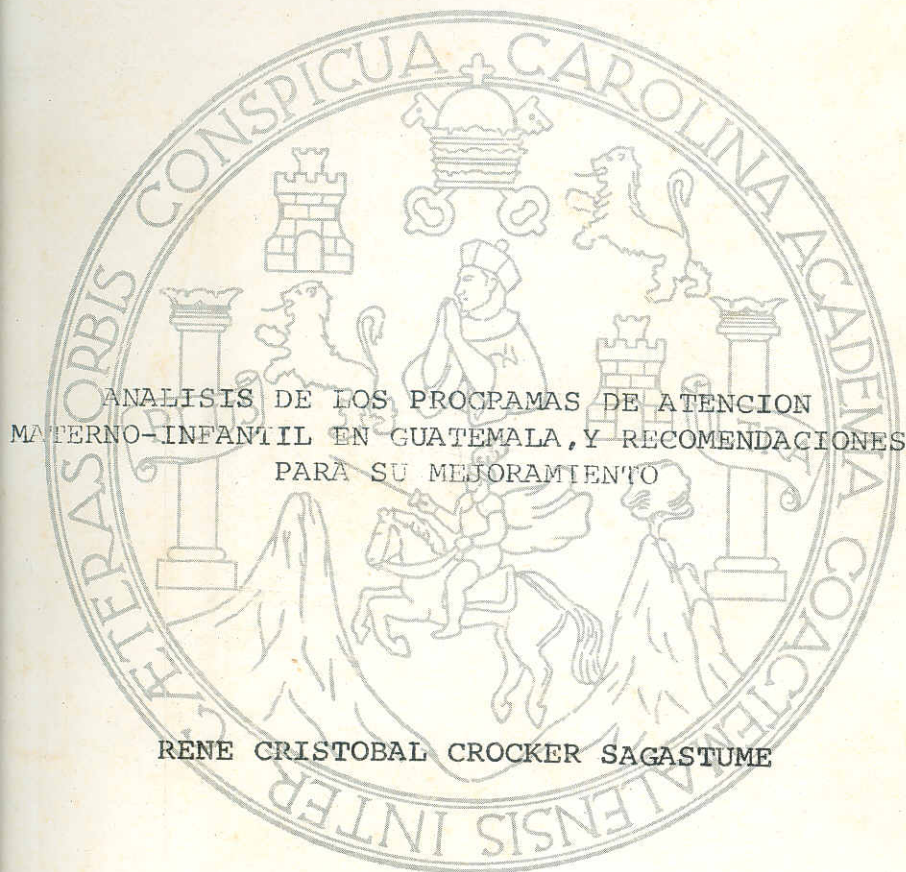


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



ANALISIS DE LOS PROCPAMAS DE ATENCION
MATERNO-INFANTIL EN GUATEMALA, Y RECOMENDACIONES
PARA SU MEJORAMIENTO

RENE CRISTOBAL CROCKER SAGASTUME

Guatemala, Octubre de 1978

INTRODUCCION

OBJETIVOS

HIPOTESIS

MATERIAL Y METODOS

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD
EN GUATEMALA

SITUACION SOCIOECONOMICA DE LA PO-
BLACION GUATEMALTECA

ESTRUCTURA DE CLASE DE LA ATENCION
MEDICA

PENETRACION DEL IMPERIALISMO EN
MATERIA DE SALUD

POLITICA DE SALUD

FACTORES CONDICIONANTES DE LA SALUD
GUATEMALTECA

CONSIDERACIONES DEMOGRAFICAS DE
GUATEMALA

PLANIFICACION FAMILIAR EN GUATEMALA

MIGRACIONES INTERNAS DE POBLACION

ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION
MATerno INFANTIL

MORTALIDAD INFANTIL

MORTALIDAD MATERNA

MORBILIDAD MATERNO INFANTIL

SERVICIO ASISTENCIAL DEL GRUPO
MATERNO INFANTIL

PROGRAMAS DL EDUCACION PARA LA
SALUD Y VACUNACION

RECURSOS DE SALUD

RECURSOS MATERIALES

RECURSOS HUMANOS

COMPROBACION DE HIPOTESIS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El grupo Materno Infantil constituye el grupo más numeroso de la población guatemalteca, - siendo a la vez el más afectado por las enfermedades y por los efectos de la explotación de las grandes mayorías por el sector oligárquico nacional y por el imperialismo internacional.

La presente Tesis pretende hacer un estudio amplio y multifactorial sobre los factores que determinan y condicionan el estado de salud y enfermedad de la madre y del niño; sobre esa base científica se presentan recomendaciones generales, que deben ser la prioridad en la solución inmediata de este sector poblacional.

Nuestro compromiso ideológico con los sectores explotados de nuestra patria, nos hace realizar un estudio técnico, pero además analizar las implicaciones políticas que los programas de salud tienen en nuestra patria.

Se pretende, además, con esta Tesis, aportar un estudio para los estudiantes de Medicina, para que, con el conocimiento integral de la salud materno-infantil, tomen conciencia de la necesidad de una mejor formación técnica e ideológica que redunde en beneficio de los sectores explotados del país.

