pueblo es eminentemente agrícola; por lo anterior la tenencia de la tierra para medio de producción es vital. El porcentaje de familias que podríamos decir que viven de la producción agrícola es el 91o/o., de esto observamos que sólo el 9o/o de las familias de la comunidad tienen otros medios de producción.

CUADRO No. 6

TENENCIA DE LA TIERRA COMO MEDIO DE PRODUCCION EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS JILOTEPEQUE, SEGUN ENCUESTA EFECTUADA EN EL AÑO 1975

Tenencia de la Tierra:	Porcentaje	Extensión promedio
Tierra en propiedad	34o/o	71 cuerdas*
Tierra en arrendamiento:	61o/o	22 cuerdas
Tierra en Posesión:	1o/o	-----
Tierra en mediero:	2o/o	-----
Tierra en usufructo:	2o/o	-----

* una cuerda es = a 16 x 16 varas.

Como se observa en el cuadro anterior la cantidad de tierra que se cultiva en propiedad tiene una extensión considerable, no así las tierras arrendadas que son cultivadas por el gran porcentaje de familias y que tienen una reducida extensión, para la producción, siendo esto por lo tanto paradójico.

2. Tenencia de los instrumentos de trabajo:

Los instrumentos de trabajo utilizados para la producción agrícola son propiedad de la familia en el 100o/o de los casos.

Los instrumentos usados en las labores agrícolas son:

- a) "Sembrador": pequeño recipiente que se prensa sobre el abdomen, donde llevan los granos que siembran.
- b) Azadón.
- c) Machete "Pando": Utilizado para la limpieza del campo

donde se siembra.

- d) Machete "filo": Generalmente como auxiliar, se usa para cortar leña para su posterior utilización en el fuego.
- e) "Güisucte": Especie de barreta para abrir los hoyos donde se depositan los granos.

Como podemos darnos cuenta los instrumentos de trabajo, aunque propios son totalmente rudimentarios, actualmente la comunidad agrícola no cuenta con ningún programa de tecnificación, en la encuesta no se tuvieron datos sobre el uso de tractores, arado, etc., como un ejemplo de desarrollo agrícola.

La población cuenta con un asesor agrícola, que inicio su trabajo el año del estudio, como un plan de extensión agrícola de Digesa.

3. Fuerza de Trabajo:

La fuerza de trabajo en la comunidad no cuenta con ninguna calificación técnica-laboral; como se mencionó anteriormente la mayoría de esta es absorbida en la agricultura en forma de jornales para la época de siembra, ganando de Q. 0.75 a Q. 1.00, sumando a esto uno o dos tiempos de comida, los que ganan Q. 1.00 por jornal son menos del 180/o de este grupo, los jornaleros son absorbidos por los que poseen las grandes extensiones de tierra para cultivar.

La segunda característica importante en cuanto a la utilización de la fuerza de trabajo es la de los que trabajan por su cuenta, esto sucede ya que una cantidad considerable de trabajadores arrendan una pequeña cantidad de tierra, para su cultivo, generalmente para producir granos, para su consumo alimentario; esta fuerza en su gran mayoría trabajan también como jornaleros ya que por la baja producción y la mano de obra barata necesitan más ocupaciones para subsistir.

Esto viene a poner al trabajador en un desajuste, en cuanto al esfuerzo laboral que tiene que desarrollar, para subsistir, como se mencionó anteriormente la mano de obra barata, lo hace buscar otros medios para mejorar su situación financiera, arrendando una pequeña extensión de tierra, que le proporcione por lo menos granos básicos, para su consumo durante determinada época; todas estas situaciones que se dan podemos enmarcarlo dentro del marco conceptual de una triple explotación, así: el habitante del área rural trabaja al que posee grandes extensiones de tierra, quien le paga una mano de obra barata, además este mismo es quien le arrenda la tierra, pagándole el campesino, ya sea con parte de la producción o con los salarios ganados en los jornales, ya que la producción de granos básicos que es lo que él cultiva, no es lo suficiente para la utilización en la venta, en cambio el que posee las grandes extensiones de tierra es el que vende el producto.

Las fuerzas de colono y cuadrillero son mínimas en la comunidad.

En tiempo de verano generalmente los trabajadores agrícolas se ocupan en la producción de materiales de construcción en pequeña escala (producen teja, adobe, etc.).

4. Producción:

a) Producción Artesanal:

Existe en la comunidad una pequeña industria de alfarería; donde la gente produce aisladamente cántaros de barro, piedras de moler y sombreros de palma; los cántaros de barro son vendidos a intermediarios a Q. 0.40 el par, las piedras de moler a Q. 1.50 cada una, las bandas de entrelazado de palma para la procesación de sombreros a Q. 0.30 cada una.

Actualmente no existe ninguna cooperativa en la comunidad que trate de proteger la producción y su venta para obtener mejores ganancias.

Los cántaros los fabrican las amas de casa e hijas de los hogares indígenas en sus ratos libres, produciendo algunas veces dos docenas promedio al mes.

b) Producción Agrícola:

En la comunidad el medio fundamental y más elevado de producción es el agrícola, donde cultivan principalmente o casi totalmente, maíz, frijol y maicillo.

La producción por cuerda de maíz era generalmente de 1 1/3 de quintal, actualmente ha disminuido a 2/3 de quintal, al igual el frijol que era de 2/3 de quintal ha disminuido a 1/3 del mismo aproximadamente; esto dentro de otras cosas ha sido secundario a que en los últimos tres años ha disminuido considerablemente la lluvia en la región.

La mayoría de la producción la usan primordialmente para el consumo, siendo muy pocas las familias que producen lo suficiente para comercialarlo.

c) Producción Pecuaria:

Esta clase de producción está reducida a un pequeño grupo familiar de ladinos, quienes sacan productos lácteos, para uso personal y la venta (leche, queso, crema, requesón), representa el 60/o de la población.

Existe en pequeña escala la producción de marranos en el grupo indígena, utilizándolos para la venta.

