

RESUMEN DE CONTENIDO

INTRODUCCION

OBJETIVOS

DESCRIPCION Y JUSTIFICACION DE LA MISMA

MATERIAL Y METODOS

**CARACTERISTICAS GEOGRAFICO-POLITICAS DE
LA POBLACION DE SAN ANTONIO SENAHU**

RESULTADOS OBTENIDOS

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

—¿Caá Rú inccah ná cotack sa li excusado she 'sh banú la patrón? —

—¿La oh' inccah na cotack sa li excusado, li cot chutubil naj Chu chi us.? —

Sólo compenetrándonos en el valor del factor ambiente nos damos cuenta de las razones por las cuales prevalecen las enfermedades infectocontagiosas, pluricarenciales y la morbilidad materna e infantil de nuestra patria.

La presente investigación va encaminada a conocer mejor los factores que inciden en la población de San Antonio Senahú del Departamento de Alta Verapaz; especialmente del grupo materno-infantil, para que de una manera racional se puedan enfrentar los problemas de salud del área, ya que no es posible creer que con paliativos se va a lograr la mejora de la salud de un pueblo, cuando conocemos la interacción de la tríada Agente-Huésped-Medio Ambiente; pues usualmente siempre se ha reconocido la necesidad de impulsar programas de salud que en las más de las veces fracasan porque no se conocen con precisión los factores determinantes de la salud o se conocen en forma parcial. Es así como se ha tratado de impulsar programas como el de inmunizaciones, o de recuperación nutricional gastando miles de quetzales que al final son desperdiciados en costosas vacunas en las cuales las coberturas no son adecuadas y por otro las condiciones de pobreza y hacinamiento imperantes no permiten que los programas puestos en marcha para mejorar la salud hagan virar en forma definitiva los daños que manifiestan el verdadero estado de salud de la población atendida.

La población materno-infantil constituye el Factor HUESPED de nuestra investigación, ya que es en este grupo en donde con más fuerza se manifiestan los problemas de salud de nuestro país.

EL MACROAMBIENTE, que llega hasta las esferas político-sociales, determinado por la carencia de una meta definida en política de salud mantiene las condiciones propicias para que la dependencia socio-cultural y económica mantenga

secularmente a la población alejada de los adelantos científicos y tecnológicos como lo estaban hace más de cuatrocientos (400) años. Por otro lado el AMBIENTE constituido por la estructura familiar en el cual el trabajo del núcleo solo alcanza para la subsistencia en condiciones infrahumanas constituye el segundo factor de nuestra investigación, habiéndonos adentrado en lo posible al estudiar cómo está constituida y organizada la familia y los recursos para su subsistencia, así como sus escasos bienes materiales y conocer mejor de qué manera influye en el problema que estudiamos, sin olvidarnos del aspecto cultural.

El tercer factor de nuestra investigación, EL AGENTE lo estudiamos viendo los efectos en el estado de malnutrición y la alta morbimortalidad de enfermedades infectocontagiosas prevenibles que abusan de las condiciones del ambiente mencionado anteriormente, efectuamos una evaluación de la mortalidad y del estado nutricional sin olvidar la morbilidad representada por la demanda de asistencia médica traducida por los diagnósticos de los pacientes vistos en el Centro de Salud durante el año de 1974.

En la presente investigación se utilizó para presentar los resultados, los tres factores que determinan el estado de salud o enfermedad mencionados anteriormente, haciendo primero la descripción de la hipótesis y su justificación, sin olvidar la mención de los materiales y métodos usados, luego de una manera somera entramos a conocer el marco geográfico y político social del municipio estudiado (lo que constituye el macroambiente) después entramos a describir los resultados obtenidos y el análisis y discusión de los mismos terminando con las conclusiones y recomendaciones que creemos pertinentes.

La traducción del párrafo inicial que es una conversación con un indígena de Senahú, puesta a continuación nos muestra una de las limitaciones para que los programas de salud implantados funcionen adecuadamente cuando se desconocen los factores, objeto de nuestra investigación

¿—Porqué no defecan en el excusado que les hizo su patrón? —

Nosotros no defecamos en el excusado porque las heces juntas hieden mucho.—

Como vemos una actividad de lenitrización puesta

aisladamente como programa de salud va a tener poca influencia en el ambiente cuando se ignore la idiosincrasia y costumbres propias del lugar y lo mismo sucederá en otros programas como en el de atención prenatal o infantil para mencionar algunos, lo que hacía necesario efectuar investigaciones de este tipo a toda la república para orientar mejor los programas actuales y futuros que en materia de salud se realicen.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL TRABAJO
DE INVESTIGACION**

- i. Determinar en forma objetiva la situación del grupo materno-infantil, para procurar una mejor orientación de los programas que para el beneficio del sector de San Antonio Senahú se hayan establecido o se establezcan.
- ii. Contribuir mediante un diagnóstico preciso a la orientación de los programas materno-infantil.
- iii. Determinar la percepción que del problema tenga la comunidad y el personal local de salud así como de la problemática del grupo materno-infantil así como su orientación a la situación de la misma.

DESCRIPCION DE LA HIPOTESIS Y JUSTIFICACION DE LA MISMA

En Guatemala se encuentra en marcha el programa de atención materno-infantil en varios departamentos, pero estos programas no han causado impacto a nivel de la estructura de la salud materno-infantil. Se carece de diagnósticos precisos y amplios sobre la problemática materno-infantil de las áreas y mucho menos de las áreas donde no funciona el programa, desconociéndose el valor real que tiene la situación socio-económica sobre la problemática materno-infantil.

Se desconoce además que concepto tiene la misma población sobre dichos problemas y por lo tanto la mayoría de los programas son causados para realidades y características de población que no corresponden a su realidad sentida por el pueblo. (1) (Pág. 15).

Las hipótesis de la investigación se sustentan en:

1. La mayoría de los daños del grupo materno-infantil son prevenibles con acciones concretas, contra las causas de los daños que en su mayoría son de carácter infecciosos o nutricional, que tiene como causa determinante la situación socio-económica de la población. (3)
2. Que la percepción que de la conciencia que se tiene del problema materno-infantil varía significativamente entre la comunidad y el personal de salud local, así como de las autoridades centrales y por lo tanto del enfoque de sus soluciones. (1)

4

MATERIAL Y METODOS

Básicamente la investigación se basó en el protocolo oficial del PROGRAMA E.P.S., del primer semestre de 1975, de la Facultad de Medicina, adecuándolo a las necesidades y disponibilidades de recursos del área de Senahú. Alta Verapaz.

MATERIAL:

Se trabajó en la comunidad urbana y rural del municipio, sus respectivas viviendas, los libros de Registro Civil municipales, los registros de pacientes del Centro de Salud. Se utilizó además los instrumentos de trabajo proporcionados por la Facultad.

- a) Humano, se utilizó para censar a las familias la colaboración de los laborantes del Centro de Salud, del magisterio local y de la Municipalidad; así mismo de estudiantes del Instituto de Educación Básica y los laborantes y propietarios de la mayoría de las fincas nacionales y privadas.
- b) Otros materiales, fue necesario elaborar instructivos para informar y estandarizar a los colaboradores (empadronadores), sobre como deberían encuestar el área rural y los informes del trabajo que sobre determinaciones de Vitamina "A" efectuado en el municipio de Panzós, Aldea "La Tinta" vecino de nuestro municipio investigado, dichas determinaciones se hicieron en leche materna y sangre de niños de 1 a 5 años.

METODOS:

Se procedió a encuestar la población rural y urbana (instrumento No. 1) para conocer este aspecto de la población, y las características de la vivienda. Debido a las limitaciones el área total censada constituyó el 77 o de la población total. Se dejaron de censar, según evaluación de las áreas no cubiertas 1,020 casa que equivale a 5,100 habitantes (23 o/o de la población total).

Se efectuó una encuesta de las defunciones tomando para ello el libro de defunciones municipal, correspondientes al año

de 1974. Además, se tomaron los datos de morbilidad del registro de pacientes atendidos en el Centro de Salud en el mismo año (Memoria de Actividades del Centro de Salud, de Senahú A.V. 1974).

Se realizó una encuesta de la muestra urbana sobre el estado nutricional de los niños menores de 5 años (peso, talla, características nutricionales y carenciales) y de las embarazadas de la misma muestra. De esta manera se tomaron los datos correspondientes a las familias con respecto a: ingresos per-cápita, tenencia de la tierra, producción, creencia sobre alimentos, etc.; habiéndose efectuado una correlación entre los ingresos per-cápita y el estado nutricional de la población.

Se pasó un cuestionario a los laborantes oficiales de los servicios de salud del área, para efectuar comparación entre las creencias de los usuarios de los servicios de salud y de los laborantes (enfermeros y comadronas).

Por último, se efectuó la tabulación de la encuesta, descripción, análisis y discusión de los mismos, para lo cual se efectuaron las tablas y gráficas o estadísticas necesarias.

CARACTERISTICAS GEOGRAFICO-POLITICAS DE LA POBLACION DE SAN ANTONIO SENAHU

El municipio de Senahú. pertenece al Departamento de Alta Verapaz. Situado al sur-este de la ciudad de Cobán y al Nor-orientado de la ciudad capital; su extensión es de aproximadamente 336 Km², colinda al norte con los municipios de Cahabón y Lanquín, al este con Panzós y Tucurú y al oeste con Tucurú y San Pedro Carchá. Tiene litigio de límites con San Pedro Carchá, Panzós y Cahabón. Su altura 3,715 pies sobre el nivel del mar. Su clima es templado frío con dos estaciones, lluviosa de Mayo a Diciembre y seca de Enero a Abril que no son bien marcados. En general es muy húmedo. El terreno es montañoso y quebrado.

Los ríos y riachuelos son poco caudalosos caracterizándose por casi no tener peces, entre los principales están: Tiabxlán, Xalijux, Candelaria, Canguachá, Choloma, Choinilá, Mayaguá, Actelá, San Miguel y Trece Aguas, éste último caracterizado por la caída de Trece Aguas, Oxlajú-já que le da su nombre y que es de incomparable belleza. Estos desembocan en los ríos Caabón y Polochic.

Su fauna y flora es variada y abundante, al igual que toda el área montañosa del departamento de Alta Verapaz.

Dista de la ciudad capital 297 kilómetros y de la cabecera departamental Cobán; 163 kilómetros.

Para llegar a la cabecera municipal hay que ir hasta San Julián por la carretera asfaltada que llega hasta Cobán y de San Julián por la carretera que conduce al puerto fluvial de El Estor hasta el antiguo apeadero de "El Rosario", Panzós A.V. de donde se sube por una agreste carretera hacia Senahú.

Cuenta Senahú con cuarenta y cinco caseríos y ninguna aldea, veintisiete fincas particulares y siete fincas cooperativas nacionales. La producción se traduce a los cultivos de café, cardamomo básicamente, actualmente iniciándose la ganadería.

Senahú es una alcaldía de 2a. categoría, el municipio fue fundado como tal hace poco más de cien años.

Su población es en su mayoría indígena Kekchí, la que determina características socio culturales propias de la raza indígena con sus costumbres y tradiciones folklóricas entre los que se destacan la de la "Siembra del maíz", la pedida "El Tzaamanc, Coatezinc, etc. (12).

Su religión es una mezcla de católica mezclada con ritos paganos.

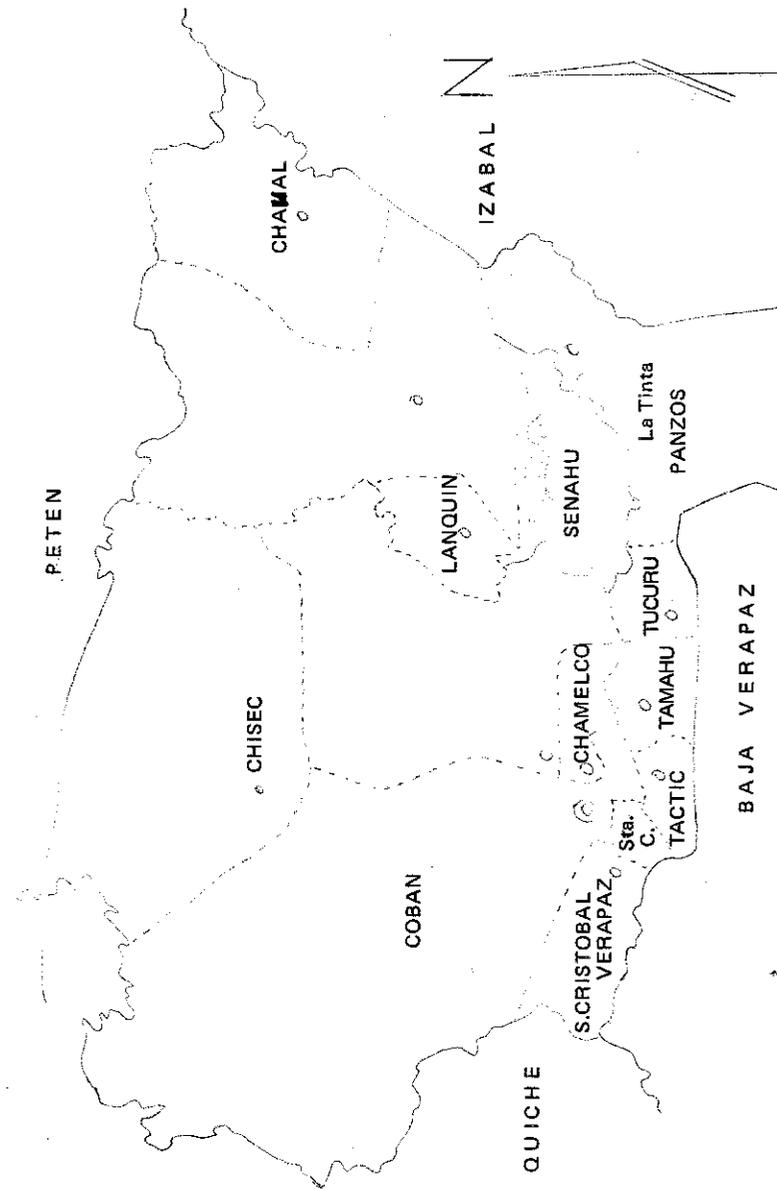
Cuenta además Senahú con treintisiete escuelas rurales y una urbana, donde laboran en total cincuenta y dos maestros.