OBJETIVOS

1. Demostrar que la política de salud materno-infantil en Guatemala no es un hecho aislado del modo de producción del sistema dominante, sino determinada por este último.
2. Contribuir al mejor conocimiento de los factores determinantes y condicionantes de la salud materno-infantil en Guatemala.
3. Conocer las variables de la población que inciden en el estado salud-enfermedad del grupo materno-infantil en Guatemala.
4. Conocer los indicadores de salud materno-infantil, especialmente, el estado nutricional y la morbilidad y la mortalidad.
5. Conocer los niveles de financiamiento y cobertura de los programas materno-infantil en Guatemala.
6. Conocer el número, distribución y coordinación de los recursos materiales y humanos disponibles en Guatemala, para la satisfacción de la necesidad de salud de la madre y del niño.
7. Dar pautas adecuadas para la solución parcial y total de los problemas de salud del grupo materno-infantil en Guatemala.

HIPOTESIS

1. El modo de producción determina la política de salud materno-infantil en Guatemala.
2. La política de salud es equivocada en Guatemala.
3. La salud de la madre y el niño se ha deteriorado en los últimos años en Guatemala.
4. Guatemala tiene una mala distribución, falta de coordinación y un déficit en sus recursos de salud.

MATERIAL Y METODOS

Material:

1. No humano:

- a) Bibliografía
- b) Elaboración de instrumentos para poder recopilar datos sobre:
 - 1. Estado socioeconómico
 - 2. Población
 - 3. Morbimortalidad
 - 4. Coberturas de salud
 - 5. Recursos de salud

2. Humanos:

- a) Entrevistas con los siguientes profesionales:

Dr. Rómulo Sánchez

Lic. René Arturo Orellana

Dr. Luis Galich

Dr. Carlos Waldheim

Dra. Annette Morales de Fortin

Método:

1. Se hizo una revisión de la bibliografía sobre el tema.
2. Se hizo una recopilación de datos de salud, así como de los factores determinantes y condicionantes de la salud de la madre y del niño, dicho trabajo se realizó en las siguientes Instituciones:
 - a) Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Facultad de Ciencias Económicas de la USAC.
 - b) Dirección General de Servicios de Salud.
 - c) Departamento de Presupuesto del Ministerio de Finanzas.
 - d) División Materno Infantil y Familiar.
 - e) APROFAM
 - f) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
 - g) Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.
3. Se realizó un análisis de la información recopilada y elaborada para discutir resultados, sacar conclusiones y poder realizar recomendaciones.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD EN GUATEMALA:

En países como el nuestro con estratificación de clases, la OMS (1) considera como factores determinantes y condicionantes de la salud a los siguientes:

".....Las variables que en una u otra forma influyen en salud, pueden clasificarse en dos categorías: factores mediatos e inmediatos. Los inmediatos están constituidos por deficiencias cuantitativas y cualitativas de alimentos, insuficiente saneamiento ambiental y predominio de conductas inadecuadas de la población con respecto a la salud. Además, la oferta de servicios parece limitada en cuanto responde a patrones de subdesarrollo.

Entre los factores mediatos condicionantes de la situación demográfica y de salud se destacan para la mayoría de países, los siguientes:

- a) Propiedad o control de los medios de producción cuyas características condicionan la estructura del producto y de la oferta.
- b) Bajo nivel de ingreso y su forma de distribución.

(1) OPS-OMS, interrelaciones entre salud y población; publicación No. 232. Chile, 1971.

- c) Situación general de dependencia, como característica que define el subdesarrollo.
- d) Concentración de la fuerza de trabajo en sectores de producción primaria de baja productividad.
- e) Exportación de materias primas e importación de productos manufacturados, preferentemente de consumo, con el consiguiente deterioro en los términos del intercambio.

Se mencionan otros factores mediatos, por ejemplo, lento e insuficiente crecimiento de la producción agraria; bajo nivel educacional e inadecuada capacitación y utilización de los recursos humanos; importación indiscriminada de políticas, modelos de tecnologías de países actualmente desarrollados y su falta de adecuación a las necesidades nacionales, escaso desarrollo de técnicas y modelos propios; insuficiente investigación sobre los factores causales de los principales problemas, la cual permitiría la formulación de políticas más adecuadas a la realidad latinoamericana; hábitos y patrones culturales difíciles de modificar; desigualdad de oportunidades de la población al acceso de bienes y servicios, etc....."

Debido a que la situación socioeconómica es la que determina la política de salud y se hace necesario hacer un enfoque inicial del mismo, porque su conocimiento permitirá conocer los otros factores que definen el estado de salud de la población.

A. SITUACION SOCIOECONOMICA DE LA POBLACION GUATEMALTECA.

1. MEDIOS DE PRODUCCION

a) SECTOR AGRICOLA

Siendo Guatemala un país eminentemente agrícola, se hace necesario analizar este factor, porque la propiedad de los medios de producción determina las relaciones de producción, las clases sociales y el poder político e ideológico del modo de producción guatemalteco.