CUADRO No. 7

CANTIDAD Y TIPO DE ANIMALES DOMESTICOS QUE POSEE CADA FAMILIA, SEGUN ENCUESTA EFECTUADA EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS JILOTEPEQUE, JALAPA EN EL AÑO DE 1975

Clase de Animal:	Porcentaje de familias que lo poseen	Número de Unidades promedio	Precio X Unidad.
Gallinas:	19o/o	5 U.	-
Cerdos:	42o/o	2 U.	Q.20.00
Vacas:	6o/o	3 U.	-
Caballos:	4o/o	-	-
Mulas:	2o/o	-	-
Machos:	2o/o	-	-

Como puede verse la cantidad de animales es mínima y no puede decirse que constituya un modo de producción, pues escasamente contribuyen al consumo familiar.

d) Trabajo Familiar:

Generalmente es el jefe de la familia en la mayoría de familias quien trabaja con la ayuda de sus hijos mayores (ambos sexos), la esposa trabaja en los oficios domésticos y elaborando cántaros para ayudar al ingreso económico familiar.

CUADRO No. 8

MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE TRABAJAN PARA OBTENCION DEL INGRESO ECONOMICO FAMILIAR, SEGUN ENCUESTA EFECTUADA EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS JILOTEPEQUE, JALAPA, EN EL AÑO DE 1975

Número de miembros de la familia que trabajan	Porcentaje
Trabaja sólo un miembro:	49 o/o
Trabajan dos miembros:	47 o/o
Trabajan tres miembros:	4 o/o

Donde se refiere a miembros de la familia que trabajan es refiriéndose a los trabajadores que tienen sus funciones fuera del hogar.

Ingreso económico familiar:

El ingreso económico familiar según se pudo determinar en el estudio, está reducido a cantidades ínfimas, teniendo en promedio los siguientes ingresos:

1. Ingreso económico familiar Anual:	En especie*	en efectivo	
	Q. 215.09	Q. 258.88	
2. Ingreso económico per cápita:	Anual	Mensual	Diario
	Q. 94.79	Q. 7.89	Q.0.263

* El ingreso en especie es un ingreso subjetivo, ya que los productos han tenido un alza constante en el precio y la producción ha disminuido en los tres últimos años, como se mencionó anteriormente.

Al observar las cifras anteriores, parece increíble que sean estos los valores con que se desenvuelve económicamente la mayoría de los pobladores en la comunidad; deduciendo de esto que a la comunidad le es imposible tener una adecuada supervivencia en todo sentido, ya que se encuentra no digamos limitada sino imposibilitada de lograrla con las cantidades económicas irrisorias a las que se mantiene expuesta actualmente, en una sociedad eminentemente de consumo.

7.3 Daños:

Para determinar el daño dentro de la población Materno-infantil en el municipio bajo estudio se procedió haciendo un análisis de la morbilidad y mortalidad, así como una evaluación nutricional a niños menores de cinco años, tomando una muestra representativa de 180 niños de la población urbana.

1. Mortalidad:

Los datos fueron obtenidos del Registro Civil de la localidad.

El porcentaje de mortalidad de niños menores de cinco años es de 37 o/o del total de muertes registradas y, aunque los diagnósticos de defunción fueron dados por personas empíricas en conocimientos de medicina, dejan claro que las enfermedades infecciosas, sobre todo las gastrointestinales y respiratorias, así como la desnutrición ocupan lugar importante como causa de muerte (ver cuadro No. 10).

Cuadro No. 9

TASAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS EN LA POBLACION DE SAN LUIS JILOTEPEQUE, JALAPA, EN EL AÑO DE 1974

Grupo etario:	Tasas
Menores de 1 año:	50.43*
Niños de 1 a 4 años:	20.96**

* Por mil nacidos vivos

** Por mil habitantes de 1 a 4 años.

Al observar las tasas de mortalidad y el porcentaje de defunciones de niños de menos de cinco años de edad, nos damos cuenta que son bajas, en relación a las tasas de mortalidad promedio que se registran en la república; esto es difícil de comprender, ya que la comunidad tiene una situación similar a la mayoría en cuanto a las condiciones precarias que prevalecen y en la que estas comunidades se desenvuelven, pienso que debe existir un sub-registro en la comunidad, más acentuado en los Recién Nacidos menores de un mes, los cuales ocasionan mayor problema en trámites y gastos, esto se debe que tienen que acentar la partida de nacimiento y la certificación de la defunción.

CUADRO No. 10

DIAGNOSTICOS QUE APARECEN COMO PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE, DENTRO DE LA POBLACION DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, EN EL REGISTRO CIVIL DE SAN LUIS JILOTEPEQUE, JALAPA EN EL AÑO DE 1974.

Diagnósticos en niños de 0 a 1 año de edad:			Diagnóstico en niños de 1 a 4 años de edad:			
No.		o/o	No.		o/o	
1.	Hidropesía	5	16.6	Hidropesía	4	17.39
2.	Enteritis	3	10.0	Disentería	3	17.04
3.	Pulmonía	3	10.0	Bronquitis	1	4.34
4.	Disentería	4	13.3	Enteritis	3	13.04
5.	Inanición	3	10.0	Gripe	2	8.69
6.	Gripe	4	13.3	Pulmonía	2	8.69
7.	Fiebre	3	10.0	Fiebre	4	17.39
8.	Diarrea	2	6.6	Diarrea	3	13.04
9.	Bronquitis	2	6.6	Infección Intestinal	1	4.34
10.	Sarampión	1	3.3	Otros	0	---

En relación a la mortalidad materna llama la atención que sólo se registra un caso de muerte, con "diagnóstico" de fiebre puerperal (la mortalidad materna se refiere a causa propiamente obstétrica).

Esto se debe quizá a que las defunciones si suceden, es en el hospital, donde se trasladan rápidamente los pacientes que presentan problemas en el momento del parto o post-parto.

2. Morbilidad:

El estudio de morbilidad se basó en la revisión de los archivos del Centro de Salud de San Luis Jilotepeque, en un período comprendido del 1o. de julio de 1974 al 30 de junio de 1975, pensando que las causas que ocasionan la demanda de atención médica, son un buen índice de la morbilidad de la población.

CUADRO No. 11

DIAGNOSTICOS QUE APARECEN COMO PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE LA POBLACION DE NIÑOS MENORES DE QUINCE AÑOS, EN LOS ARCHIVOS DEL CENTRO DE SALUD DE SAN LUIS JILOTEPEQUE, EN LOS AÑOS 1974-1975.