La alcaldía municipal está a cargo de el alcalde municipal que, además es juez de paz y como colaboradores los alcaldes auxiliares en los caseríos; y la presencia de un destacamento de policía militar ambulante permanentemente.

A pesar de los extensos cultivos de exportación (café, cardamomo). La economía es eminentemente familiar, de subsistencia, de base agrícola, no existiendo industrias significativas para el desarrollo económico.

En Senahú hay un centro de salud tipo "B" contando con un médico permanente, una enfermera graduada y varios auxiliares de enfermería, a quienes les corresponde el área de salud del municipio.

GRAFICA No. I



6
RESULTADOS

Población:

Se censó el 77 o/o de la población general, en base de la cual se efectuó la gráfica No. 1 y el cuadro siguiente:

CUADRO No. 1

POBLACION DE SAN ANTONIO SENAHU, 1975*

Grupos de edades	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Mayores de 45 años	963	5.12	1044	5.57	2007	10.69
De 15 a 44 años	3776	20.11	3862	20.56	7638	40.67
De 5 a 14 años	2471	13.16	2092	11.14	4563	24.30
De 4 a 5 años	528	2.81	483	2.57	1011	5.83
De 3 a 4 años	426	2.27	406	2.16	832	4.43
De 2 a 3 años	513	2.73	433	2.31	946	5.04
De 1 a 2 años	508	2.71	434	2.31	942	5.02
Menores de 1 año	438	2.33	400	2.14	838	4.47
TOTAL	9623	51.24	9154	48.76	18777	100.00

FUENTE: Encuesta de población y vivienda, Rafael Vidaurre, febrero-junio 1975.

* Esta población constituye el 77 o/o de la población total del municipio de Senahu A. V.

CUADRO No. 2

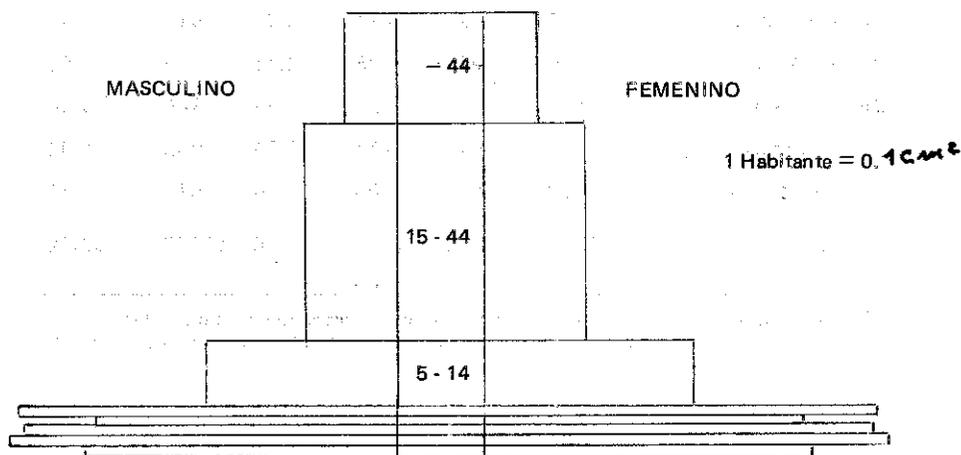
DISTRIBUCION DEL GRUPO MATERNO-INFANTIL
SENAHU, ALTA VERAPAZ, 1975

Población	No.	%
Menores de 5 años	4,569	24.33
De 5 a 14 años	4,563	24.30
Total de menores de 15 años	9,132	48.63
Población Materna	3,862	20.56
Total de la Población Materno-Infantil	12,994	69.20

FUENTE: Encuesta de población y vivienda Senahú A. V. Rafael Vidaurre.

Gráfica No. 2

Pirámide de Población de San Antonio, Municipio del Departamento de Alta Verapaz, en el año de 1975*



Encontramos en los datos anteriores que el 69.20 o/o de la población está constituido por el grupo materno-infantil, y luego evidenciamos que la población es de base ancha, común a todos los países en desarrollo.

Para saber el número de habitantes totales se calculó el número de habitantes no censados tomando en cuenta 5 personas por familia no censada, es decir $1020 \times 5 = 5100$ habitantes; que sumado a los censados (18,777) nos da 23,877 habitantes. Este dato está en desacuerdo con los datos oficiales y otros cálculos (14) efectuados, lo que puede deberse a varios factores que no entraremos a considerar.

Crecimiento Vegetativo:

Tasa de Natalidad - Tasa de Mortalidad = $5.44 - 1.16 = 3.79$

Embarazos Esperados:

Igual al 5^o/o de la población total = 1,193.85

Abortos Esperados:

10^o/o de los embarazos esperados = 119.3

Partos Probables:

Embarazos esperados - Abortos esperados = 1,074

Tasa de Fecundidad:

Nacidos Vivos

$\frac{1,301}{3,862} \times 1000 = 336.87$

Mujeres de 15 a 44 años

Comentario:

Encontramos que la natalidad, fecundidad y crecimiento vegetativo es más alto que en el resto de la república, no así la mortalidad que es semejante lo que eleva el crecimiento de la población, como veremos en el cuadro No. 3.

	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad	Crecimiento Vegetativo
REPUBLICA	44.8	16.8	28.0 o/o
Senahú, A. V.	54.4	16.5	37.9 o/o

FUENTE: Celade y L. Alvarez (1967). Material "Salud Materno-Infantil" por el profesorado de Ciencia de la Conducta Fac. Med. marzo 1975.

CUADRO No. 3

VARIANTES DEMOGRAFICAS BASICAS, REPUBLICA DE GUATEMALA Y MUNICIPIO DE SENAHU

	Tasa de Nati- lidad	Tasa de Mor- talidad	Crecimiento vegetativo-
República	44.8	16.8	28.0
Senahú A.V.	54.4	16.5	37.9

FUENTE: Celade y L. Alvarez (1967). Material "Salud Materno-Infantil", por el profesorado de Ciencia de la Conducta Fac. Med. marzo 1975

Mortalidad y Morbilidad:

Los daños en términos de mortalidad y morbilidad indican el estado de salud de una población, es por ello que los datos que a continuación se enumeran son los más valiosos comparativamente para ver qué tan enferma o sana está la comunidad. La mortalidad por grupos de edades de los niños menores de 4 años son el índice que traduce más el estado de nutrición del grupo infantil. (2)

CUADRO No. 4

TASA DE MORTALIDAD POR GRUPOS ETAREOS DE LA POBLACION DE SENAHU A. V. Y RELACION CON LA MORTALIDAD DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA EN 1965 Y DE LOS ESTADOS UNIDOS (1958-1964)

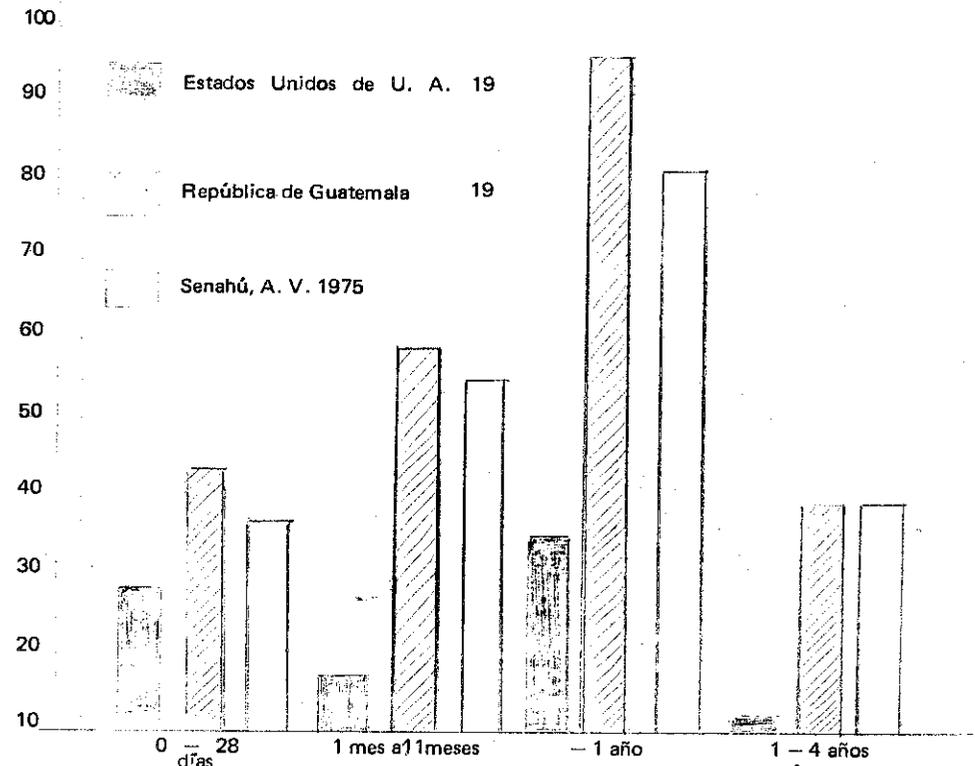
Edad	Estados Unidos	Guatemala	Senahú A. V.
0-28 días	18.6	35.9	27.6
1-11 meses	7.2	55.9	48.1
1-4 años	1.0	32.1	31.99

FUENTE: Monografía No. 7. INCAP. (Ref. 18) y Datos de Encuesta.

GRAFICA No. 3

TASAS DE MORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS EN E.E.U.U., GUATEMALA Y SENAHU A.V.

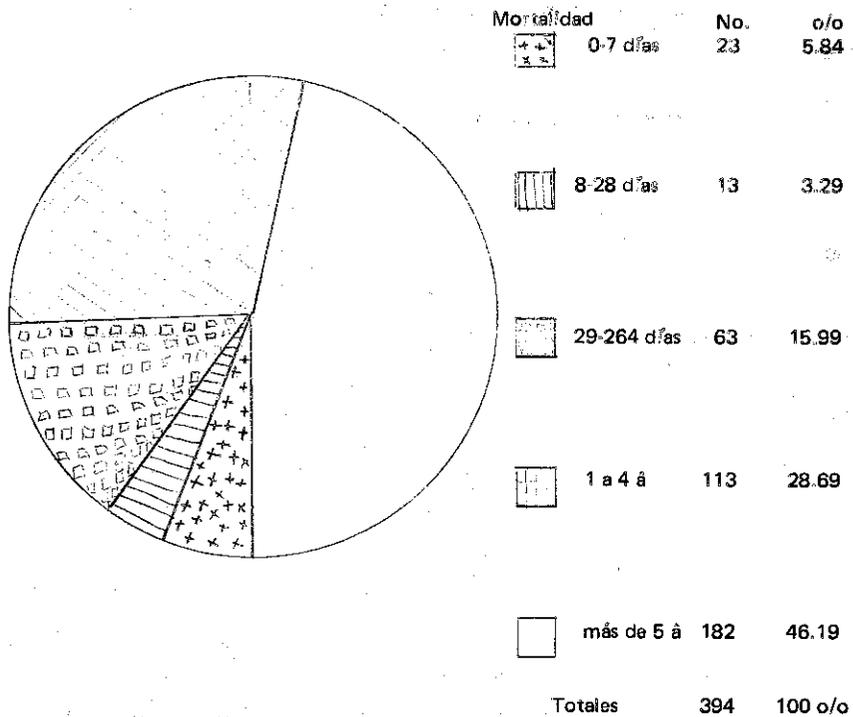
*Tasas de Mortalidad x 1000 nacidos vivos.



Evidentemente existe una relación entre la mortalidad general de la república en el año de 1965 y la de Senahú Alta Verapaz. El mayor daño es en la población infantil lo que se complementa con la gráfica siguiente que nos muestra que el 53 o/o de los fallecimientos se produjeron en menores de 4 años; lo que coloca a la población con desnutrición muy elevada. (2)

GRAFICA No. 4

DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD. SENAHU 1974



En Senahú en el año de 1974 se produjeron 394 fallecimientos de los cuales 204 eran hombres y 190 mujeres según los registros de la Municipalidad. A continuación en el cuadro No. 5, se muestran las principales 10 causas de mortalidad en menores de cinco años y en la población en general.

CUADRO No. 5

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE LA POBLACION DE SENAHU, 1975.