De acuerdo a censos de 1964, (2) 84.4% de familias poseen el 14.3% total de la tierra y el 2.1% de familias, poseen el 72.2% del total de la tierra. En consecuencia, mientras que en las microfincas que son el 0.8% del total de la tierra, utilizan el 100% de las mismas, los terratenientes -poseedores del 40.8% de la tierra apta para la agricultura-, utilizan el 28% de las tierras. De lo anterior se deduce que, únicamente, el 28.8% de la tierra es utilizada.

En el 17% del total de la tierra utilizada, se cultiva algodón, caña o se dedica a la cría de ganado y en donde se utilizan instrumentos modernos de producción, que están en manos de capitalistas agrarios.

El café que constituye el producto de mayor importancia económica para el país, es cultivado principalmente en latifundios en posesión de terratenientes. En el cultivo del mismo se utilizan instrumentos de trabajo tradicionales.

Los cultivos para consumo interno han sido dejados a los minifundistas; con poca accesibilidad al crédito, con instrumentos y técnicas rudimentarias, utilización de trabajo familiar no remunerado, que constituye la antítesis de las grandes explotaciones de exportación. Los cultivos que componen este rubro, son el maíz, frijo, arroz, frutas, hortalizas; estos productos tuvieron una baja en su ritmo de crecimiento en el segundo quinquenio de 1960-1970, lo que ha motivado la importación de productos básicos de alimentación, subiendo de precios y haciéndolos aún de más difícil adquisición para los sectores populares, aumentando la posibilidad de desnutrirse.

(1) Orellana, René Arturo. Migraciones internas de población. IIES, USAC. 1978. p 21

(Ejemplo, maíz de 5.0% a 2.0%, frijol 9.2% a 1.5%). (1)

La agricultura constituye el sector primario, sobre la que giran las actividades del país (comercio, servicios, algunas industrias) ya que, en 1970 constituyó el 27.5% del Producto Interno Bruto (1,043.6 millones (2) el cual se ha mantenido estacionario de 1960 a 1970. Simultáneamente, es de la agricultura de donde se obtiene el mayor número de divisas de exportación, las cuales paran en los bolsillos de los sectores oligárquicos transformándolos en consumo de objetos de lujo (el café, banano, algodón, carne y azúcar, constituyen el 90% en 1970, - siendo el café el principal, 55.7%).

b) SECTOR INDUSTRIAL

El sector industrial ha sido una de las áreas de mayor incremento en la década 1960-1970, elevando su participación en el producto interno bruto de 12.8% al 16.4% (3), producto del apareamiento del mercado común

-
- (1) Orellana, René Arturo, Op Cit. p 84
 - (2) Orellana, René Arturo, Op Cit. p 80
 - (3) Orellana, René Arturo, Op Cit. p 80

centroamericano. Según el censo de 1965, la producción promedio por establecimiento llegó a 200,000 quetzales, dedicados, principalmente, a la producción de bienes de consumo tradicional: textiles, calzado, prendas de vestir, bebidas y alimentos y, hasta hace poco, productos farmacéuticos, cosméticos y metal-mecánicos. La mayoría de industrias se han localizado en la ciudad de Guatemala (71%) y el resto - en Escuintla y Quetzaltenango. El florecimiento del sector industrial ha permitido el apareamiento de otro sector burgués, que está tomando preponderancia en la política del país. Simultáneamente, - grandes sectores de población han migrado hacia las urbes antes mencionadas, en donde se encuentran con más situaciones adversas a su salud.

2. TRABAJO, RELACIONES DE PRODUCCION Y CLASES SOCIALES

Como en todo sistema capitalista, las relaciones de producción se basan en la explotación de la fuerza de trabajo (propiedad del proletariado) de parte de los burgueses (dueños de los medios de producción: tierras, instrumentos de trabajo, industrias, etc.).

Lo anterior permite que el producto del cultivo de tierras, las exportaciones y el desarrollo industrial, incrementen el desarrollo económico de las clases dominantes y la depauperización del proletariado.

La población económicamente activa (PEA), o sea, el conjunto de las personas de 10 y más años que proporcionan el trabajo para la producción de bienes y servicios económicos, ha crecido de 1.3 millones (31.2%) en 1964 a 1.5 millones (30%) en 1973. Pero la tasa media anual de crecimiento geométrico ha bajado de 2.4% para el período 1959-64 a 1.6% para 1964-73. Simultáneamente la tasa de reemplazamiento de la población activa masculina es equivalente a un aumento anual de 3.0%, habiendo tres nuevos trabajadores que demandan cada plaza que queda vacante por retiro o muerte de quien la desempeñaba.

A pesar del aumento del número de mujeres que trabajan, la población inactiva de 10 y más años, ha crecido con mayor rapidez que la fuerza laboral, dando por resultado que la proporción de inactivos por cada 100 activos haya pasado de 104 en 1950 a 127 en 1973. Mientras que la PEA se incrementó a razón de 1.6% anual en 1964-73, la población inactiva lo hizo a una tasa mayor de 2.7%.