Diagnóstico por edad:

Niños menores de 1 año:	Niños de 1 a 4 años:	Niños de 5 a 14 años.
1. I.R.S.	1. D.P.C.	1. D.P.C.
2. Diarrea Inespecífica	2. Diarrea inespecifica	2. Parasitismo intestinal
3. Diarrea Infecciosa	3. Piodermitis	3. Anemia.
4. Diarrea Amebiana	4. Parasitismo intestinal	4. Amigdalitis
5. Bronquitis	5. Amigdalitis	5. Piodermitis
6. Bronconeumonía	6. Anemia	6. Fiebre Tifoidea
7. D.P.C.	7. Otitis Media	7. Parotiditis
8. G.E.C.A.	8. Conjuntivitis	8. Avitaminosis
9. Dermatitis Amoniacaal	9. Diarrea Amebiana	9. Dermatitis
10. Moniliasis Oral.	10. Bronconeumonías	10. T.B. Gangliar.

La morbilidad obstétrica en el programa de atención prenatal, el cual en su consulta es reducido, se registraron muy pocos casos, siendo estos en su totalidad de Toxemias del embarazo. La consulta registrada en los archivos nos da otras patologías en el control

prenatal que no son propiamente obstétricas, pero si concomitantes del embarazo; entre estas tenemos: Anemia, Parasitismo intestinal, Gripe, Insuficiencia Venosa, nauseas, Vómitos, y neuritis por deficiencia vitamínica.

CUADRO No. 12

REGISTRO DE LA AFLUENCIA DE CONSULTA POR MORBILIDAD DEL GRUPO MATERNO-INFANTIL, AL CENTRO DE SALUD DE SAN LUIS JILOTEPEQUE, EN EL AÑO DE 1974

Morbilidad por edades:	Número de casos
1.- Niños menores de 1 año de edad:	443 casos
2.- Niños de 1 a 4 años de edad:	620 casos
3.- Niños de 5 a 14 años de edad:	364 casos
4.- Morbilidad Obstétrica:	6 casos
5.- Morbilidad de otro tipo durante el embarazo:	45 casos
6.- Consulta total por morbilidad del Grupo Materno-Infantil	1,478 casos

Como observamos en el cuadro anterior y en relación al total de consultas al centro de salud, nos damos cuenta de la gran afluencia del grupo en mención, ya que nos da el 72.27% del total de consultas.

Como observamos en el contexto del estudio sobre morbilidad, nos pudimos dar cuenta de que si hay afluencia suficiente en demanda de atención médica, por el grupo materno-infantil, siendo casi en su totalidad la de procesos morbidos, no así una demanda de salud en la atención de medicina preventiva, que debía ser la que

ocupara el grueso total de la demanda de atención del grupo en mención al centro de salud.

Esto lo menciono en relación a la casi inasistencia del control del niño sano (neonatal, pre-escolar y escolar), así también a la reducida atención prenatal y casi ausente post-natal; coincide esto según pienso, a la ausencia de programas de salud bien definidos.

7.3.3. Evaluación Clínica Nutricional y Antropométrica:

El siguiente estudio se llevó a cabo con el afán de conocer el estado clínico nutricional y antropométrico, de la población de niños menores de cinco años en la comunidad.

El estudio se basó sobre un protocolo de investigación previamente elaborado por la facultad de Ciencias Médicas; se tomó para tal, una muestra representativa de la población de niños menores de cinco años a nivel urbano, la investigación llevaba el incentivo de poder determinar el estado nutricional de la población, partiendo de la importancia que merece la nutrición, para ese grupo mayoritario en el sector salud, además teniendo el consenso de que la desnutrición Proteínico-Calórica en nuestras comunidades, sobre todo en la población infantil, no sólo es la mayor causa de morbilidad, sino causa predisponente de muerte, generalmente por el sinergismo que presenta en las enfermedades de origen infeccioso.

CUADRO No. 13

SIGNOS CLINICOS NUTRICIONALES EN ENCUESTA CLINICO NUTRICIONAL Y ANTROPOMETRICA, EN 180 NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS INVESTIGADOS EN LA POBLACION URBANA DE SAN LUIS JILOTEPEQUE, EN EL AÑO 1975.

Signos Clínicos:	Positivos		Totales	
	No.	o/o	No.	Negativos o/o
CABELLO:				
Fácilmente desprendible	44	25.28	136	74.72
Cambio en:				
Textura:	22	11.85	158	88.15
Color:	20	10.75	160	89.25
Textura y color	23	12.50	157	87.50
OJOS:				
Conjuntivitis no purulenta:	10	5.17	170	94.83
Manchas de Bitot:	--	----	180	100.00
Queratomalacia:	--	----	180	100.00
Conjuntivas pálidas:	94	52.32	86	47.68
PIEL:				
Hiperqueratosis folicular:	56	30.90	124	69.10
SISTEMA CELULAR SUBCUTANEO:				
Edema bilateral de piernas:	19	10.20	161	89.80
Edema Generalizado:	16	8.60	164	91.40

Se investigó además bocio no presentándolo en ningún grado ninguno de los niños investigados.

El cuadro anterior nos evidencia los signos clínicos más frecuentes hallados dentro de la población infantil investigada, esto determina también que cierto grupo en mención tiene a tan corta edad ya un grado considerable de desnutrición.

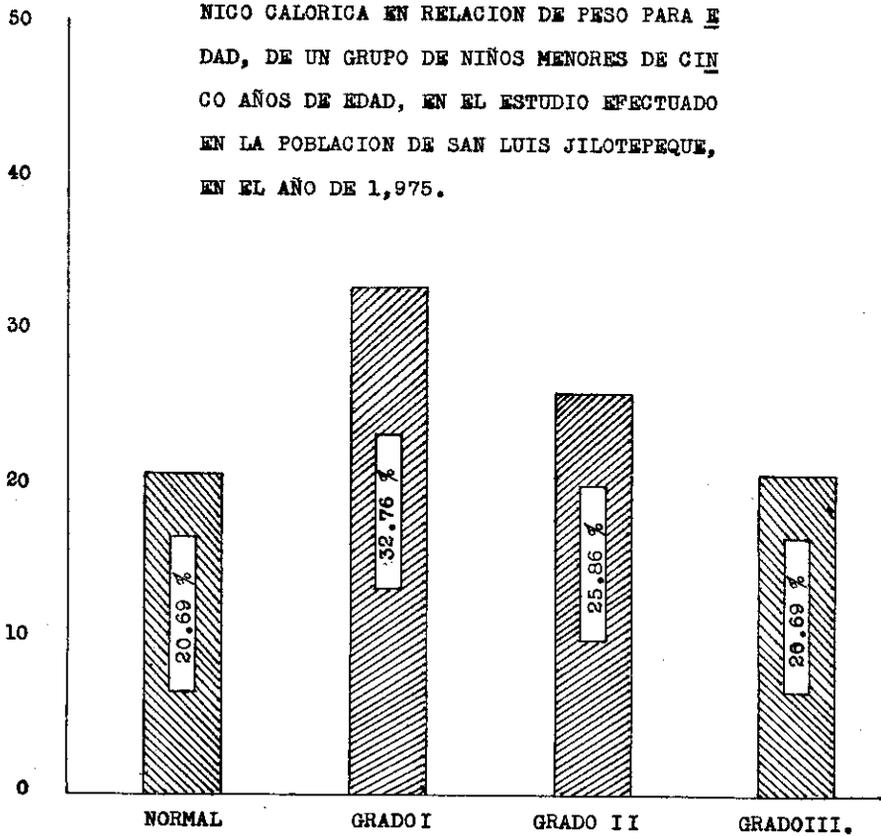
Podemos observar también que la desnutrición grado III ocupa un porcentaje más alto en relación a la desnutrición de ese grado registrada en la república de Guatemala, como el 5.9o/o de los desnutridos.