Causas	Menores de 1 año		De 1 a 5 años		Total	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Anemia	0	0	22	5.58	68	17.25
Desnutrición	15	3.81	16	4.06	50	12.69
Gripes	31	7.87	14	3.55	50	12.69
Tos Ferina	15	3.81	26	5.60	44	11.67
Diarrea	7	1.77	10	2.54	41	10.41
Calenturas	7	1.77	14	3.55	33	8.38
Disenterías	0	0	11	2.79	11	2.79
Tuberculosis	0	0	2	0.51	5	1.26
Neumonía	3	0.76	0	0	3	0.76
Parásitos	0	0	2	0.51	2	0.51
Partos	0	0	0	0	4	1.02
Las otrascausas	21	5.32	30	7.61	83	21.06
Total	99	19.63	136	36.30	394	100.00

FUENTE: Libros del Registro Civil, Municipio de Senahú. R. Vidaurre, 1975.

Como podemos observar las principales causas de mortalidad la constituyen las enfermedades carenciales, infecciosas y parasitarias. Es de hacer notar que muchas de las entidades anotadas en los registros de defunciones son dados por los familiares y alcaldes auxiliares y los mismos registradores que no tienen una orientación adecuada sobre las causas de defunciones, (12), sin embargo son de utilidad para tener una idea de las principales enfermedades que causan daño a la población.

Nos damos cuenta además que son entidades que con actividades específicas de salubridad, estas causas de defunciones podrían ser disminuidas, como son las vacunaciones,

letrinizaciones o introducción de agua potable. Por otro lado es necesario agregar que muchas de las muertes reportadas por "calenturas", "parásitos", "gripes", etc., podrían atribuirse a desnutrición como ya se ha hecho referencia en otras investigaciones. (1-4-5-13-15).

Morbilidad:

Se investigó en base de los pacientes que solicitaron atención médica en el Centro de Salud de Senahú, por lo que son limitados a la cabecera municipal y caseríos o fincas aledañas, debiéndose hacer notar que la gran mayoría de pacientes no acuden al médico para su atención como veremos con respecto a la encuesta de las familias que contestaron que "iban hacia el curandero o el farmacéutico o comadres para curar sus enfermedades o las de sus hijos.

CUADRO No. 6

DEMANDA DE ATENCION EN EL CENTRO DE SALUD DE LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS EN EL AÑO DE 1974

Có-digo	Entidad Morbosa	No.	%
29	Otras virosis	213	13.90
90	Influenza	165	10.76
60	Avitaminosis y otras enfermedades nutricionales	153	10.00
16	Tos Ferina	150	9.80
4	Anemias	74	4.82
99	Disenteria bacilar y amebiasis	73	7.77
119	Gastritis y Duodenitis	64	4.18
	Infecciones de piel y TCS	53	3.46
43	Otras Helmintiasis	48	3.14
5	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	43	2.81
111	Otras enfermedades del aparato Genito-urinario.	32	2.09
	Las demás causas	463	30.24
	Total	1531	100.00

FUENTE: Registros de pacientes atendidos en el Centro de Salud de Senahú A. V. Memoria Anual de 1974.

En total solicitaron consulta 1,531 pacientes lo que hacía un promedio de 127 pacientes al mes. Consulta infantil y preescolar 339 pacientes o sea 22.14 o/o de la consulta general. Consulta pre y post-natal 72 pacientes lo que hace 4.70 o/o de los pacientes atendidos.

Podemos observar que igual que las causas de mortalidad, la morbilidad, está determinada por los mismos factores desde el punto de vista de que son las mismas enfermedades las que causan las mayores tasas de demanda médica. Es de observar la elevada cantidad de casos de tos ferina, que pueden ser debidos a una inadecuada cobertura de vacunación de la población susceptible en las campañas anteriores.

Mortalidad Materna:

$$\text{Tasa de mortalidad materna:} = \frac{\text{No. de defunciones por embarazo, parto y puerperio}}{\text{Nacidos vivos en el año.}}$$

$$= \frac{4 \times 1000}{1301} = 3.07$$

Este índice no es exacto por el hecho de que muchas muertes maternas, en circunstancias perinatales no son anotadas como tales, lo que nos induce a pensar que sería más elevado, pues pensamos que no se incluyen muertes causadas por aborto o durante el puerperio y si, únicamente las causadas por parto propiamente.

Comparando con las tasas nacionales de los años 1961-62 que fueron de 2.5 y 2.4, la muestra (3.07), es más elevada en el municipio de Senahú, lo que representa un alto riesgo de embarazo, parto y puerperio de la población. (10)

Mortinatalidad:

$$\frac{\text{No. de mortinatos en el año}}{\text{No. de nacidos vivos en el año}} \times 1000 = \frac{13 \times 1000}{1301} = 10.00$$

Este índice nos indica otro parámetro para considerar al alto riesgo obstétrico pues representa la cantidad de embarazos que terminan en mortinatos; que puede ser debido a la carencia

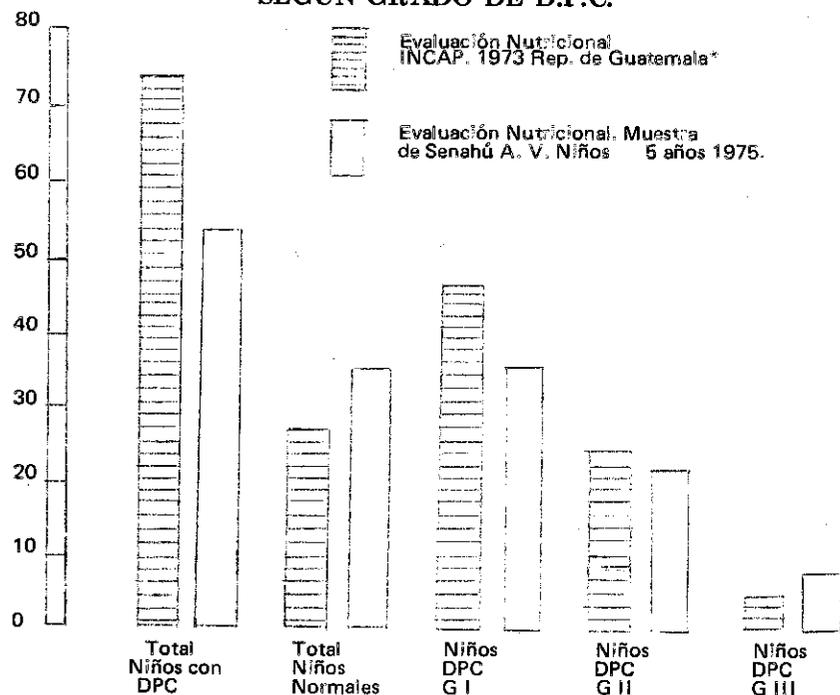
de atención especializada en la época perinatal.

SITUACION NUTRICIONAL:

Es un parámetro universalmente aceptado para evaluar la situación de salud. Nuestra muestra se tomó de un grupo de niños menores de cinco años, encontrándolos distribuidos de la siguiente manera, según la clasificación de Gomez. (2)

GRAFICA No. 5

COMPARACION DE LA SITUACION NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE LA POBLACION DE SENAHU (1975) Y DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA. SEGUN GRADO DE D.P.C.



FUENTE: Monografía No. 7 INCAP (15).

Evidentemente existe menos desnutrición en el grupo de nuestra investigación que el de la república en el año 1969, sin embargo, es de hacer ver que es de poca significación la diferencia en porcentajes, que se puede concluir que el 63,0/o de la población infantil tiene algún grado de desnutrición y que de éste el 7.57 tiene desnutrición GIII (según la clasificación de Gómez) la que es más alta que la de la población de la república. (2)

Con respecto al complemento de nuestra investigación en cuanto a la evaluación nutricional por los signos clínicos encontramos los siguientes hallazgos:

CUADRO No. 7

SIGNOS CLINICOS DE DESNUTRICION

	No.	%
Cabello		
Fácilmente desprendible	16	24.24
Cambio en: Textura	7	10.66
Color	11	16.66
Textura y color	13	19.70
Ojos: Conjuntivitis no purulenta	8	12.12
Cuello: Bocio grado I	3	4.54
Conjuntivas pálidas	40	60.60
Hiperqueratosis folicular	21	31.81
Edema bilateral de piernas	9	13.63
Edema generalizado	5	7.57

Por los resultados anteriores podemos deducir que las cifras sobre el grado de desnutrición se correlacionan con los hallazgos clínicos, siendo que la desnutrición grado III, se presentó en los niños que tenían edema generalizado, por otro lado nos damos cuenta que existen otras características de desnutrición grado III (9); que pueden indicarnos un mayor grado de desnutrición, como son el cambio de color y de textura del cabello, y es casi seguro pues que existe un grado de desnutrición grado III que es más elevado que el deducido por la clasificación de Gómez,

(peso para edad). Con respecto a Avitaminosis "A", son poco los datos clínicos que nos indiquen en definitiva su deficiencia, por lo que hemos podido obtener el complemento para evaluar dicho parámetro utilizando los datos de la investigación sobre vitamina "A", que se llevó a cabo en el municipio de Panzós A. V., en la Aldea de la Tinta, vecina a este municipio estudiado. En esta investigación se investigó vitamina "A" en leche materna y en sangre de niños menores de 5 años.

La concentración de retinol en niños preescolares (menores de 5 años) nos muestra que el 50 o/o de la población tiene niveles sanguíneos menores que los normales. Por otro lado nos damos cuenta en el Cuadro No. 7A que el 81.25 o/o de las madres tienen en leche materna los niveles por debajo de los aceptados.

CUADRO No. 7A

CONCENTRACION DE RETINOL EN SANGRE DE PREESCOLARES EN LA POBLACION DE LA TINTA ALTA VERAPAZ

Concentración de Retinol x 100 ml.	No.	%
10 a 19.9 ug	8	25
20 a 29.9 vg	8	25
30 ug y más	16	50
TOTAL DE CASOS	32	100

CUADRO No. 7B

CONCENTRACION DE RETINOL EN LECHE MATERNA EN LA POBLACION DE LA TINTA A. V.

Concentración de retinol	No.	%
Menos de 49 ug/100 ml	26	81.25
Más de 49 ug/100 ml	6	18.75
TOTAL DE CASOS	32	100.00

FUENTE: Programa de Investigación "Operación Rescate". Muestra de Leche y sangre de Preescolares de la Tinta A. V. INCAP, 1975. Datos inéditos.

Por los datos anteriores podemos concluir que el retinol (Vitamina "A") en leche y sangre de madres y preescolares está por debajo de los requerimientos mínimos en la generalidad de la población de la Tinta, A. V., y por lo tanto se infiere que en Senahú, el déficit sino es mayor es igual, aunque nos inclinamos a pensar que tendrá que ser mayor por las características de la población de la tinta que es un centro comercial.

Por otro lado con las pocas pacientes investigadas que se encontraron en la muestra, (señoras embarazadas), encontramos que un peso incidental tomado a las pacientes no es un dato que indique el estado de nutrición de dichas pacientes. Los resultados de hemoglobina de estas pacientes demuestra que existe anemia en el 100 o/o de las pacientes, aunque no todas las pacientes presentan el mismo grado de anemia.

CUADRO No. 8

HEMOGLOBINA EN PACIENTES EMBARAZADAS. EN SENAHU A. V. 1975

Hemoglobina gramos	No.	%
7.2	1	10
9.2	2	20
9.5	1	10
10.0	3	30
10.25	1	10
11	1	10
12.5	1	10

FUENTE: Encuesta realizada por J. R. V. 1975

Podemos pues deducir de los resultados del cuadro que existe un problema nutricional en las embarazadas en general, y que por otro lado según los índices del alto riesgo caen todas dentro del más alto riesgo obstétrico, esto es por las condiciones imperantes, es decir a) desnutrición, b) falta de atención prenatal c) anemia etc.

INGRESO PER CAPITA:

Otro de los parámetros investigados de la muestra de

familias fue el ingreso per cápita para lo cual se tomó en cuenta su producción pecuaria, salarios devengados y otro tipo de ingresos.