El número de cargas familiares o dependientes para la PEA aumentó de 193 por cada 100 activos en 1950 a 234 en 1973, entendiéndose bajo este término a las personas menores de 10 años, las amas de casa y estudiantes que no traba-

jan, así como los enfermos, inválidos y ancianos. En el grupo de cargas familiares está el grupo materno-infantil.

El nivel de vida del proletariado guatemalteco ha sido deteriorado por dos fenómenos recientes:

1. El terremoto de febrero de 1976.
2. El fenómeno inflacionario y la merma del poder adquisitivo del Quetzal, a partir de 1973.

El primer fenómeno dejó sin techo a más o menos un millón de habitantes (6a. parte de nuestra población), destruyendo 258,000 viviendas. La reposición de daños asciende a la cantidad de 1.021,000 millones, que constituyen el esfuerzo normal de construcción pública y privada, realizado por el país, durante aproximadamente seis años. (1)

El alto costo de la vida es producto de los "Precios Altos" y "Bajos Ingresos" que repercuten directamente en el proletariado guatemalteco, como se demuestra en la gráfica siguiente, en donde las familias más pobres y las clases medias que constituyen el 80% de la población absor-

(1) Orellana, René Arturo. Op Cit p 9

ven el 42.5% del ingreso global, en tanto las acomodadas y ricas, que son el 20% perciben el 57.5%.

CUADRO No. 1

REPUBLICA DE GUATEMALA

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS FAMILIAS POR GRUPO DE INGRESO

<u>GRUPO DE INGRESO</u>	<u>% FAMILIAS</u>	<u>% DEL INGRESO</u>
Más pobres	20.0	5.0
Media baja	33.0	12.0
Media alta	30.0	25.5
Acomodadas	15.0	30.5
Ricas	5.0	27.0
TOTAL	100.0	100.0

BASE DE CALCULO: Distribución del ingreso en Guatemala, Lic. Evelyn Klusman.

La situación del 80% de la población se agravó por la disminución del poder adquisitivo del Quetzal, que se redujo de 100 centavos en 1972 a 60.4 centavos en 1976 y 52.0 centavos en 1977, como se demuestra en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 2

REPUBLICA DE GUATEMALA

COSTO DE LA VIDA Y PODER ADQUISITIVO DEL QUETZAL 1972-76 Y ENERO-JUNIO 1977. (BASE: 1.972:100.0)

<u>AÑO</u>	<u>COSTO DE VIDA</u>	<u>PODER ADQUISITIVO DEL QUETZAL (CENTAVOS)</u>
1972	100.00	100.00
1973	114.4	87.4
1974	132.7	75.4
1975	150.1	66.7
1976	165.5	60.4
1977	182.3	54.8

FUENTE: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, USAC, basados en datos de la Dirección General de Estadística.

Mientras que el Quetzal disminuye en su poder adquisitivo, los precios han aumentado aceleradamente, según se ve en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 3

REPÚBLICA DE GUATEMALA

ÍNDICE DE PRECIOS PARA EL ÁREA URBANA POR RUBRO: (BASE: 1.975:100.00)

<u>AÑO</u>	<u>ÍNDICE</u>	<u>ALIMENTOS</u>	<u>VIVIENDA</u>	<u>VESTUARIO</u>	<u>BIENES</u>	<u>TRANSPORTE</u>	<u>DIVERSOS</u>
	<u>TOTAL</u>		<u>COMBUSTIBLES</u>	<u>CALZADO</u>	<u>PARA EL</u>	<u>DE</u>	
			<u>SERVICIOS</u>		<u>HOGAR</u>		
1975	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1976	110.7	109.6	109.7	124.7	118.8	103.6	106.7
1977	122.5	120.5	127.2	143.8	119.7	107.3	115.8

FUENTE: Dirección General de Estadística, Ministerio de Economía.

Con la devaluación del Quetzal, el aumento de los precios y la acumulación del ingreso en pocas familias, el nivel de vida del proletariado es paupérrimo, que no le permite llenar sus necesidades básicas, alimentación, vestuario, vivienda; mucho menos sus necesidades de salud.

Aún después del reajuste del salario mínimo (para el sector proletarizado), a la familia urbana le faltaría Q. 164.00 para llenar sus requerimientos básicos mensuales y a la familia rural Q. 96.00, como se ve en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 4

REPUBLICA DE GUATEMALA

SALARIO MINIMO PROMEDIO (POR DIA) (EN QUETZALES)		JUNIO 1977.	
ACTIVIDAD	VIGENTE	REAJUSTE POR COSTO DE VIDA	COSTO DE VIDA DIETA MINIMA MINIMO VITAL
Urbana	1.42	2.89	3.35 8.36
Rural	1.15	1.58	2.92 4.78

FUENTE: Instituto de Investigaciones Económicas, USAC.

B. ESTRUCTURA DE CLASE DE LA ATENCION MEDICA

En Guatemala, la gran mayoría de la población no recibe atención médica, ni cuando nace ni cuando muere. Con un presupuesto infimo (como se demuestra adelante de este trabajo) no se puede esperar que los servicios públicos puedan brindar al sector proletario una adecuada atención médica. Por otro lado, nuestra población no puede satisfacer sus necesidades alimenticias, mucho menos pueden pagar la consulta privada. Además la mayoría de médicos está concentrada en la capital y en centros urbanos del interior del país, sirviendo en la mayoría de veces a la burguesía o en hospitales, realizando actividades curativas.