Los signos clínicos nutricionales, encontrados en la encuesta, los podemos referir como consecuencia directa de los fenómenos socio-económicos y culturales que adversan al gran porcentaje de la población; vemos así entonces como puede estar el grupo investigado, con buena nutrición, si su alimentación desde la lactancia es deficiente, aún más, podríamos aseverar que desde su crecimiento in utero, esta limitado de los requerimientos mínimos necesarios, para un crecimiento adecuado, esto se determina en el bajo peso al nacer del producto, la madre con una restricción heredada de la ingesta, con una dieta deficiente en cuanto a productos ricos en proteínas y minerales; en el caso nuestro por un nivel socioeconómico bajo, por la escasa producción, sumando a esto la mala disposición de los alimentos, vemos pues que la madre engendra a la gestación, carencia de nutrientes que inciden en el crecimiento, así también se agrava la situación, en un número considerable de casos, donde refieren las madres "la ida de la leche", privando al recién nacido de ese fundamental líquido.

Otro aspecto importante de mencionar como incidente en el problema de mal nutrición en la comunidad, es el cultural, quien formado sobre hábitos y creencias del medio no le precisan la importancia necesaria, a la alimentación como factor primordial, para el buen crecimiento y desarrollo, además no se tiene una asociación real de la desnutrición-enfermedad.

GRAFICA 1

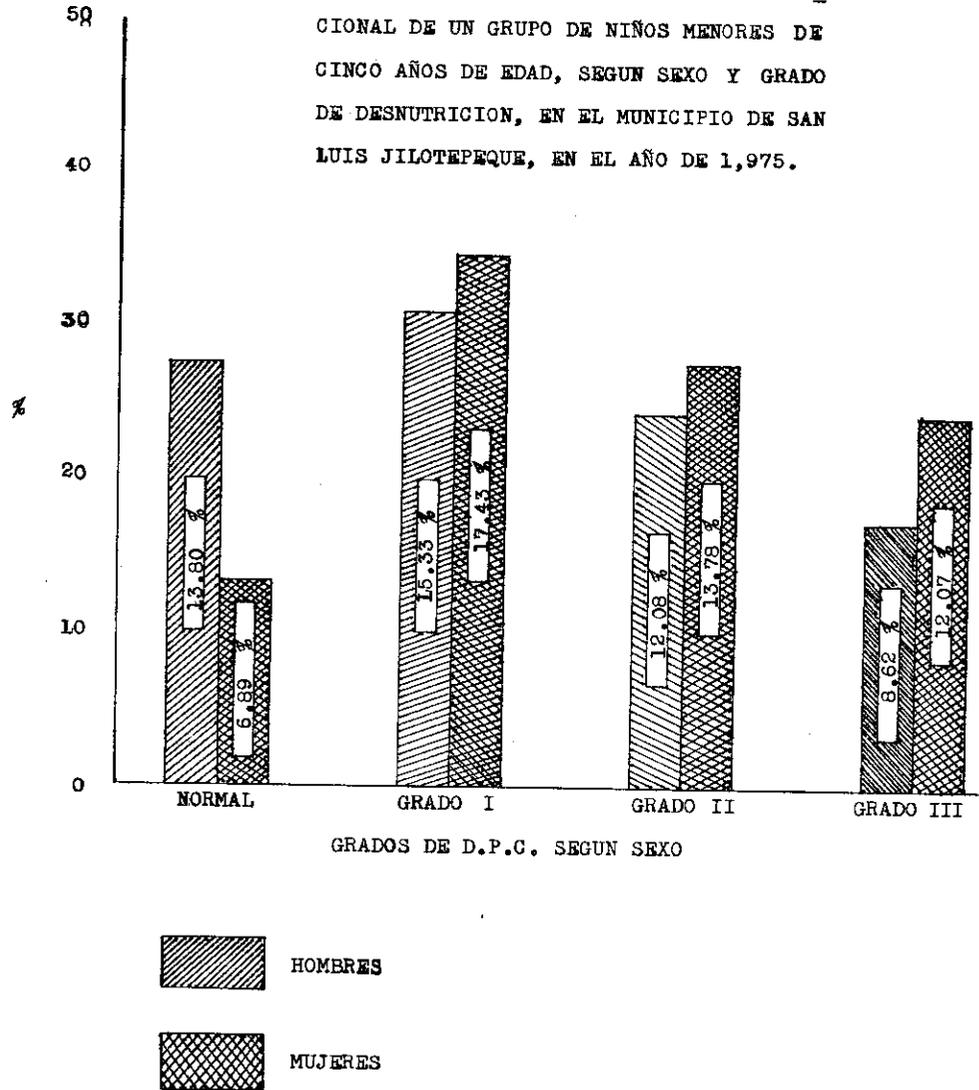
DIFERENTES GRADOS DE DESNUTRICION PROTEINICO CALORICA EN RELACION DE PESO PARA EDAD, DE UN GRUPO DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, EN EL ESTUDIO EFECTUADO EN LA POBLACION DE SAN LUIS JILOTEPEQUE, EN EL AÑO DE 1,975.