CUADRO No. 9

INGRESO PER-CAPITA MENSUAL DE FAMILIAS (DE LA MUESTRA) DEL MUNICIPIO DE SENAHU A.V. 1975

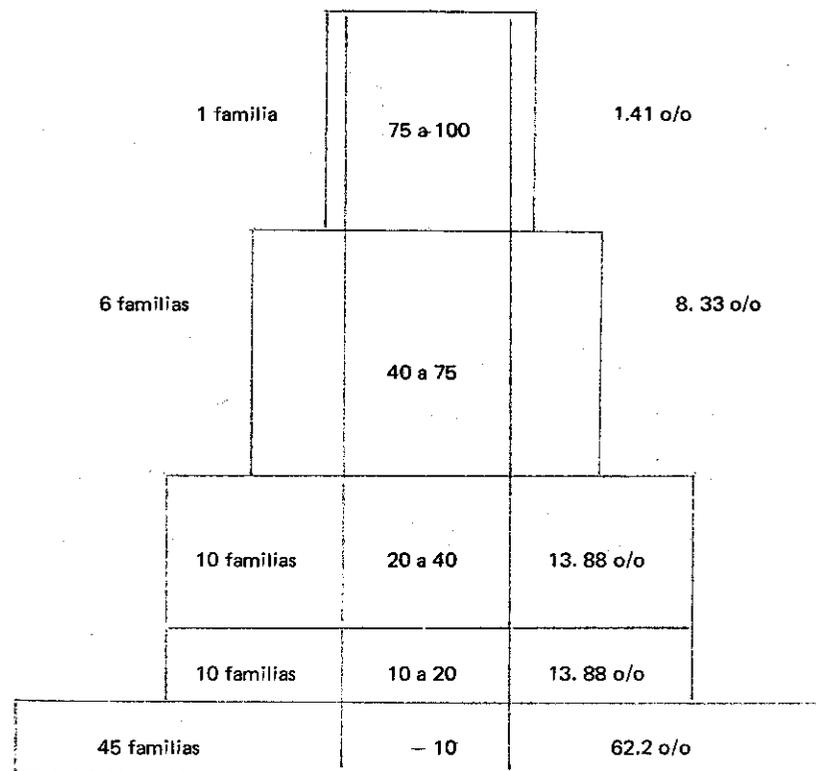
Quetzales	No. Familias	%
0- 5	18	25
5-10	27	37.5
10-20	10	13.88
20-40	10	13.88
40-75	6	8.33
75-100	1	1.41

FUENTE: Encuesta familiar R. Vidaurre 1975. Senahú A.V.

El cuadro anterior nos muestra una población (1975) en la que el 62 o/o, en el área urbana, gana menos de Q.10.00 per-cápita mensual y que solamente una familia de la muestra el 1.41,o/o ganaba de Q.75.00 a Q.100.00 mensuales per-cápita, lo que nos muestra una pirámide de ingresos (gráfica No. 6) de base ancha y en la cual se evidencia la desigual distribución de la riqueza y en la que nos hace pensar que en el área rural la situación es más aguda, en el sentido de que las familias que ganan más son menos munerosas y las que ganan menos o desposeídos son en mayor porcentaje.

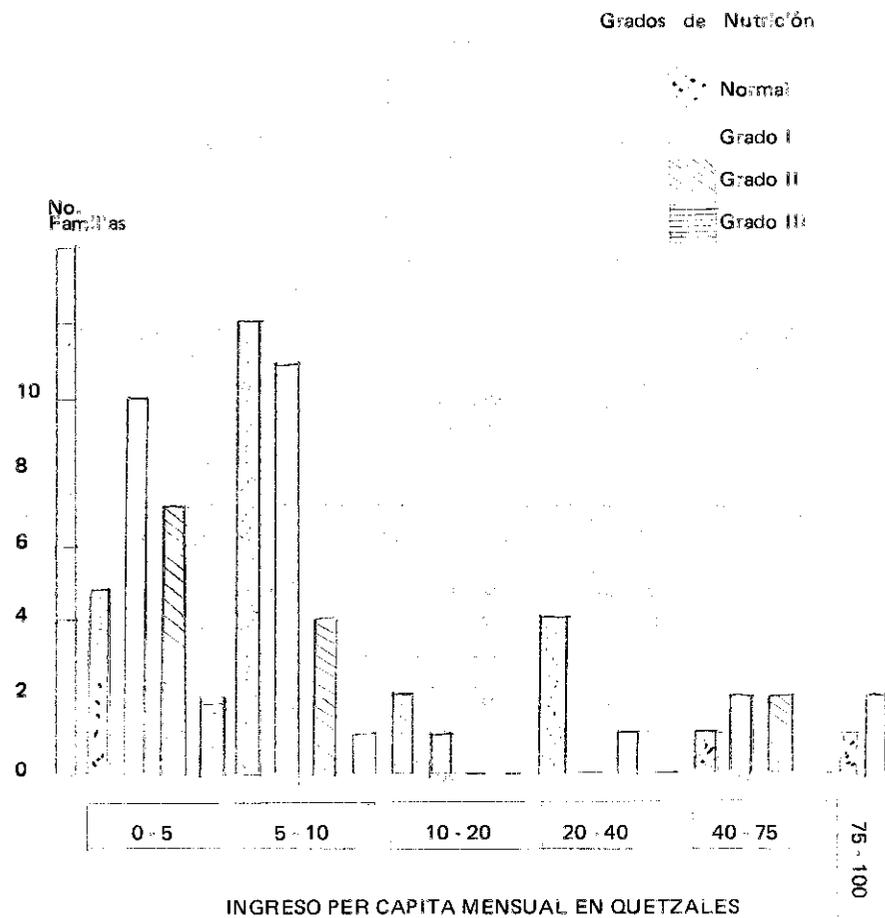
GRAFICA No. 6

PIRAMIDE DE DISTRIBUCION DE FAMILIAS SEGUN INGRESO PER-CAPITA



GRAFICA No. 6 A

CORRELACION ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL INGRESO PER-CAPITA DE LA MUESTRA DE POBLACION. SENAHU A.V. 1975



FUENTE: Encuesta nutricional e ingreso per cápita. Rafael Vidaurre. 1975.

En la gráfica anterior encontramos que existe una íntima relación entre el ingreso per-cápita y el estado nutricional de los niños y por extensión de la población. Evidenciándose que a menor ingreso per-cápita va a existir más desnutrición en los niños, encontrando además que el mayor porcentaje de niños desnutridos está en las familias menos favorecidas económicamente, encontrando que en este grupo hay mayor cantidad de niños en términos generales que en las familias con mejores ingresos lo que se comprende por el gráfico No. 6 que nos muestra que las familias de mayores recursos económicos son el 1.41 o/o.

Podría hacernos pensar, por los datos anteriores, que en las familias de ingreso per-cápita elevados existe también desnutrición, pero en menor grado porque tienen menos hijos, por lo que es pertinente agregar que los pacientes encuestados que mostraron desnutrición en estas familias eran hijos de los sirvientes o en el caso de una familia, porque padecían problemas congénitos.

SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA:

Los datos que a continuación se expresan son tomados de la encuesta de población urbana y rural que abarcó el 77 o/o de la población general.

CUADRO No. 10
GRUPO ETNICO

Grupo étnico	URBANO		RURAL		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ladinos	548	37.64	253	1.40	801	4.26
Indígenas	908	62.36	17068	98.60	17976	95.74
Total	1456	100.00	17321	100.00	18777	100.00

Por lo que podemos notar en el cuadro anterior, se evidencia que solamente el 6.1 o/o de la población pertenece al área urbana y el resto 93.9 o/o pertenece al área rural. Por la carencia de recursos urbanísticos como agua potable, drenajes y luz eléctrica nuestra área urbana dista mucho de tener características de urbanización.

Otra característica es que el 95.75 o/o de la población es indígena y por lo tanto con características culturales propias que determinan definitivamente la persistencia de los problemas del área de salud, debido al arraigamiento de costumbres y tradiciones que persisten en el lugar y que dificultan la introducción de actitudes y hábitos que tiendan a mejorar las condiciones de vida. Dicho problema es más agudo en el área rural donde dicho porcentaje alcanza el 98.6 o/o.

No podemos olvidar lo que dijo Aguirre Beltrán con respecto al dicho vulgar de que "la vida en el campo es más sana hasta que en el área urbana se instalen servicios de agua potable y salubridad." (1. p 12)

ALFABETISMO:

Conocido es el hecho de que Guatemala tiene uno de los índices de analfabetismo más altos del mundo. Al ver la situación de la población mayor de 15 años que no sabe leer ni escribir, se comprende el por qué no se logra penetrar a la cultura para hacer virar en forma positiva los índices de morbi-mortalidad.

CUADRO No. 11

ALFABETISMO*

	URBANO		RURAL		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Alfabetas	511	47.66	1299	10.65	18.04	13.60
Analfabetas	561	52.34	10896	89.34	11457	86.40
Total	1072	100.00	12195	100.00	13261	100.00

* En personas mayores de 17 años.

Este cuadro corresponde a personas mayores de 15 años, como es evidente solamente el 13.60 o/o de la población sabe leer y escribir, siendo en el área rural 10.65 o/o problema que no tiene solución mediata por la carencia de un programa real de alfabetización, ya que las escuelas en general, como se ve con los cuadros de asistencia escolar, no cubren la población escolar, y los porcentajes de dicha población cubierta no muestran el problema real, dado, que la mayoría de los asistentes a la escuela, solamente cursan el primer y segundo grados de primaria y al cabo de un tiempo muy corto, "ya no saben ni poner su nombre", por otro lado es de hacer ver que no se presenta en toda su magnitud el problema de escolaridad porque la mayoría de los niños mueren antes de llegar a la edad escolar, como lo demuestra el hecho de que el 60 o/o de las muertes son producidas en niños menores de 5 años.

ESCOLARIDAD:

CUADRO No. 12

	URBANO		RURAL		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Van escuela	204	62.38	1293	38.40	1497	41.00
No van	123	37.62	2031	61.60	2154	59.00
Total	327	100.00	3324	100.00	3651	100.00

Esta población es referida a la población cubierta por la encuesta. Un 10 o/o de la población total está en edad escolar, de la que solamente se cubre el 40 o/o llegándose hasta el 62 o/o en el área urbana, con respecto a la descripción de este fenómeno no nos queda más que decir que la posibilidad de que una persona llegue a la escuela de educación media es muy remota siendo determinante el hecho de que en el municipio solo existe un instituto de educación básica que solo cubre los tres años iniciales.

Además existe otro tipo de problemas para que las personas encargadas de llevar la educación y las primeras letras a la mayoría de la población pueda llenar su función, como son la deserción escolar, y el monolingüismo (que anudado a que en el hogar no existe una respuesta favorable a sus esfuerzos de enseñanza, porque no encuentran utilidad a los conocimientos impartidos en la escuela para sus necesidades de subsistencia, se concluye que su labor es un fracaso.

Y no se puede dejar de hacer la observación de que la enseñanza está circunscrita a programas y actividades rígidas que no desempeñan ninguna función en el verdadero desarrollo de actitudes positivas para la resolución de los problemas educativos y de salud de la familia, reconocidas por la comunidad.

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA:

Las condiciones de la vivienda, son una manifestación de el desarrollo o posición social de cada familia y pueden determinar

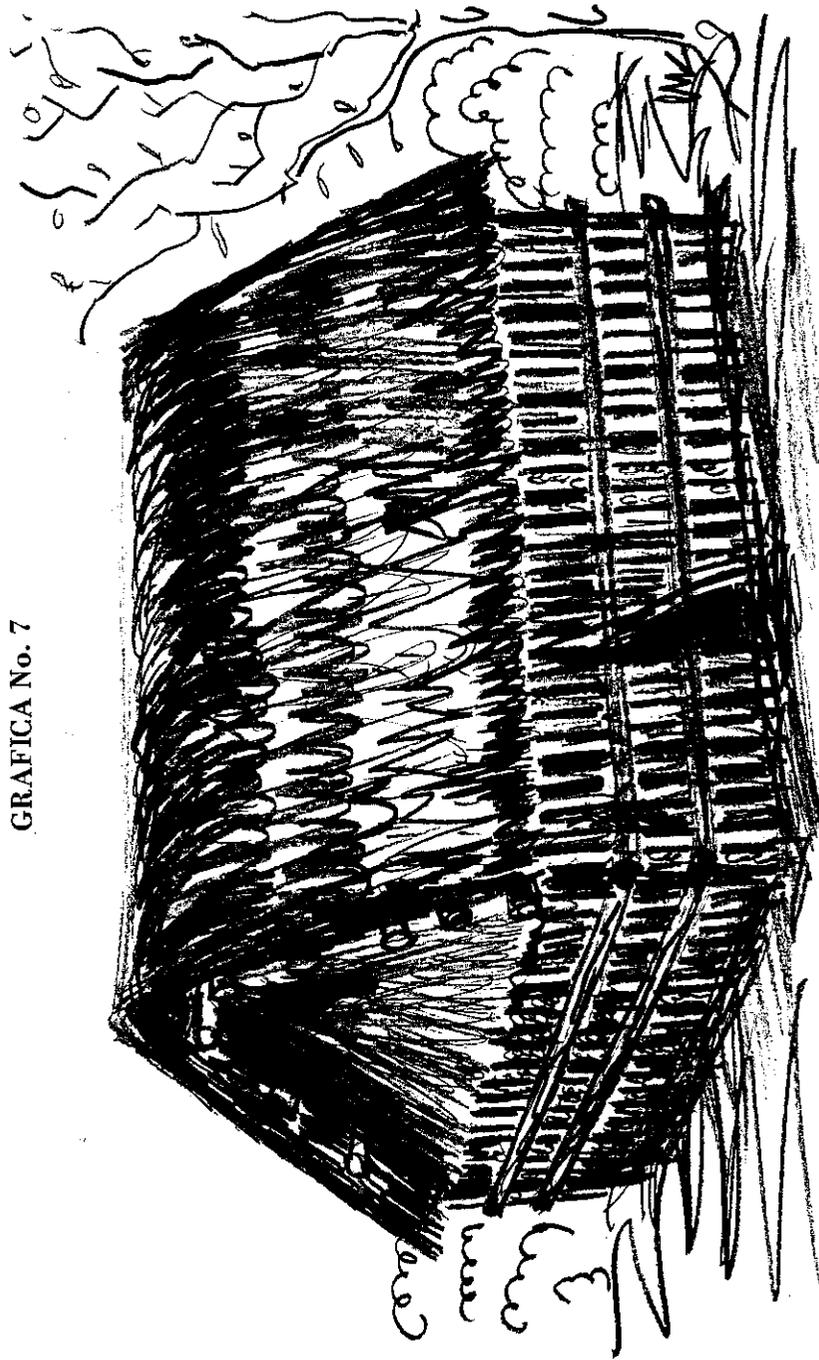
de una manera preponderante la existencia de enfermedades. Los datos que a continuación se describen nos ayudarán a comprender el por qué algunas enfermedades persisten.