La estructura de clase se refleja en los bajos presupuestos destinados a los servicios médicos estatales, en los bajos sueldos del personal, en la insuficiencia de personal, de medicamentos, etc. La estructura de clase se observa en quienes dirigen los servicios; generalmente son miembros de la clase propietaria o estrechamente vinculados con ella; difícilmente entran técnicos de la ideología de la clase proletaria; además, la mayoría del personal de salud proviene de la pequeña burguesía, escasísimos son los hijos de obreros que se titulan de médicos, quienes en la mayoría de casos sufren la penetración ideológica de la burguesía.

C. PENETRACION DEL IMPERIALISMO EN MATERIA DE SALUD:

Los campos de la salud y la educación son los caminos favoritos de penetración ideológica y económica del imperialismo. Nos brindan técnicos -desadaptados al medio guatemalteco-, unas cuantas becas -para seguir alienando a nuestros profesionales-, y unos cuantos recursos materiales, lo cual es bien utilizado como propaganda -con la ayuda de nuestras autoridades-, para hacer del imperialismo la imagen de nuestro salvador, por medio de instituciones como la AID, los Cuerpos de Paz, los grupos de voluntarios, etc. En algunos casos utilizan a nuestra patria como centros de experimentación para resolver cuestiones ligadas a necesidades que son de ellos, no nuestras.

D. POLITICA DE SALUD:

El análisis de los recursos destinados a salud: personal, presupuesto, instituciones, equipo e instrumental, recursos que deben estudiarse en número, forma y propiedades de utilización y actividades que producen -ya sea en forma improvisada o a través de una organización-, se le denomina política de salud. (1)

(1) Sánchez López, José Rómulo. Las Ciencias Sociales y la Salud. Mimeografiado. Escuela de Trabajo Social. USAC.

Existen en el mundo, dos sistemas políticos: el sistema capitalista, en el cual, la política de salud busca el mejoramiento de las condiciones de salud de una parte minoritaria de la población (el sector burgués) y la población económicamente activa, para mantenerla en condiciones mínimas de salud para poderla explotar (el proletariado). El otro sistema político, el socialista, busca mejorar el nivel de salud para toda la población. (1)

En cualquier sistema político el producto nacional bruto, se invierte y se consume. (2) En un sistema capitalista el consumo se divide en dos partes: una que se entrega a los trabajadores (los trabajadores en Guatemala constituyen el 80% de la población y consumen el 42.5% del producto interno bruto) en términos de salarios, previsión social y servicios estatales gratuitos o bonificados. Otra parte del consumo lo toma el sector burgués (la burguesía que constituye el 20% de la población, consume el 57.5% del producto interno bruto) en forma de utilidades, intereses, renta de la tierra, de los edificios, ganancias obtenidas de la especulación, créditos no pagados, imposiciones no pagadas, granjerías tributarias, etc., los cuales son utilizados para consumo de lujo. La situación se agrava cuando

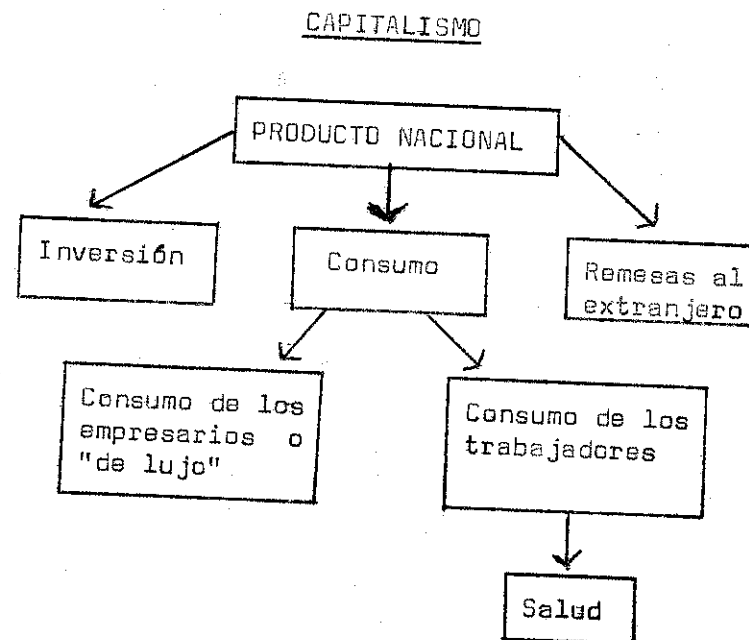
(1) Montoya, Carlos. Política y Salud. Mimeografiado, Escuela de Trabajo Social. USAC.