GRADOS DE DESNUTRICION PROTEINICO CALORICA

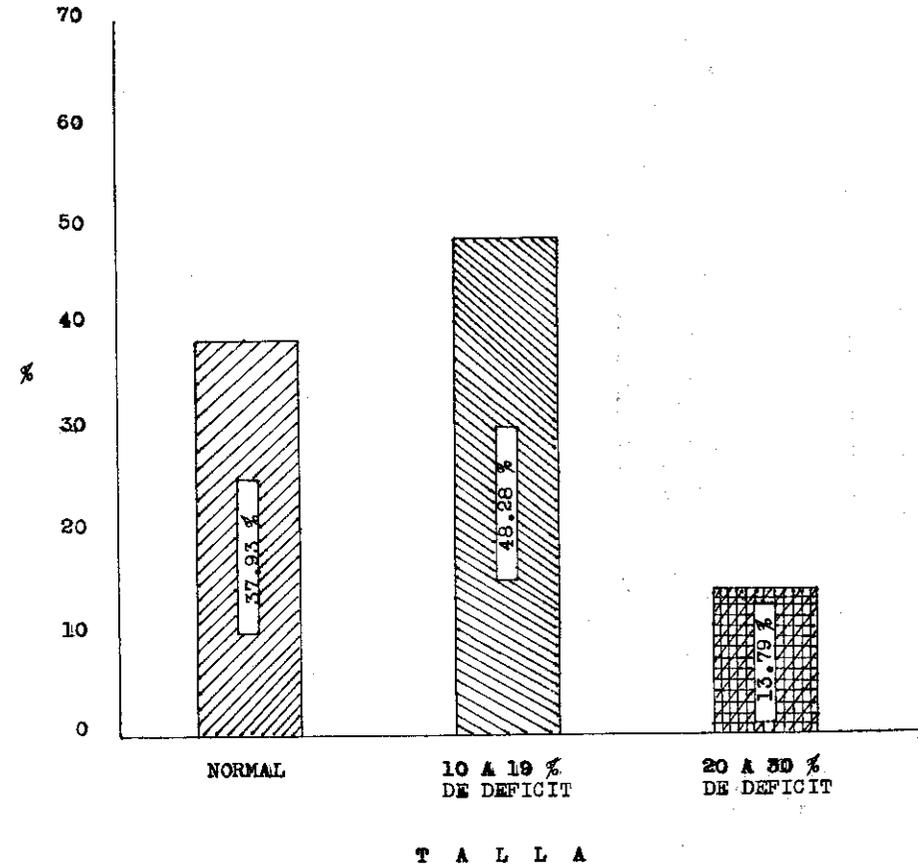
GRAFICA 2

REPRESENTACION GRAFICA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE UN GRUPO DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, SEGUN SEXO Y GRADO DE DESNUTRICION, EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS JILOTEPEQUE, EN EL AÑO DE 1,975.



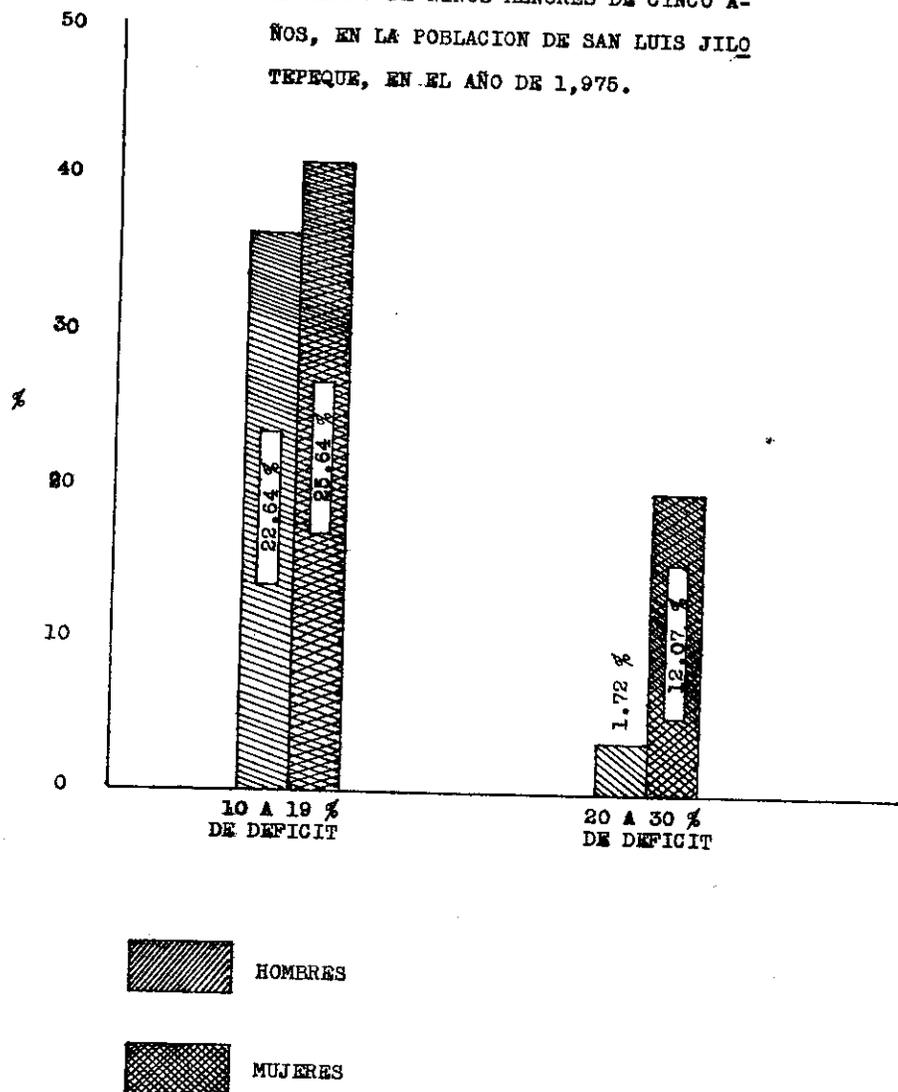
GRAFICA 3

DEFICIT DE TALLA PARA EDAD EN EL GRUPO DE NIÑOS INVESTIGADOS EN LA POBLACION URBANA DE SAN LUIS JILOTEPEQUE JALAPA, EN EL AÑO DE 1,975.