CUADRO No. 13

CONDICIONES DEL TECHO

	URBANO		RURAL		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Paja	110	39.56	2707	82.78	2817	79.40
Lamina Zn	164	59.35	548	16.76	713	20.09
Otros	3	1.09	15	0.46	18	43
Total	278	100.00	3270	100.00	3548	100.00

El techo de paja, es el que completa el paisaje del área y usualmente es de hoja de caña, que tienen que cambiar cada dos o tres años. En el área urbana existen algunas viviendas más, que tienen techo de lámina de zinc siendo insignificante las que tienen terraza o teja. El techo de lámina constituye una de las manifestaciones de "riqueza" y en las fincas solo gozan del mismo los patronos o los empleados de confianza. Por la naturaleza del techo de paja este es nido habitual de roedores y otros insectos que son de difícil control, pudiendo constituirse en vectores eficientes de enfermedades.



RANCHO PAJIZO, PAREDES DE "KUKES"

CUADRO No. 14

CIELO RASO

	URBANO		RURAL		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
No tiene	189	67.99	2894	88.50	3083	86.89
Machimbre	43	15.46	30	0.91	73	2.05
Telas	11	3.95	2	0.06	13	0.36
Carton	3	1.07	5	0.15	8	0.22
Otros	32	11.53	339	10.38	371	10.48
Total	278	100.00	3770	100.00	3548	100.00

Las cifras nos muestran que un gran porcentaje de las viviendas del área rural (un poco menos de el área urbana) no tienen cielo raso, aparte de la significación de tener una vivienda con cielo raso, como rasgo de bienestar económico creo que está característica puede ser factor para la persistencia de enfermedades respiratorias, y por otro es un signo de hacinamiento, pues existe íntima relación entre una habitación y otra, que puede ser la cocina o la antesala, que en algunas ocasiones es utilizado por los animales domésticos en la noche. (12)

CUADRO No. 15

PISO

	URBANO		RURAL		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Tierra	186	66.90	3154	96.45	3340	94.13
Madera	3	1.7	9	27	12	0.34
Cemento	89	31.4	107	3.28	196	5.53
Total	278	100.00	3270	100.00	3548	100.00

Evidentemente las condiciones de la vivienda son propicias para el desarrollo de cualesquiera de las enfermedades infecto-contagiosas, ya que además de no permitir una limpieza adecuada, el piso de tierra favorece por la misma humedad de la región el crecimiento de agentes infecciosos y por otro lado la reiterada costumbre de no utilizar calzado y convivir con los animales domésticos en las mismas habitaciones y los vectores favorecen infección en los susceptibles huéspedes de el área rural. No está demás decir que la gran mayoría de viviendas tienen en el mismo piso el fogón (cocina). (12)

CUADRO No. 16

PAREDES

	URBANO		RURAL		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Tabla	149	53.59	1503	45.96	1652	46.56
Palma	31	11.15	449	17.73	480	13.53
Kukes	44	15.83	1262	38.59	1306	36.81
Blocks	54	19.43	40	1.23	94	2.65
Ladrillo			16	0.48	16	0.45
Total	278	100.00	3270	100.00	3548	100.00

Con respecto a el presente rubro de las condiciones de las viviendas de nuestra población, podemos observar que la mayoría de las viviendas están construídas por materiales procesados, aún en el área rural, ya que las viviendas de esta área menos del 20 o/o son de blocks u otros materiales similares, permanentes y el resto son de tabla y algunos de palma o de "kukes", lo que es más significativo en el área rural en donde solo se llega el 3 o/o de viviendas permanentes. Con esto se demuestra que la carencia de recursos para la construcción es grande y no está demás hacer ver que estas viviendas son construídas "en propiedades" que no pertenecen a los usuarios sino a los patronos o arrendatarios.

En el protocolo de la investigación no se contemplaba la característica predominante de las paredes del área de Senahú y por extensión de los Keckchies, que es el de construir las paredes de Kukes, es decir de madera labrada con machete y hacha del árbol que en la región se conoce como Bach o usualmente llamado palo de balsa, que tiene varias características especiales como son su poco peso para transportarlo (como usualmente lo hacen, atado a la espalda con mecapal) por otro lado es de fácil labrado, ya que es suave; por lo que se pueden construir tablas sin aserrarlas. Con respecto de la construcción de las paredes la madera de las mismas no es aserrada, deja entre palo y palo requisitos que favorecen la entrada de luz, aire y agua (cuando azota la lluvia). Dibujo No. 7, y por este motivo las casas usualmente no tienen ventanas y luego la puerta está constituida por tres o cuatro maderamenes que se sacan. Otra característica es que no utilizan clavos sino que son atados los kukes con tiras de la corteza del mismo palo. Base fundamental de las viviendas son los horcones o pilastras sobre los que se asientan el techo y donde se sujeta la madera de las paredes. (1-12)

Como es de comprenderse no teniendo ventajas éstas viviendas son oscuras, o por otro lado completamente cerradas, al igual que las ishbas rusas que tampoco tienen chimeneás y por lo tanto el calor y el humo se encierra en las épocas de frío.

CUADRO No. 17

INSTALACIONES

	RURAL		URBANO		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Cocina	633	19.35	149	53.60	782	22.04
1 cuarto	1698	51.92	87	31.29	1785	50.32
2 cuartos	1373	41.99	102	36.69	1475	41.57
3 cuartos	161	4.92	46	16.55	207	5.83
Más de 3 cuartos	38	1.17	43	15.47	81	2.28

De más está decir que los presentes datos es de acuerdo a las viviendas encuestadas, que representan el 100 o/o; y quizá lo único que variaría es que aumentaría el porcentaje de las más ingratas condiciones al tomar en cuenta toda el área rural y no solamente lo que se logró encuestar, ya que entre lo que se dejó encuestar están las aldeas más lejanas y pobres.

Haciendo un breve análisis de lo observado nos damos cuenta que en general son pocas las viviendas que tienen separada la cocina de las demás habitaciones, las razones de ello es que el fuego que se hace en el centro de la vivienda da calor a sus habitantes en las noches de frío, ya que observando sus vestimentas nos damos cuenta que los cobertores son escasísimos, lo mismo que la demás ropa de sus habitantes, siendo común que duerman con la misma ropa del día, por otro lado la cocina propiamente está constituida por las tres piedras que constituyen la base de la hoguera donde cuecen el "buche" o nixtamal en una olla de barro, y enseguida ponen un comal donde se cuecen las tortillas. (12)

El 94 o/o de las viviendas del área rural tienen uno o dos cuartos y que además esa área rural solamente el 1.17 o/o de las viviendas tienen más de tres cuartos, lo que mejora en el área urbana donde las viviendas de dos o más cuartos llegan a 32 o/o. Estas condiciones nos indican ya de por sí que existe un hacinamiento, que favorece la transmisión de enfermedades, lo que se comprenderá mejor si se sabe que en las viviendas de dos habitaciones, una es la cocina y además dormitorio, pues el cuarto de la entrada constituye la sala, o entrada de la casa

donde se recibe a los visitantes y se tiene el altar del santo protector.

CUADRO No. 18

ALUMBRADO

	URBANO		RURAL		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Eléctrico	118	42.44	151	4.62	269	7.58
Gas	152	54.68	3067	93.79	3219	90.73
Candela	7	2.52	47	1.44	54	1.52
Ocote	1	0.36	5	0.15	6	0.17

En el área urbana solo poco menos de la mitad de los habitantes gozan de alumbrado eléctrico y el resto utilizan gas Kerosene para alumbrarse por la noche y de éstos hay que aclarar que la mayoría usan cándiles que son frascos a los que se les pone una mecha de trapo de desecho. Es por ello que el gas constituye uno de los medios de recibir en especie su salario. La candela se usa en menor cantidad aunque su uso predomina para las celebraciones religiosas conjuntamente el pom y el incienso.

La carencia de luz eléctrica como es de suponerse, hace que las personas se retiren temprano de la tarde a dormir, siendo en excepciones de las celebraciones, como son la de velar la semilla de la siembra del maíz o bendiciones de las casas "El Cuatesin" cuando velarán durante toda la noche.

CUADRO No. 19
FUENTES DE AGUA

	URBANO		RURAL		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Riachuelo	19	6.85	2170	66.36	2185	61.70
Pozo con brocal			28	0.86	28	0.79
Pozos - brocal	8	2.87	661	20.21	669	18.86
Tubería intra-domiciliar	109	39.20	62	1.89	171	4.82
Tubería extra domiciliar	141	50.72	285	8.72	426	12.00
Otros	1	0.36	64	1.96	65	1.83

Como podemos observar el área urbana tiene el 90 o/o de las viviendas tiene agua con tubería pero de esto solamente el 39 o/o tiene agua intradomiciliar, hechos que ya de por sí son favorecedores de contaminación y por ende de infecciones, mayormente las gastrointestinales e infecciosas. Una investigación microbiológica del agua (los dos abastecimientos del lugar Yolojche y Sexec, este último usualmente no mantiene agua en el verano) realizada por el laboratorio bacteriológico de la Dirección General de Servicios de Salud reportando un agua mala desde el punto de vista bacteriológico, pues contiene innumerable cantidad de gérmenes, bacterias. (14)

Por otro lado, nos damos cuenta que en el área rural la mayor parte de las viviendas se abastecen en riachuelos y solamente es el 17 o/o de la población que recibe agua en condiciones aceptables, como son tubería o con pozos con brocal. Y si a esto agregamos que usualmente se consume el agua sin hervir y que según veremos en el renglón de excreta no existen una buena disposición de éstas, sabremos como el factor ambiente es determinante para que persista alto los índices de morbi-mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas y gastrointestinales.

CUADRO No. 20
BASUREROS

	URBANO		RURAL		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Patio	182	65.46	2705	82.72	2887	81.37
Incineración	4	1.43	12	0.37	16	0.45
Basurero	75	26.99	93	2.84	168	4.73
Serv. Municipal						
Otro	17	6.12	460	14.07	477	13.44

La gran mayoría de las casas usan el patio alrededor de las casas para depositar sus basuras, existiendo pocos lugares que pueden llamarse basureros, pues son simple amontonamiento de basuras que ayudan a mantener la diseminación de agentes patógenos.

CUADRO No. 21
EXCRETAS

	URBANO		RURAL		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Flor de tierra	80	28.77	3099	94.77	3179	89.50
Letrina sanitaria	101	36.33	81	2.48	182	5.13
Let. insanitaria	69	24.82	38	1.16	107	3.02
Fosa séptica	15	5.40	52	1.59	67	1.89
Colector público	13	4.68			13	0.37

Por los datos anteriores nos podemos dar cuenta que solamente en el área urbana existe un colector público, que cubre escasamente el 4.68 o/o de la población, pero tomando en cuenta lo moderadamente aceptado para la utilización de excretas solamente se cubre con fosas sépticas, y letrinas sanitarias el 7 o/o de la población general; estando el resto de la población efectuando sus excretas a flor de tierra o en letrinas que no cubren los requerimientos sanitarios mínimos. Y si a ésto agregamos que un porcentaje de los que tienen letrinas no las usan por no considerarlo de utilidad, (1) se comprende mejor los problemas que se encuentran para erradicar las enfermedades (eje: gastrointestinales) endémicas en el área, y que indudablemente no se resolverán con la distribución de antidiarréicos de dudosa efectividad o antiparasitarios que se dan esporádicamente en dichos lugares.

CUADRO No. 24

CONSTITUCION DEL AREA RURAL

	No. de viviendas	o/o
Fincas particulares	1,954	59.75
Fincas Cooperativas	646	19.75
Caseríos	640	20.50
TOTAL VIVIENDAS	2,240	100.00

El cuadro anterior nos da una idea de como se encuentran distribuidas las viviendas en los latifundios particulares o estatales y en menor grado en caseríos que constituyen las entidades municipales. No puede dejarse desapercibido que el casi 60 o/o corresponde a fincas particulares que conjuntamente con las fincas cooperativas llegan al 80 o/o de viviendas del área rural, indudablemente que la importancia de esta distribución nos indicará las grandes dificultades para que lleguen los recursos sanitarios a esta comunidad; así las fincas escasamente tienen un botiquín de primeros auxilios como todo recurso para atender la salud de sus colonos.

HABITOS Y CREENCIAS SOBRE LOS ALIMENTOS:

El instrumento de investigación III parte A, sirvió para encuestar lo que la familia consumía en el área urbana, pudiéndose observar los siguientes resultados:

ALIMENTACION FAMILIAR:

En las familias el alimento predominante es el maíz y el frijol, base de la alimentación general que se consume en todos los tiempos de comida y todos los días de la semana. Se consume carne en menor cantidad y solamente dos o tres veces a la semana. Las familias de escasos recursos escasamente lo hacen una vez cada 15 días.