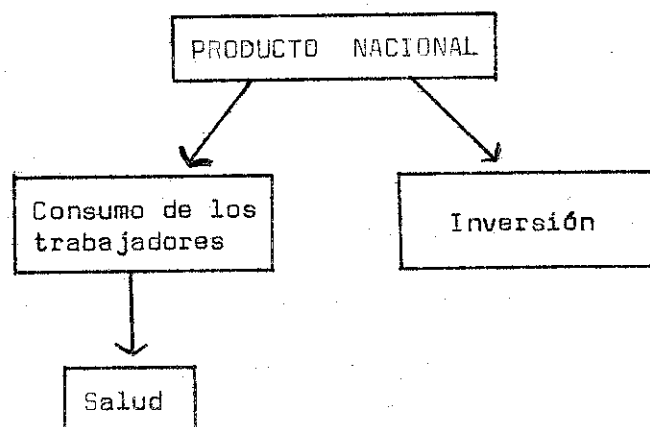
(2,3) Montoya, Carlos. Op Cit.

parte del producto nacional bruto, va hacia la burguesía extranjera. Todo lo anterior determina el nivel de consumo -en el que está incluida la salud-, sea reducido para la clase trabajadora. En síntesis, es el modo de producción el que determina la política de salud.

CUADRO No. 5

ESQUEMA DE DISTRIBUCION DE LA RIQUEZA PRODUCIDA EN CADA UNO DE LOS MODOS DE PRODUCCION ACTUALES (2).



SOCIALISMOII. FACTORES CONDICIONANTES DE LA SALUD EN GUATEMALA1. VIVIENDA:

Determinado por el ingreso económico, la mayoría de la población guatemalteca, no está en posibilidades de tener una vivienda con los requerimientos mínimos, ni tampoco el Estado, como representante de la burguesía, tiene definida una política de vivienda para este sector.

De allí que, para el año 1970 existía un déficit de vivienda de 450,000 unidades.⁽¹⁾ Este déficit ha venido aumentando, condicionado por dos factores principales: el primero es: la migración constante de los habitantes del área rural hacia el área urbana, con el consiguiente aumento de colonias marginales en la capital y en las principales cabeceras departamentales. El segundo: el terremoto de febrero de 1976, que dejó sin vivienda a 258,000 personas.⁽²⁾

El resto de viviendas, en su mayoría, son antihigiénicas, con limitación de iluminación y espacio, determinando un hacinamiento severo que agrava el problema de vivienda en Guatemala.

(1) Plan Nacional de Salud, 1979. Consejo Nacional de Planificación Económica.

(2) Orellana, René Arturo. Op Cit.

2. SANEAMIENTO AMBIENTAL:

a. AGUA POTABLE:

De la misma manera que la mayoría de servicios para la población guatemalteca, la mayoría de introducción de agua potable, está localizada en los centros urbanos (40.5%) (1). La mayoría de la población rural no cuenta con servicios de agua potable. En total es el 12% de la población la beneficiada con este servicio.

Siendo las enfermedades gastroentéricas la principal causa de morbilidad infantil, según se muestra al analizarlas, se hace necesario mejorar este servicio tanto en calidad como en cantidad, para bajar los niveles de enfermedad y muerte en este sector poblacional.

b. DISPOSICION DE EXCRETAS Y AGUAS SERVIDAS

La mayor y más peligrosa contaminación del ambiente nacional es por excretas humanas. El 60% de la población deposita diariamente tone

(1) Plan Nacional de Salud

ladas de heces en el suelo, mientras que las aguas negras de la población urbana, contaminan ríos, lagos, playas, riberas y otros cuerpos de agua. En Guatemala, para 1973, existían 200,000 letrinas instaladas (1), con un déficit del 55% aproximadamente. 99 municipios tienen alcantarillas (30%), sirviendo al 20% de la población.

c. BASURAS:

La deficiente recolección y disposición de basuras y otros desechos sólidos, tanto domésticos como industriales, es otro problema sanitario. En la ciudad capital funciona un sistema mixto, municipal y privado, realizando un manejo de basura más o menos adecuado. En el interior y, principalmente en el área rural, la disposición final es deficiente, permitiendo la proliferación de moscas y vectores de diversas enfermedades.

(1) Plan Nacional de Salud.

III. CONSIDERACIONES DEMOGRAFICAS DE GUATEMALA:

De acuerdo al censo de 1973, Guatemala tenía 5.750,900 habitantes. El 47% de la población está constituida por niños menores de 15 años y el 18.8% está constituido por mujeres de 15-44 años. Esto determina que la pirámide poblacional sea de base ancha.

La densidad promedio es de 52.8 habitantes por kilómetro cuadrado, con distribución de la población en comunidades menores de 2,000 habitantes en un 64%; el 76% de los municipios cuenta con menos de 20,000 habitantes el el 50% de la población se concentra en la quinta parte de la superficie del país. (1)

La población de Guatemala ha venido aumentando aritméticamente, - 2.8 millones en 1950 a 5.8 millones en 1953-, pero las tasas de crecimiento geométrico anual medio, han decrecido de 3.1% para 1950-64, a 2.0% para 1964-73, que es idéntico al promedio mundial del crecimiento demográfico.