GRAFICA 4

DEFICIT DE TALLA PARA EDAD SEGUN SEXO
EN GRUPO DE NIÑOS MENORES DE CINCO A-
NOS, EN LA POBLACION DE SAN LUIS JILO
TEPEQUE, EN EL AÑO DE 1,975.



En las gráficas anteriores podemos observar claramente la situación nutricional que aqueja a la población infantil en la comunidad. Esto nos evidencia que más del 75o/o de población de niños menores de cinco años, en la comunidad de San Luis Jilotepeque, sufren o han sufrido cierto grado de desnutrición a tan temprana edad de su vida.

Al observar los diferentes grados de desnutrición (ver gráfica No. 1), nos damos cuenta del déficit de peso para edad en los desnutridos grado III, donde aumenta considerablemente con respecto al porcentaje promedio de la república de Guatemala. También el déficit existente en más del 60o/o (ver gráfica No. 3), en la relación de talla para edad, incide directamente en el bajo crecimiento estatural, determinándolo en el inicio de su existencia a una secuela permanente.

El gran porcentaje de niños en el proceso de crecimiento sufren por la mal nutrición una adecuación de peso para talla, fenómeno que pienso es "heredado", ya que nuestra población general es de baja estatura.

La población infantil del sexo femenino está más afectado dentro de grupo del mal nutridos en la población de San Luis Jilotepeque (ver gráficas No. 2 y 4).

7.4. Percepción de la situación de salud del Grupo Materno-infantil por la Comunidad y el Personal de Salud local.

La percepción de el sector salud por la comunidad, no está bien delimitada en cuanto a la magnitud y la importancia que tiene, ya que para la mayor cantidad de miembros de la comunidad, quienes han vivido dentro de una medicina autóctona heredada y con un ethos cultural muy particular y, donde han sentido el paso de la enfermedad y de la muerte entre sus miembros; creo yo, se han "acostumbrado", además no han tenido en esos momentos a quien

recurrir, que les pueda brindar ayuda "profesional".

La comunidad entre su idiosincracia ha creado su dogma de la salud; brindándole a Dios y a la naturaleza la suerte de su existencia.

El personal por su parte, en su reducida expresión, percibe, sin alejarse de las creencias de la comunidad, cierta importancia de la salud en el desenvolvimiento de un adecuado desarrollo en su vida, logrando así mejores perspectivas de supervivencia, la ubicación real ante tal situación por parte de este grupo es más que todo expectante, esperando ser asesorada para en determinado momento ser ente de cambio en la comunidad con respecto a salud.

A continuación se presentan una serie de cuadros comparativos hacia la percepción de salud, por la comunidad y el personal de salud que labora en la comunidad, desde algunos puntos de vista de salud específicos.

CUADRO No. 16

DATOS COMPARATIVOS SOBRE LA ATENCION DEL PARTO ENTRE LA COMUNIDAD, EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS JILOTEPEQUE,

JALAPA

Quien atiende el parto:	Atención Parto Anterior:		Atención Parto Futuro:		Atención Prenatal.	
	La comun.	Pers. Sal.	Comunidad	Pers. Sal.	Comun.	Per. Sal.
Médico:	4.44o/o	-----	20o/o	75o/o	19o/o	100o/o
Comadrona:	93.33o/o	100o/o	80o/o	25o/o	81o/o	-----
Enfermera Auxiliar	2.22o/o	-----	-----	-----	-----	-----

CUADRO No. 17

DATOS COMPARATIVOS DENTRO DE LA COMUNIDAD Y EL PERSONAL DE SALUD RESPECTO A LUGAR DE PREFERENCIA PARA LA ATENCION DEL PARTO Y EL DE PREFERENCIA PARA EL CONTROL PRENATAL EN EL MUNICIPIO

Lugar: Preferencia para la atención del parto y el control prenatal.	Por la comunidad		Por pers. Sal.	
	Por la comun.	Por pers. Sal.	Por la comun.	Por pers. Sal.
En su casa:	40.00 o/o	52 o/o	61 o/o	55o/o
Hospital:	15.55 o/o	48 o/o	5.55 o/o	--
Centro de Salud:	44.44 o/o	--	33.55 o/o	45 o/o

CUADRO No. 18

IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL ENTRE LA COMUNIDAD Y EL PERSONAL DE SALUD, ADEMAS LA CONVENIENCIA O NO DE LA ATENCION DEL PARTO EN EL HOSPITAL

Importancia del control prenatal:	SI		NO	
	Por la Comun.	Por pers. Sal.	Por Comun.	Por pers. Sal.
Es necesario el control pre-natal	71.00 o/o	100 o/o	24.66 o/o	-- o/o
Tuvieron control prenatal en el embarazo:	40.00	50	60.00	50
Conviene la atención del parto en el Hospital	44.44	100	53.33	--

Donde falta porcentaje no respondieron la pregunta.

Al observar los cuadros anteriores nos podemos dar cuenta de la importancia que tiene la comadrona en la comunidad, ya que ella desarrolla casi el porcentaje total (más del 90o/o), no sólo de la atención del parto, sino la del control del embarazo. Esto nos hace asumir que la comadrona tiene una gran aceptación entre la población, ya sea por costumbre o necesidad.

La comadrona tiene su control "prenatal", ya que, para la atención del parto necesita haber evaluado previamente una o más veces a su paciente parturienta, para evitarse problemas imprevistos.

Podemos conocer también el lugar de preferencia que para la comunidad, tiene la atención del parto en la casa.

Con las situaciones mencionadas creo yo que la comadrona debe ser absorbida por los servicios de salud, dándole mayor importancia al adiestramiento que hasta este momento se realiza en precarias condiciones, ya que un porcentaje alto de comadronas no son adiestradas, así también impulsar el estudio y análisis de la atención del parto a "domicilio", para que en futuros programas se tenga mayor éxito en su realización; además la tendencia actual que científicamente está a favor de la atención del parto en casa, ayudaría a no cambiar una de las costumbres de la maternidad, en la población de San Luis Jilotepeque.

En la comunidad no existen programas establecidos que llenen a cabalidad su cometido tanto en alcanzar coberturas de impacto, como la aplicación del servicio en pre y post-natal; esto ha influido en parte por la concepción que a fuerza de costumbre adquirió la comunidad con respecto a la importancia de esos servicios, hasta hoy dados en forma irregular.