Invariablemente quién visite Senahú se da cuenta que la producción agrícola en el ramo de hortalizas es nula y en la encuesta sobre aspectos de producción no encontramos ninguna granja en el área. Al tabular la cantidad de proteína animal nos damos cuenta que es deficiente, de igual manera que las frutas y las ya referidas hortalizas.

ALIMENTACION DE LAS EMBARAZADAS:

Básicamente es la misma que del resto de la familia y solo esporádicamente cuando el niño ya nació o va a nacer, algunas familias para halagar a la señora matan algunas aves, gallinas o pavos. Otra costumbre es la de consumir proteínas animal en mayor cantidad durante las fiestas siendo las más importantes, las siembras del maíz y el día de los santos.

ALIMENTACION DEL ESCOLAR:

De igual manera que la alimentación de la embarazada la alimentación del escolar es la misma que la de toda la familia y como se comprenderá, esta alimentación está de acuerdo al nivel económico, pues en las familias de alto o mediano nivel económico que son las mínimas, tradicionalmente traen los alimentos de la cabecera departamental y del valle del Polochic, pues usualmente en el mercado no existen verduras ni frutas. En la encuesta nos encontramos que el alimento que más se daba a los niños, además de lo que comía toda la familia era la leche,

(en 12 familias) y luego el pan, incaparina, y fruta en cinco familias, el resto de familias no daba otro tipo de alimentación además del que consumía toda la familia, con excepción de la época de la escuela, que recibían refacción a las diez de la mañana, pero no durante todo el ciclo escolar, que consistía en harinas proporcionadas por CARE.

ALIMENTACION DEL PREESCOLAR:

Es básicamente la misma que la de toda la familia, y como dijimos en la alimentación del escolar solamente en raras ocasiones se suplementaba esta alimentación, y esto en las familias más pudientes.

ALIMENTACION EN EL PRIMER AÑO DE VIDA:

Hemos de referirnos primero que solamente en dos familias encontramos que no se lactaba a los niños y en otras 42 familias si se hacía.

Encontramos luego que la edad del destete varía de la manera siguiente:

CUADRO No. 22

EDAD DEL INICIO A ALIMENTOS NO LACTEOS		
		%
Menos de 3 meses	4	8.33
De 3 a 6 meses	8	16.66
De 6 meses a 1 año	12	24.99
De 1 año a 2 años	15	31.20
Más de dos años	9	18.82
	48	

Por la presente observación nos podemos dar cuenta que los niños inician los alimentos no lacteos en general después de los 6 meses y que la mitad de los niños inician después de cumplido el año de vida. Por otro lado la encuesta mostró que quienes inician la alimentación no lactea antes del primer año de vida se reduce a café con tortilla, pan y algunos escasos cereales. No podemos dejar de hacer ver que existe un grupo que sí inicia la

alimentación de sus niños antes de los tres meses, pero estas son de las familias de mejores recursos económicos.

CUADRO No. 23

EDAD DEL DESTETE

	No.	%
Menos de 6 meses	6	10.53
De 6 meses - 1 año	16	28.07
De 1 a 2 años	18	31.58
Más de 2 años	17	19.82
	57	100.00

Una buena parte de las madres dejan de lactar después de los dos años, las causas de ello son que, de esta manera retrasan "la llegada de otro niño" y por otro lado de ésta manera obvian el tener que alimentarlos temprano ya que asocian el inicio de la alimentación con problemas diarreicos, ya que por carencia de orientación adecuada de la alimentación infantil y la existencia de la falta de agua potable asociada a los malos hábitos higiénicos favorece la contaminación alimenticia.

ALIMENTOS MALOS:

En este rubro se hace poca distinción entre los alimentos que son malos para la madre o el niño durante la época de la lactancia, pero en general queda establecido que una buena parte de la población considera malos los siguientes alimentos: carne de cerdo, yerbas, como puntas de guisquil, etc., aguacate, frijol verde, agua fría, cosas ácidas y algunas otras verduras. En general podemos observar que existen perjuicios sobre la alimentación de la madre en el puerperio y esto es argumentado así: "le hace mal al niño lo que come la madre".

MEDIOS DE PRODUCCION:

La presente descripción nos demuestra cual es el estado económico, comprendiendo en este aspecto la distribución de la tierra los medios de producción, las fuentes de trabajo, y la

calidad del mismo y el salario devengado.

CUADRO No. 25

TENENCIA DE LA TIERRA

No tienen terreno	20	27.02	27.02
Menos de 10 cuerdas	20	27.02	54.04
De 10 a 20 cuerdas	17	22.96	77.00
De 20 a 100 cuerdas	5	6.76	83.76
De 100 a 500 cuerdas	3	4.05	87.81
De 500 a 2,000 cuerdas		5.40	93.91
De 2,000 a 5,000 cuerdas	4	5.40	93.91
Más de 5,000 cuerdas	3	4.05	100.00
	74		

Como podemos observar en el presente cuadro, la distribución de la tierra, se traduce en un latifundismo que funciona a costa de los desposeídos que son más del 80 o/o (57); en la población del área urbana, por lo que se comprenderá que se multiplicarán enormemente en el área rural.

Por otro lado la tenencia de la tierra se basa en terrenos en propiedad, o como colonos, no existiendo el arrendamiento o usufructo, ya que este es muy alto, y por la calidad del terreno, en el cual la producción es baja como se demuestra posteriormente, no da lugar al mismo (arrendamiento).

Acerca de los instrumentos de trabajo, podemos decir que todos disponen o poseen machete y azadón para trabajar siendo éstos instrumentos propiedad del que los trabaja y no del patrono.

PRODUCCION AGRICOLA:

La alimentación básica es a base del maíz, por lo que no es difícil deducir, que el cultivo principal desde el punto de vista de extensión, es la milpa y secundariamente el cultivo del frijol. Viene a agravar la condición económica de la población el hecho que por cada cuerda sembrada de 25 varas por lado, se produzca escasamente de 25 a 50 libras de maíz o frijol, y necesitando

para producirlo de 4 a 5 jornales (roza, siembra, 2 limpias cosecha), lo que significa que cada quintal de maíz cuesta de Q.10.00 a Q.20.00, concluyendo según estimaciones que, una familia que comiera solamente maíz y frijol, necesita trabajar 200 días del año para producir dichos productos, quedándole el resto del tiempo para producir para sus necesidades secundarias, lo que coloca definitivamente a dicha población en una situación de atraso permanente. (Los 160 días restantes los trabajan para el propietario de los terrenos en donde vive, que puede ser de un particular o del estado, éste último, dueño; del más del 20 o/o del terreno disponible para sembrar y el primero del 60 o/o.

Es de hacer notar además que lo anterior se cumple en las personas que dependen exclusivamente de su trabajo como campesinos o agricultores que son indígenas Kekchíes, que como vimos son el 95.75 o/o de la población total de Senahú.

FUERZA DE TRABAJO:

Ya nos hemos referido a la misma en el punto anterior y ahora nos referiremos a la forma en que está distribuida la misma en el área urbana, en donde existe algunas otras formas de trabajo. Al respecto de este punto hemos de hacer notar que una buena parte de las personas encuestadas trabajan por su cuenta, otras como jornaleros o colonos y otros pocos como empleados del comercio o de las fincas agrícolas, en oficina o actividades similares, en la municipalidad u otras escasas empresas.

CUADRO No. 26

DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS POR INGRESO MENSUAL. (Sueldo*)

Sueldo al mes en quetzales	No.	o/o
Más de 200	4	5.4
De 100 a 150	6	8.1
De 50 a 100	12	16.3
Menos de 50	52	70.57
	74	100.00

Nota: Estos sueldos cubren a las personas que están empleadas con un sueldo, no incluye a los dueños de fincas.

Como ya hemos dicho con anterioridad, en el área rural todas las condiciones se agravan en el sentido de que la mayoría de la población son mozos colonos de las fincas nacionales o privadas.

Producción Pecuaria:

Según pudimos observar esta se traduce a la crianza de gallinas, chompipes, y una que otra vaca o cerdos.

Manufacturas:

En general no se encuentran en el área urbana y solamente nos refirieron que en las fincas se encuentran artesanías como son la confección de güipiles, por otro lado lo que se encontró fueron en el área urbana algunas tiendas de tortillas y tiendas pequeñas.

El capítulo último de nuestra investigación nos muestra cual es el problema de la discrepancia entre lo que es el problema de salud y lo que creen y piensan los que laboran en el centro y por otro lado la misma comunidad.

PERCEPCION DEL PROBLEMA MATERNO INFANTIL POR LA COMUNIDAD:

Los hallazgos de las encuestas se encuentran tabulados a continuación:

CUADRO No. 27

¿QUIEN LA ATENDIO EN SU ULTIMO PARTO?

	No.	%
Médico	6	13.33
Comadrona	21	46.67
Ninguno	18	40.00
TOTAL	45	100.00

Claramente se aprecia que el médico no tiene ningún papel en la solución del problema real de la morbimortalidad materna, durante el parto, en vista de que el número de partos que atiende son mínimos y por otra parte esto se agrava en el área

rural en donde podríamos decir que no atiende ninguno. Las comadronas que atendieron la mayoría de estos partos son empíricas y sin ningún adiestramiento puesto que las que fueron adiestradas en su mayoría son personas que tienen recursos económicos más o menos aceptables para el área y no llegaron jamás a atender un parto si no están remuneradas adecuadamente, y si no se les da los medios adecuados para atenderlos.

Por otro lado las comadronas adiestradas o empíricas tradicionales a pesar de ser adiestradas siguen atendiendo sus partos como tradicionalmente lo han hecho.

CUADRO No. 28

¿QUIEN LE GUSTARIA QUE LE ATENDIERA SU PROXIMO PARTO?

	No.	%
Médico	9	16.62
Comadrona	22	40.71
Ninguno	23	42.57
TOTAL	54	100.00

Nos encontramos en la misma situación anterior y con los mismos comentarios, lo que demuestra que el centro de salud, si tomamos en cuenta lo especificado en la encuesta no ha efectuado una labor afectiva para resolver el problema. Cuando se refiere a ninguno usualmente quién atiende el parto es el esposo.

CUADRO No. 29

¿DONDE LE GUSTARIA QUE LE ATENDIERAN SU PARTO?

	No.	%
En casa	41	75.89
Centro de Salud	7	12.96
En el Hospital	6	11.10

Poco hay que agregar al respecto de la encuesta sino que por de pronto y mientras no se haga una verdadera reforma o cambio de estructuras a nivel familiar, no se podrá evitar la morti-morbilidad materna.

CUADRO No. 30

¿HA TENIDO CONTROL PRENATAL EN SU ULTIMO PARTO?

Si	22	40.71
NO	32	59.29
TOTAL	54	100.00

Quizá no parezca significativa la cantidad de personas que no asisten a control prenatal, pero al ver la respuesta a la pregunta que sigue sabremos mejor cual es el problema con respecto a la solución del problema.

CUADRO No. 31

¿CON QUIEN TUVO SU CONTROL PRENATAL?

Médico	19	48.72
Comadrona	8	20.51
Enfermera Auxiliar	1	2.58
Curandero	11	28.20
Ninguno	15	27.78
TOTAL	54	100.00

Por lo que podemos observar de las 22 pacientes que tuvieron control prenatal, algunas lo tuvieron simultáneamente con dos o más personas siendo éstas el médico y una comadrona o curandero, y por la naturaleza idiosincrática de la población es de creerse que el que determinaba la conducta a seguir sigue siendo el curandero.

CUADRO No. 32

¿CREE UD. CONVENIENTE EL CONTROL PRENATAL?

SI	33	64.68
NO	18	35.32
TOTAL	51	100.00

CUADRO No. 33

¿PORQUE CREE CONVENIENTE EL CONTROL PRENATAL?

Conocer el estado del embarazo	15	15	60
No sabe		3	12
Evitar complicaciones		6	18
Otras		1	4
TOTAL		25	100

Por lo que podemos observar en estas dos preguntas existe una definitiva tendencia a no considerar necesario el control prenatal, que por otro lado es efectuado por el curandero y el médico simultáneamente, por otro lado podemos creer que el embarazo es considerado como un problema sin riesgos para la madre o el niño.

CUADRO No. 34

¿LE DA PROBLEMAS A UD. EL EMBARAZO?

SI	26	49
NO	27	51
	53	100

Los que contestaron que si, se referían a los problemas de los primeros meses del embarazo más que a otro tipo.

CUADRO No. 35

¿CREE UD. CONVENIENTE LA ATENCION
HOSPITALARIA DEL PARTO?

SI	29	52.72
NO	26	42.28
TOTAL	55	100.00

Los que contestaron que sí se referían a que existían mejores recursos en el hospital pero sin embargo la pregunta está en desacuerdo con que indica donde quiere se les atienda.

CUADRO No. 36

¿PUEDE DARLE PROBLEMAS AL NIÑO EL EMBARAZO?

SI	6	11.53
NO	47	88.47
TOTAL	52	100.00

Por las presentes respuestas se puede deducir que en sí mismo el embarazo no es un riesgo para el niño.

¿Cuando un niño se enferma qué es lo primero que hace?