La tasa de natalidad se ha mantenido estable en los últimos tres años, de 3.7 x 1000 en 1973 a 3.6 x 1000 en 1976.

(1) Plan Nacional de Salud. 1975-79. República de Guatemala.

CUADRO No. 6

REPUBLICA DE GUATEMALA

GRUPOS DE EDAD	POBLACION TOTAL	%	POBLACION POR GRUPOS DE EDAD URBANA Y RURAL Y POR SEXO			
			1973		MASCULINO	FEMENINO
			URBANA	RURAL		
1 año	212,300	3.7	74,093	138,207	108,273	104,027
1-4 años	819,900	14.3	286,145	533,755	418,149	401,752
4-14 años	1.722,900	30.0	601,292	1.121,608	878,679	844,221
15-44 años	2.213,400	38.5	772,477	1.440,923	1.128,834	1.084,566
45-64 años	567,500	9.8	198,058	369,442	289,425	278,075
65 y más	214,900	3.7	75,000	139,900	109,599	105,301
T O T A L	5.750,900	100.0	2.007,065	3.743,835	2.932,959	2.817,941

FUENTE: Censos de 1973. Departamento de Estadística

CUADRO No. 7REPUBLICA DE GUATEMALAPOBLACION SEGUN CENSOS 1778 - 1973

CENSO	AÑO	No. DE HABITANTES	TASA MEDIA ANUAL DE CRECIMIENTO
I	1778	396,149	-
II	1880	1.224,602	1.1
III	1893	1.501,145	1.5
IV	1921	2.004,900	1.0
V	1940	2.400,000	0.9
VI	1950	2.790,868	2.9
VII	1964	4.284,473	3.1
VIII	1973	5.750,000	2.0

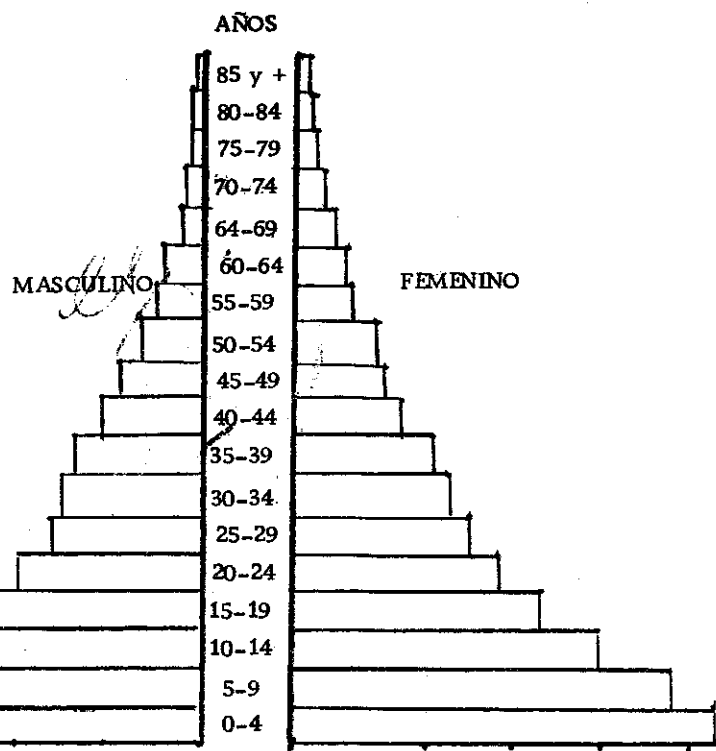
FUENTE: Censos de población. Dirección General de Estadística.

CUADRO No. 8REPUBLICA DE GUATEMALATASAS DE NATALIDAD POR MIL1973-1976

AÑO	NACIMIENTOS	POBLACION	TASA
1973	227,480	6.066,931	3.750
1974	243,231	6.272,697	3.878
1975	242,613	6.517,327	3.723
1976	246,548	6.751,647	3.652

FUENTE: Departamento de Estadística de la Dirección General de Servicios de Salud.

XX - GRUPO MATERNO-INFANTIL



GRAFICA No. 1. REPUBLICA DE GUATEMALA
Pirámide de Población

A. PLANIFICACION FAMILIAR EN GUATEMALA

El Programa de "Planificación Familiar" inició sus labores el 2 de enero de 1965 (1). Desde esa fecha a la actualidad, presta sus servicios en la ciudad capital en 9 clínicas y en el interior del país en la mayoría de Centros y Puestos de Salud y en algunas clínicas propias. Los servicios que prestan son esencialmente de control de la natalidad con diversos métodos anticonceptivos que incluyen píldoras anovulatorias, condones, dispositivos intrauterinos, anovulatorios inyectables, jaleas, c-film, etc.

Tienen una cobertura de 47,251 usuarias en toda la República, que equivalen al 3.48% de la población materna y a 22.66% de las metas que pretenden, o sea, cubrir el 15% de la población materna.

(1) Planificación Familiar en Guatemala. Dra. Annette Morales de Fortín.

CUADRO No. 9REPUBLICA DE GUATEMALA

USUARIAS DE CONTROL DE LA NATALIDAD POR METODOS
ANTICONCEPTIVOS. INTERIOR DEL PAIS. 1977.