CUADRO No. 19

EMBARAZO, INMUNIZACIONES, NIÑO SAÑO, CRECIMIENTO Y DESARROLLO, EN DATOS COMPARADOS ENTRE LA COMUNIDAD Y PERSONAL DE SALUD, SOBRE CREENCIAS, COSTUMBRES Y PROBLEMAS

Pregunta	SI		NO	
	Por la Comun.	Por Per. Sal.	Por la Comun.	Por Per. Sal.
Le da problemas el embarazo	49	75	51	25
Le puede dar problemas al niño su embarazo	11	100	89	--
Están vacunados sus hijos* menores de 5 años:	60	100	26	--
Tienen sus hijos control de crecimiento y desarrollo:	1	50	98	50
Ayudan las vacunas a las personas:	95	100	4	--
El niño no enfermo necesita evaluación médica periódica	15	75	84	25

* el 13o/o no sabían.

CUADRO No. 20

DATOS COMPARATIVOS SOBRE TRATAMIENTO INICIAL DE LAS ENFERMEDADES ENTRE LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD Y EL PERSONAL DE SALUD.

Al enfermarse un niño que es lo primero que hace:	Por la comunidad	Por el pers. Sal.
	o/o	o/o
Darle remedios Caseros:	51.11	60
Llevarlo con el curandero:	17.77	--
Llevarlo con el farmacéutico	24.44	--
Consulta al Centro de Salud:	6.66	20
Consulta a médico particular:	-----	20

CUADRO No. 21

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES DEL GRUPO MATERNO INFANTIL PERCIBIDAS POR LA COMUNIDAD Y PERSONAL DE SALUD, SEGUN SUS CREENCIAS Y PERSONAL

EN NIÑOS		EN MADRES	
Por la comunidad	Por el Pers. Sal.	Por la comunidad	Por Pers. Sal.
1. Asientos	Bronquitis	Dolor de Cabeza	Cefalea
2. Calenturas	Parasitismo intestinal	Calenturas	Debilidad
3. Hinchazón	Diarrea	Catarro	Mastítis
4. Infección intestinal	Desnutrición	Dolor de cuerpo	Catarros
5. Tos	Vómitos	Tos	Temperatura
6. Ronchas	Anorexia	Debilidad	Cansancio
7. Nausea (vómitos)	I.R.S.	Gripe	Anorexia
8. Sarampión	Enf. Intestinales	Anemia	Gastritis
9. Tos ferina	G.E.C.A.	Atarantamiento	Diarrea
10. Leche Ruin de la madre al darle de mamar	Gripe	Asientos	Gripe.

Los "diagnósticos" se encuentran en orden de frecuencia por mención.

CUADRO No. 22

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES QUE SON CAUSA DE MUERTE SEGUN LA COMUNIDAD Y EL PERSONAL DE SALUD. SAN LUIS JILOTEPEQUE

NIÑOS		ADULTOS	
X la comunidad	X Personal de Sal.	X la comunidad	X pers. de Sal.
1. Diarreas	Desnutrición	Hinchazón	Anemia Aguda
2. Calenturas	Gastrointestinales	Calenturas	Ancianidad
3. Hinchazón	Broncopulmonares	Corazón	Desnutrición
4. Tos ferina	Sarampión	Asientos	Pulmonía
5. Sarampión	Diarreas	Gripe	Gripe
6. Vómitos	Nauseas	Gota	Falta de calcio
7. Desnutrición	Deshidratación	Cáncer	Presión Baja
8. Infec. intest.	Hinchazón	Anemia	Fiebre
9. Infección	Bronquitis	Por la edad	Bronquitis
10. Bronquitis	G.E.C.A.	Fiebre	Derames

CUADRO No. 23

DESNUTRICION Y SUS CONOCIMIENTOS EN LA COMUNIDAD

Sabe Usted:	S I		N O	
	X la Comunidad	X Pers. Sal.	X la Comun.	X Pers. Sal.
Que es desnutrición	11.11	100	88.88	--
Porque se han hinchado los niños:	35.55	75	64.44	25
Porque se adelgazan:	60.00	100	40.00	--
Porque se les cae el pelo:	15.55	50	84.44	50
Porque se descama y se le mancha la piel:	17.77	25	82.22	75

En los cuadros previos tratamos de evidenciar algunas concepciones que en la comunidad se tiene sobre determinadas variables investigadas (Enfermedad, Tratamientos, Inmunizaciones, etc.).

En concenso existen una serie de creencias que al analizar, algunas no se alejan de la realidad; sucede también que el problema socio-cultural y económico que los aqueja, les dificulte situarse en determinados conocimientos; por ejemplo: refieren que las vacunas si evitan la enfermedad o si esta se produce es en una forma abortiva, pero al mismo tiempo no conocen que vacunas les han administrado a sus hijos. La situación de la enfermedad y su tratamiento es importante ya que ellos no tienen el concepto de magia-enfermedad, no utilizando brujos o hechizos para la curación ya que el tratamiento lo efectuan con medicina natural o medicina "comercial".

8. INTERPRETACION Y COMENTARIO

La comunidad de San Luis Jilotepeque, ubicada en el oriente de Guatemala, nos demostró que a través de los distintos puntos de la investigación, que se desarrollaron en el presente trabajo; que es un pueblo que sufre la agresividad del "micro, macro y matro-ambiente" en todo el proceso de su existencia, en un porcentaje considerable de su población; siendo el grupo indígena el más afectado.

En el desarrollo del estudio observamos: La educación, con una escolaridad deficiente de los padres de familia, la ausencia de gran parte del grupo escolar a los centros de enseñanza, los cuales de por sí son escasos, las características de la vivienda, de construcción rudimentaria, alejada por completo del proceso técnico.

El ambiente sin ninguna protección, secundariamente a la inexistencia de un programa adecuado de urbanización, que predispone a una contaminación en la comunidad constante.

La situación socio-económica si la interpretamos como forma determinante, de las oportunidades que puede alcanzar el conglomerado, creo que los miembros de la comunidad en la gran mayoría no tienen posibilidad a ellas; como pudimos conocer, el pueblo es eminentemente agrícola, donde los ingresos económicos familiares son ínfimos y, la tenencia de la tierra en la mayoría es arrendada y en poca extensión, cultivándola sin ninguna tecnificación, lo que incide directamente en la baja constante de la producción que apenas alcanza, para el consumo familiar, sumándose a esto el proceso inflacionario que al igual afecta a la comunidad. La población no cuenta con cooperativas o asociaciones que protejan la pequeña industria en la producción de cántaros de barro, piedras de moler, etc., que se producen en pequeña escala, también a la producción de materiales de construcción (teja-adobe), que se efectúan generalmente en el tiempo de verano, cuando no hay siembras; con respecto a los procesos culturales los encontramos sin ninguna vía de estímulo, perdiéndose poco a poco el diálecto pocomán; actualmente no existen programas que reformen la cultura

existente, menos que la mejoren o generen otras nuevas.