La mayoría de las madres respondió que lo primero que hace es darle remedios caseros, luego llevarlo al curandero o al que vende las medicinas y por último lo llevaron al centro de salud. Fueron escasos los que indicaron lo llevarían con el médico particular.

CUADRO No. 37

¿ESTA VACUNADO SU NIÑO MENOR DE 5 AÑOS?

SI	34	66.64
NO	17	33.36
¿QUE VACUNAS LE HAN PUESTO?		
Sarampión	22	68.8
Dpt	33	97.2
Antipolio	31	91.14

Estos datos nos muestra la tendencia a vacunar a los niños, lo que puede deberse a que en las campañas de vacunación se salió a vacunar de casa en casa, lo que contrastará con el medio rural en donde se vacuna en menor porcentaje. Según los datos anteriores se vacuna la 3/4 partes de la población lo que aún no es aceptable epidemiológicamente.

CUADRO No. 38

¿CREE UD. QUE LAS VACUNAS AYUDAN A LAS PERSONAS?

SI	40	68.96
NO	18	31.04
TOTAL	58	100.00

Encontramos que una mayoría contestó que sí ayudan las vacunas a las personas y de éstas que contestaron que sí, hay que hacer ver que al preguntárseles por qué respondieron que no sabían. Las que contestaron que no, referían que sausaban fiebre y enfermaban a los niños.

CUADRO No. 39

¿LLEVA UD. UN CONTROL DEL CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DE SU NIÑO?

SI	5	11.1
NO	40	88.9
TOTAL	45	100.00

Evidentemente con esta respuesta encontramos que la gran mayoría considera que no es necesario controlar el crecimiento de los niños.

CUADRO No. 40

¿CUANDO UN NIÑO NO ESTA ENFERMO CREE UD. CONVENIENTE QUE LO EXAMINE UN MEDICO O UNA ENFERMERA?

SI	14	25.92
NO	40	74.08
TOTAL	54	100.00

Evidentemente no existe ningún interés por el control del niño sano, salvo en un 25 o/o de las personas.

CUADRO No. 41

¿DE QUE SE ENFERMAN NAS LAS MADRES?

Estómago	19	35.18
Gripe	18	33.33
Calenturas	16	29.62
Desnutrición	11	20.37
Dolor de cabeza	16	29.62
Embarazo	5	9.25
Nervios	5	9.25
Anemia	7	12.96

Se tomó únicamente los principales datos, evidenciando que los síntomas frecuentemente mencionados son los que se asocian a enfermedades infecto-contagiosas, y pluricarentales, y por otro lado los que se refieren a morbilidad por embarazo, lo que se correlaciona con lo investigado en la mortalidad y morbilidad.

CUADRO No. 42

¿DE QUE ENFERMAN MAS LOS NIÑOS?

Gripe	33	61.11
Estómago	26	48.14
Calentura	36	66.66
Diarreas	26	48.14
Lombrices	10	18.51
Infección	6	11.11
Sarampión	3	5.65

Con respecto a la presente encuesta, podemos referirnos igual que la anterior y agregar que definitivamente se consideran las enfermedades infecciosas del aparato gastrointestinal y respiratorio como causantes de una gran morbilidad. Por otro lado existe entre ellas el sarampión que tiene poca significancia en la mortalidad referida en el registro civil y en el puesto de salud. Hemos de decir lo mismo con el parasitismo intestinal.

CUADRO No. 43

¿DE QUE SE MUERE MAS LA GENTE ADULTA?

Disentería	21
Calenturas	15
Vejez	14
Parto	2
Reumatismo	10
Gripe	7
Estómago	7
Tuberculosis	2
Desnutrición	4
Comer mucho	5

Evidentemente existe una correlación entre lo referido por esta encuesta y lo reportado por la mortalidad. Y es necesario indicar que en esta como las anteriores respuestas se han incluido las más frecuentes y que además, no en todos los casos respondieron con tres respuestas mínimas a cada pregunta sino que a veces solamente con una o dos.

CUADRO No. 44

¿DE QUE SE MUEREN MAS FRECUENTEMENTE LOS NIÑOS?

Calentura	33
Desnutrición	9
Disentería	14
Tos ferina	10
Sarampión	15
Lombrices	10
Neumonía	6
Ojo o hijo	4
Estómago	14
Tos	4
Infección	6
Descuido del niño	4

Evidentemente podemos concluir, como en el caso anterior, haciendo ver que en general aún se considera como causa frecuente de muerte infantil las enfermedades infecciosas y exantemáticas prevenibles por vacunación. Existe evidencia entre los ladinos de que se considera el descuido o desconocimiento de parte de los "inditos" como causa de enfermedad y muerte de sus hijos. Por otro lado no se pudo pasar desapercibido el hecho de considerar el "ojo" y el "Hijo" como causa de fallecimiento de los niños, siendo diagnósticos, inherentes a la cultura Kekch'íe y que se ha introducido a la ladina.

CUADRO No. 45

¿SABE UD. QUE ES DESNUTRICION?

NO	20
SI	44

Esta pregunta se efectuó algunas veces en forma indirecta para que fuera comprendida y nos muestra que en general el 30 o/o de la población no reconoce a la desnutrición como una enfermedad tampoco como secundaria a una dieta inadecuada.

CUADRO No. 46

¿SABE UD. POR QUE SE HINCHAN LOS NIÑOS?

SI	33
NO	33

CUADRO No. 47

¿SABE PORQUE SE ADELGAZAN?

SI	40
NO	23

CUADRO No. 48

¿POR QUE SE LES CAE EL PELO?

SI	44
NO	23

CUADRO No. 49

¿POR QUE SE LES DESCAMA Y MANCHA LA PIEL?

I	36
NO	36

CUADRO No. 50

¿POR QUE MUCHAS EMBARAZADAS SE PONEN PALIDAS?

SI	31
NO	36

Las respuestas a estas preguntas nos muestra nuevamente que la mitad o más de los entrevistados no reconocen la enfermedad pluricausal como causante de cambios en el organismo y por otro lado son atribuidos a fenómenos explicables por causas sobrenaturales, y de ésta manera podemos encontrar que los problemas básicos para llegar a cambiar los índices de mortalidad tendrán que ser basados en un conocimiento de los más arraigados conocimientos que sobre la mentalidad de los indígenas se tenga. Sin olvidar que el primer paso es reconocer los problemas sentidos por la comunidad y tratar de resolverlos y luego, tratar de introducir las modificaciones deseables en los hábitos de acuerdo a los principios de salubridad.

PERCEPCION DE LA SITUACION MATERNO-INFANTIL POR EL PERSONAL LOCAL DE SALUD:

La presente encuesta comprendió a 10 personas, los laborantes en el Centro de Salud de Senahú y algunas de las comadronas adiestradas, debido al número tan reducido de personas encuestadas es poco concluyente los resultados, sin embargo los analizaremos a continuación:

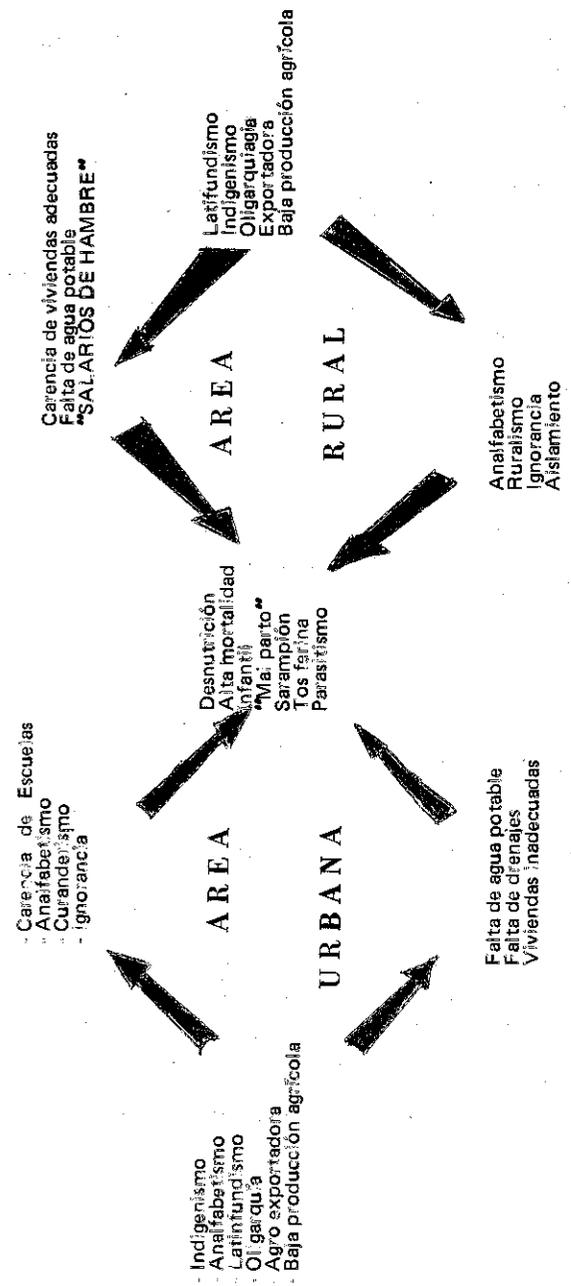
- 1o. Quién la atendió en el último parto?
De tres personas que contestaron la pregunta encontramos que al contrario de la población general que fue atendida únicamente por comadronas y algunos por "nadie", en esta encuesta contestaron que fue por médico, comadrona y enfermera auxiliar.

2. ¿Quién le gustaría que le atendiera su próximo parto?
Esta respuesta fue concluyente que debería ser un médico.
3. ¿En donde le gustaría que le atendieran su parto?
A esta pregunta respondieron que en el hospital dos personas y una en su casa, contrario a la anterior en la cual la gran mayoría quería que se les atendiera en su casa.
4. ¿Ha tenido usted control prenatal en el último o presente embarazo?
La respuesta fue mitad que si y mitad que no.
5. ¿Con quién tuvo su control prenatal?
La respuesta es que con médico y comadrona.
6. ¿A qué lugar asistió al control prenatal?
La respuesta a ésta pregunta fue que en el centro de salud.
7. ¿Cree usted que es necesario o conveniente la atención prenatal?
La respuesta fue concluyente que sí.
8. ¿Cree usted conveniente la atención hospitalaria del parto?
La respuesta unánime fue que sí.
9. ¿Le da problemas a una señora el embarazo?
Ocho personas dijeron que sí y dos que no, al respecto de ésta respuesta es conveniente comentar que aún en el centro de salud no hay conciencia sobre las ventajas de la atención prenatal.
10. ¿Puede darle a un niño problemas en el embarazo?
La respuesta fue la mitad que sí y la mitad que no.
11. ¿Cuando se enferma un niño, qué es lo primero que hace?
Unánimemente se contestó que lo primero que hacían era darle remedios caseros, luego lo llevaban con el médico particular o al centro de salud.
12. ¿Están vacunados sus hijos menores de 5 años?
La contestación fue la mitad que si y la mitad que no.

13. ¿Cree usted que las vacunas ayudan a las personas?
La unanimidad fue de que sí ayudan a las personas.
14. ¿Lleva usted control del crecimiento y desarrollo de su niño?
Tres cuartas partes dijeron que sí y el resto dijo que no.
15. ¿Cuando un niño está enfermo es conveniente que lo examine un médico o una enfermera?
El 80 o/o dijo que sí.
16. ¿De qué se enferman más frecuentemente las madres?
Las respuestas son similares a como respondió la población en general.
17. ¿De qué se enferman más frecuentemente los niños?
Las respuestas son similares a la anterior.
18. ¿De qué se mueren más frecuentemente las personas adultas?
La respuesta es igual que la anterior con la diferencia que consideran la desnutrición como la causa principal del fallecimiento de personas.
19. ¿De qué se mueren más frecuentemente los niños?
Las respuestas son iguales que la anterior.
20. ¿Sabe usted qué es desnutrición?
Solamente una persona contestó que no.
21. Con respecto a las preguntas de las características de desnutrición encontramos que la gran mayoría sí conocían éstas características y las asociaban con desnutrición.

Podemos concluir al respecto de las actitudes y conocimientos sobre los problemas de la salud del grupo materno infantil que de principio no existe mucha diferencia entre los conocimientos generales sobre dichos problemas, pero que sin embargo muchas actitudes de los que trabajan en salud no son compartidas por la población general.

INTERRELACION MEDIO AMBIENTE - HUESPED - AGENTE



Senahú A. V. 1975. Rafael Vidaurte "Diagnóstico de Salud M. I."

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El presente análisis y discusión de los resultados de nuestra investigación lo efectuamos de acuerdo a nuestra norma fijada de analizar por separado los factores que determinan la enfermedad y luego viendo la interacción entre ellos.

SUJETO:

Encontramos que nuestro grupo materno-infantil está constituido por el 69.2 o/o de la población general de nuestra población investigada, la cual muestra un índice de crecimiento vegetativo elevado (55.44 X 1000).

El grupo infantil constituye el 24.33 o/o de la población y es aquí donde se encuentra la mayor mortalidad, constituyendo el 60 o/o. Por otro lado nos damos cuenta que el 96 o/o es indígena, el 86 o/o es analfabeta, el 95 o/o no tiene agua potable, ni viviendas adecuadas. El ingreso per cápita es menos de Q.20.00 mensuales en el 80 o/o de la población y de la misma manera el 80 o/o no tiene terreno cultivable. Asiste a la escuela únicamente el 60 o/o de los niños en edad escolar.

Por otro lado en el aspecto sujeto de nuestra investigación hay que darnos cuenta que los habitantes y sus costumbres ancestrales determinan problemas difíciles de vencer para llevar el cambio necesario para mejorar sus condiciones de salud, pues los hábitos alimenticios son limitados al consumo de maíz y otros pocos alimentos pobres de proteína y en la alimentación infantil y materna existen tabús que agravan el problema.

AGENTE:

Evidenciado por los daños que sufre nuestra población, encontramos que está representado por la desnutrición y otros problemas carenciales y las enfermedades infecto-contagiosas, siendo los índices más significativos por gripes o enfermedades infecciosas superiores, Tos ferina, enfermedades gastrointestinales y disenterías, caracterizadas todas estas enfermedades porque son prevenibles con los adelantos de la ciencia siempre que hayan otras condiciones y sistemas socio-políticas y cuando no ocurren

por exceso del factor "Agente" sino por deficiencia de las condiciones de resistencia del huésped y por las condiciones inadecuadas del ambiente. Por otro lado, las enfermedades carenciales actúan por ausencia del agente (nutrimentos) y que por su acción deficiente colocan al huésped en precarias condiciones por ser afectado por los agentes que en este caso son: enfermedades parasitarias, bacterianas, etc.

AMBIENTE:

Constituido por las características de las viviendas las cuales son significativamente deficientes, de acuerdo a los requerimientos básicos de piso (tierra 94 o/o) cielo raso (no tiene 86 o/o) techo de paja (80 o/o) paredes no permanentes (más del 50 o/o) instalaciones sin cocina. (aparte 80 o/o), alumbrado de cándil (90 o/o). Sólo el 95 o/o tiene agua en tubería intradomiciliar. Datos que en sí mismo nos indican unas condiciones apropiadas para que persistan eternamente los índices de mortalidad por causas infecciosas y parasitarias, nutricionales, prevenibles en otras situaciones más adecuadas.

El ambiente de la comunidad general se caracteriza por un latifundismo en el cual el 80 o/o de la población vive en fincas particulares como "mozos colonos" con salarios que de ninguna manera puede pensarse que ayudaría a mejorar vivienda o condiciones de salubridad.

Luego la producción agrícola de exportación que deja ingresos (riqueza) para el municipio está en manos de una minoría. La producción de subsistencia o familiar es de poco rendimiento necesitando el habitante medio dedicar tres cuartas partes de su tiempo para producir para el patrono la gran mayoría de sus productos, agrícolas y una escasa producción (maíz y frijol) para su consumo.

DISCUSION DE RESULTADOS:

Encontramos, en resumen, una población dañada por los factores ambientales en la que existe una interdependencia que mantiene un círculo de difícil solución por el acaparamiento de terrenos cultivables y riqueza de unos pocos (más del 26 o/o) que mantiene a la mayoría de la población marginada de los adelantos científicos y técnicos que han demostrado eficacia y

han sido ampliamente pregonados por quienes trabajan en salud.

En nuestros resultados se demuestra ampliamente el atraso que en el campo de la salud prevalece en el área, característica de los países del tercer mundo, desnutrición, enfermedades infecto-contagiosas, respiratorias, gastrointestinales. De la misma manera, encontramos las condiciones ambientales que favorecen dichos problemas seculares, falta de vivienda adecuada, insalubridad, falta de agua potable, etc., que no son en sí mismo su problema, el cual debe ser objeto de estudio y acción.

No creemos sin embargo, que los esfuerzos para resolver éstas condiciones, como el de introducción de agua potable o atención materna, prenatal o infantil y preescolar por parte de quienes trabajan en salud, resuelva dichos problemas por los hallazgos de carácter socio-político y cultural que muestran un sistema cerrado de clases que, por gozar de los recursos modernos antes mencionados, olvidan a la mayoría de la población y por otro lado los escasos programas fracasan por su desorientación a las necesidades sentidas por la comunidad, como lo demostró ampliamente Aguirre Beltran (1) hace más de 20 años para la República Mexicana y otros países del sistema hispano americano.

Si bien es cierto que el problema es serio y de difícil solución, consideramos que el primer paso es señalar el problema y que éste sea conocido para poder resolverlo, pues no basta con señalar como usualmente se ha hecho de los problemas existentes, si quienes los sufren no están compenetrados plenamente de los mismos.

8 CONCLUSIONES

1. El presente trabajo cumplió su cometido en el sentido de habernos puesto en contacto con la realidad del área urbana y rural de los municipios de Guatemala.
2. Existieron limitaciones de tiempo y de falta de recursos para poder llevar a cabo una investigación más completa, que cubriera el 100 o/o de las comunidades encuestadas, sin embargo lo encuestado es representativo de lo que es Senahú, del departamento de Alta Verapaz.
3. Por medio de la presente investigación se desarrollaron las actitudes, aptitudes y conocimientos adquiridos en el curso de la carrera en sus primeros 5 años.
4. El municipio de Senahú uno de los más grandes del Departamento de Alta Verapaz está constituido por comunidades pequeñas y dispersas formadas por el 95 o/o de indígenas Kekchíes.
5. Que el grupo materno-infantil constituye el 69.20 o/o, siendo este grupo el más vulnerable a los factores ambientales para mantener altos índices de morbi-mortalidad materno-infantil caracterizadas por elevados números de fallecimientos por enfermedades infecto-contagiosas y pluricarenciales.
6. Que existe una pirámide de población con base ancha que comprende a los niños de menor edad y que progresivamente se adelgaza en los grupos etáreos de más edad; que ésta pirámide es similar a la que se forma por la distribución de tierras e ingresos per-cápita, en el sentido de que quienes tienen menos tierras e ingresos, son los más, llegando a ser una minoría la que detenta la mayor parte de ingresos económicos y de terrenos constituyendo lo que se ha dado en llamar un Latifundismo.
7. Que además de la irregular distribución de recursos en una minoría existe otro factor que determina la problemática de salud del área, que apellida el latifundismo en No Productivo.

8. Que la escasa producción de subsistencia de la población es agravada por el hecho de que la producción agrícola exportable es acaparada por una minoría.
9. Que existen arraigadas costumbres y tradiciones en la cultura de la población que imposibilita que por si mismos puedan desarrollar mejores condiciones de vida y que por otro lado son mantenidas por los sistemas socio-políticos del país.
10. El bajo ingreso per-cápita que esta determinado por la carencia de fuentes de trabajo remunerado adecuadamente determina condiciones subsistencia precarias, como son la falta de viviendas, o falta de núcleos de población urbanizados que son la salubridad, educación, y ante todo conciencia de los problemas que los encamine hacia su solución.
11. Que son las enfermedades prevenibles con efectivos programas de orientación, salubridad o vacunación las que más elevan la morbilidad-mortalidad presentan. Que definitivamente el grupo infantil y materno son los que manifiestan más cruelmente los estragos de dichas enfermedades, encontrándose que más del 60 o/o de las muertes estaban antes de cumplir 5 años el niño.
12. Que los déficit encontrados en la población infantil son una manifestación de los estados de sub-alimentación de la población general, y que estos estados determinan mucha de la morbi-mortalidad no detectada en las estadísticas oficiales.
13. Que existe una íntima relación entre el ingreso per-cápita y el grado de desnutrición en los grupos de población estudiados.
14. No existe plena conciencia de los encuestados de la importancia que el analfabetismo, que no es más que una manifestación del problema y no el problema mismo, como determinante relativo de la situación. Encontramos que en el área rural casi 90 o/o son analfabetas en personas mayores de 14 años, pero no se puede olvidar que en esta área eel casi el 99 o/o son indígenas.
15. Que no se debe confiar en los censos escolares como

índice de trasculturación, pues aún cuando encontramos una inscripción total del 41 o/o de niños en edad escolar existen parámetros que nos hacen creer que donde el problema es más álgido, la efectividad de los programas, actividades y recursos son ineficaces y por ende no nos solucionarán nunca el problema por si solos.

16. No es necesario escudriñar con grandes investigaciones para darse cuenta que las condiciones de la vivienda, construcción y sanitarias son determinadas por condiciones que no han variado en absoluto en más de 400 años de vida INDEPENDIENTE.

RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta las condiciones imperantes y los daños que sufre la población materno-infantil y considerando las perspectivas de mejoramiento actuales recomendamos:

1. Que se reconsidere el planteamiento de los problemas de salud como algo impostergable, considerando para ello las investigaciones llevadas a cabo por los grupos de EPS que laboran en el área rural guatemalteca.
2. Que en base de este mejor planteamiento de los problemas se tomen las medidas necesarias para superar los problemas que confronta las poblaciones del área rural guatemalteco.
3. Que no se pierda de vista los intereses y conocimientos actuales, así como los conceptos que las comunidades tienen en cuestiones de salud.
4. Que básicamente no se considere el problema de salud en forma aislada de la problemática nacional, tratando de resolver dichos problemas con paliativos que únicamente desprestigian a quienes los promueven.
5. Que quienes hoy tienen a su cargo la dirección del Alma Mater no evadan la responsabilidad que les corresponde en la solución de estos problemas, como constitucionalmente está establecido.
6. Que se trate en forma definitiva de establecer cuales son los principios que guían el devenir del pueblo guatemalteco, para así tener una base de concientización firme, que con lleve a cada uno de los ciudadanos a tomar la responsabilidad que le corresponda.
7. Que las instituciones encargadas de solucionar dichos problemas, se constituyan en un INSTITUTO DE SALUBRIDAD INDIGENA, que tenga como fines primordiales, estudiar, planificar y llevar a cabo programas concretos para solucionar los problemas aquí planteados, tratando de independizar cada grupo indígena por tener características propias.

10
BIBLIOGRAFIA

1. Aguirre Beltrán, Gonzalo. Programa de Salud en la situación intercultural. Instituto Indigenista Interamericano. México, Editorial Panamericana, 1955. 191 p.
2. Aranda Pastor, José; Guillermo Arroyave, Marina Flores, Miguel A. Guzmán y Reynaldo Mantorell. Indicadores mínimos del estado nutricional. Revista del Colegio Médico de Guatemala. 26(1):5-27, marzo 1975.
3. Ariz, Danilo y César Gonzales. Ingeniería Sanitaria y saneamiento ambiental. Boletín Sanitario de Guatemala. 35(50):138-148, Julio-Dic. 1964.
4. Correa, Pelayo. Investigaciones interamericana de mortalidad en la niñez. *En su*: Texto de Patología. México, Prensa médica mexicana, 1975. pp.
5. Cravioto, Joaquín y Moisés Behar. Proyecto de un plan nacional para eliminar la desnutrición calórico-protéica, como causa importante de defunción en niños de 1 a 4 años de edad. Boletín Sanitario de Guatemala. 35(58):62-83, Enero-julio 1964.
6. Estrada Sandoval, Carlos. Conceptos Básicos en salud pública. Boletín Sanitario de Guatemala. 35(59):90-93, Julio-Dic. 1964.
7. García Salas, Carlos. Epidemiología. Boletín Sanitario de Guatemala, 35(59):148-154. Julio-Dic 1964.
8. Incap. I Conceptos del Síndrome pluricarenal de la infancia. *En* revisiones clínico nutricionales para médicos. Guatemala, 1956, 10 p. (Sección de educación nutricional).
9. Incap. 10. Clasificación de niños desnutridos con síndrome pluricarenal de la infancia. *En*: revisiones clínico nutricionales para médicos. Guatemala, 1956. P. 10.

10. León Mendoza, Romeo de. Aspectos generales sobre higiene materno-infantil. Boletín Sanitario de Guatemala. 36(59): 127-137, junio-dic. 1964.
11. Paredes López, Raúl y Carlos A. Waldheim. El diagnóstico en la formulación de planes de salud. Boletín Sanitario de Guatemala. 35(58):39-52, Enero-julio 1964.
12. Ponce Ramírez, Héctor Raúl. Diagnóstico de salud del municipio de San Juan Chamelco Alta Verapaz. Tesis. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1975.
13. Scrimshaw, Nevin S. Nutrición e infección. *En revisiones clínicas nutricionales para médicos.* Incap. Guatemala, Julio de 1968 p.
14. Vásquez, José Manuel. Diagnóstico de salud del municipio de Senahú, A. V. Tesis. Facultad de Medicina. Guatemala 1975.
15. Viteri, Fernando, Jorge Alvarado y Moisés Behar. El problema de la nutrición proteicoenergética en el istmo centroamericano. Revista del Colegio Médico de Guatemala, 21(3-4). Septiembre-Dic. 1970. (Incap Monografía No. 7).

BR. *Rafael Vidaurre*
 Dr. Rafael Vidaurre Baldizón

C. Castillo
 Asesor.
 Dr. Clementino Castillo

Carlos A. Waldheim
 Revisor.
 Dr. Carlos A. Waldheim

Julio de León
 Director de Fase III.
 Dr. Julio de León Mániz

Mariano Guerrero Rojas
 Secretario General
 Dr. Mariano Guerrero Rojas



Dr. Carlos Armando Sotó Gomez
Carlos Armando Sotó Gomez
 Decano