La situación materno-infantil es a todas luces un problema complejo; determinado por todas las situaciones difíciles mencionadas, que inciden directamente en la morbilidad y mortalidad que a gran escala afectan al grupo en mención, que además en su gran mayoría crece con la marca de la desnutrición en su cuerpo, la cual padecen o padecieron en algún momento de su vida y que los inclinan a la muerte.

La percepción de la salud en la comunidad está dada, por la costumbre, basada esta en experiencias o creencias heredadas.

La comunidad de San Luis Jilotepeque, es una más de las comunidades rurales que comparten en su mayoría condiciones precarias, fácilmente interpretadas por lo categórico y evidente con que se presentan.

Actualmente los programas existentes en agricultura, economía, salud, etc., no llenan a cabalidad las condiciones, para lo cual fueron creados, necesitando entonces partir de nuestras comunidades con conciencia de cambio y bases concretas, para hacer variar esa gama de situaciones adversas.

9. CONCLUSIONES

1. La comunidad investigada es un área donde se puede trabajar en bien de sus pobladores.
2. Existe la necesidad urgente de un plan de salud ajustado a la realidad, que beneficie a la población, principalmente a la población materno-infantil.
3. La inexistencia de una institución que organice, planifique y ejecute programas que redunden en beneficio de la mayoría de la comunidad, ya que actualmente se trabaja aisladamente y sin organización.
4. La población es "agrícola" eminentemente, con el problema de que sus tierras no son lo suficientemente buenas, para la producción, por el constante desgaste, falta de fertilizantes, escabroso del terreno etc., sumándose a esto la falta de asesoría, sin embargo el latifundista posee las tierras mejor cultivables y además cuenta con mayores ventajas, como las que se describieron anteriormente, para mantener o mejorar la producción, a esto se suma que casi en su totalidad es el 60/o de población que tiene producción pecuaria, la que utiliza para el consumo y la venta.
5. La situación sanitaria en la comunidad es carencial en todos los aspectos urbanísticos, incidiendo dentro de otros aspectos al deterioro de la salud de la población.
6. La estructura socio-económica del municipio constituye un factor determinante de las diversas situaciones que contribuyen a las condiciones precarias en que se encuentra la población.
7. La mayoría de las causas de morbilidad y mortalidad son de origen exógeno, diciendo con esto, que son prevenibles al modificar la situación ambiental.
8. El grupo materno-infantil ocupa más del 60o/o de la población total, por lo que se le debe considerar el de mayor importancia no sólo por lo anterior si no por ser el más susceptible.

10. RECOMENDACIONES

1. Los programas de Salud deben de tener un enfoque integral a nuestra realidad, la atención médica debe impulsar los servicios de medicina preventiva primordialmente a la población infantil.
2. Los servicios de salud deben elaborar y ejecutar programas de materno-infantil que redunden en el desarrollo Bio-Físico-Social de la madre y el niño reduciendo la enfermedad y mortalidad del grupo.
3. Los servicios de salud deben de analizar, la posibilidad de absorber a las comadronas, las cuales tienen una vital trascendencia en la maternidad de la población.
4. La comunidad debe preocuparse por ayudar a la pequeña industria con la formación de cooperativas.
5. Trazar los lineamientos necesarios para un plan de urbanización, como una prioridad del municipio.
6. La certificación de las defunciones deben ser extendidos por profesional de la medicina, con el fin de tener diagnósticos más fiables, para estudios posteriores en mortalidad.
7. Organizar programas de docencia comunal y formación de comités, haciendo conciencia de lo determinante del ambiente y mejorarlo como meta común.
8. La integración de un equipo de profesionales E.P.S., que enfoque desde varios puntos de vista, los problemas de la comunidad y planifique su resolución.
9. Para obtener verdaderamente cambios que causen impacto en favor de la comunidad, hay que procurar una transformación total del sistema actual imperante.
10. Tratar de crear una entidad que de protección al grupo materno-infantil y familiar, enfocando directamente en el renglón nutrición.

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar, Juan R, et al; Nutrición, educación médica continua, Guatemala, Colegio Médico, 1975-1976.
2. Bravo, Alfredo L; Los sistemas de salud, el Hospital docente y la salud de la comunidad. Educación médica y salud, Abril, mayo y junio 1972, 6 (2) p.p. 93-102).
3. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Programas educacionales, marzo 1975. 17 p.
4. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas; Atención Materno Infantil. 1974 23 p.
5. Mayhew, Derriberry; Educación sanitaria, Sus objetivos y métodos, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 1962. p.p. 1-9.
6. Nesbit, Robert; Riesgo Obstétrico elevado, 2o. curso latinoamericano de Salud Materno-infantil. 1970. reproducción fines docentes, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos.
7. López, Valdecir F; Métodos y Técnicas de encuesta, reproducción docente, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1975.
8. Poitevin P; Departamento de Jalapa, población calculada 1972-80, república de Guatemala, Ministerio de Salud Pública, Unidad de planificación y estadística. 1974.
9. Sandoval, Víctor O; "Pequeña Monografía de San Luis Jilotepeque" 5a. edición, San Luis Jilotepeque, Guatemala, "José de Pineda Ibarra", 1965. 191 p.
10. Viteri, F.M. Behar y J. Alvarado; El Problema de la Desnutrición en el Istmo Centroamericano, Guatemala, Incap. 1971. 102 p.

BR. Hugo Rodas V.
HUGO ROLANDO RODAS VELASQUEZ

M. J.
Dr. HECTOR E. NUILA

Angel Sanchez V.
Dr. ANGEL SANCHEZ V.

Julio de Leon M.
Director de Fase III
Dr. JULIO DE LEÓN M.

Mariano Guerrero R.
Secretario General
Dr. MARIANO GUERRERO R.

Vo. Bo.

Carlos A. Soto G.
Decano
Dr. CARLOS A. SOTO G.