PILDORAS	CONDONES	DIU	TRATAMIENTO DEPO-PROVERA LOCAL	
22968	8664	2401	1022	2596

FUENTE: Elaboración propia con datos de
APROFAM.

CUADRO No. 10REPUBLICA DE GUATEMALA

USUARIAS DE CONTROL DE LA NATALIDAD POR METODOS
ANTICONCEPTIVOS. CIUDAD CAPITAL 1977.

PILDORA	DIU	DEPOPROVERA	CONDONES Y TRATA MIENTOS LOCALES
6300	1500	500	1300

FUENTE: Elaboración propia de entrevista con
Doctor Luis Galich.

1. IMPACTO DEL PROGRAMA DE "PLANIFICACION FAMILIAR" EN LA SALUD MATERNOINFANTIL:

El uso indiscriminado de los anticonceptivos en nuestras madres, por ejemplo: Depoprovera, que no se usa en EEUU, puede provocar esterilidad y otros problemas no medidos en nuestra población. Se ha hecho abuso de los anovulatorios al administrarlos sin previa historia clínica a las madres, con los consiguientes problemas para su salud.

Considero que el programa de control de la natalidad, ha tenido cierto impacto en el crecimiento de la población total, sin embargo, esto no ha redundado en la disminución de las tasas de morbi-mortalidad infantil y materna, al contrario, estas tienden a aumentar. Con esto estamos demostrando que el programa de "planificación familiar" no es la solución para mejorar la salud materno-infantil.

Guatemala, como ha se ha demostrado en múltiples oportunidades, no necesita un programa nacional de control de la natalidad, sino un programa de planificación y orientación familiar, que tienda a mejorar integralmente a la familia en todos sus aspectos, de tal manera que, producto de su desarrollo integral, ella decida, sin coacciones, limitar su familia y no tratar de obligar a las madres, por los medios de comunicación y

otros, a utilizar un programa no nacido como necesidad nacional, sino nacido en los países imperialistas que nos explotan como instrumento de dependencia y de esa manera evitar nuestra liberación definitiva.

B. MIGRACIONES INTERNAS DE POBLACION:

Las migraciones internas de población son consecuencia de cambios en la estructura productiva y de dominación, en un momento histórico de una sociedad. Siendo la actividad agrícola la más importante de las formas productivas en nuestro medio, aunque en los últimos años la actividad industrial está tomando auge, son estas las principales causas de las corrientes migratorias en nuestro medio.

La concentración de la tierra en pocas manos, la sustitución de ciertos cultivos que necesitaban mayor cantidad de asalariados, por productos mejor cotizados en el mercado externo y que necesitan menor cantidad de mano de obra, las condiciones precarias de vida en el área rural, así como la industrialización polarizada, hace que grandes masas de campesinos migren hacia áreas urbanas o a otras áreas rurales, ya sea con migraciones temporales o definitivas.

1. CORRIENTES MIGRATORIAS EN GUATEMALA:

Para analizar las corrientes migratorias en Guatemala, se hace necesario regionalizar al país, tomando en cuenta la población, el producto geográfico bruto total y per cápita, las características pro-

ductivas y la superficie, más que los límites administrativos; por tal motivo se toma la regionalización hecha por el Economista Luis Arturo del Valle.

De acuerdo con el criterio censal de 1973, migrante es toda persona que reside habitualmente en un lugar diferente al de su nacimiento. En aquel año hubo 757,069 migrantes que representan el 14.8% de la población total que fue de 5.118,946 que es más bajo que el de 1964, que fue del 15%, pero superior al de 1950 con 11.8%. El mayor movimiento migratorio a largo plazo fue el de áreas urbanas (ciudades, villas y pueblos) que concentraron 436,598 personas que representaban el 57.7% y las regiones rurales (aldeas, caseríos y fincas) 320,471 migrantes que equivalen al 42.3%. La región que tuvo la mayor tasa de inmigración fue el Petén con 51.6%, luego el Sur con 23.8% y luego el altiplano con 13.0%. En volumen neto de población, el altiplano y el sur concentraron las mayores proporciones de esta población con 52.3% y 24.5% respectivamente. Las zonas del Este y Sur son las que tienen mayores tasas de emigración con el 31.1%, respectivamente. (1)

Con respecto a las migraciones estacionales, no se tiene un estudio estadístico de las mismas, pero se sabe de la gran masa de campesinos del altiplano y del Norte que migran hacia el Sur y el Norte por temporadas de cosecha o de siembra, y en donde son tratados en condiciones inhumanas, tanto en el transporte como en su estancia en esas regiones de explotación.

(1) Orellana, René Arturo. Op Cit pp 89-90

CUADRO No. 11REPUBLICA DE GUATEMALAVOLUMENES Y TASAS DE INMIGRACION Y EMIGRACION A LARGO PLAZO POR ZONA AGROPECUARIA: 1950-64 y 73

		<u>INMIGRACIONES</u>				
ZONA	1950	<u>NUMERO</u> 1963	1973	1950	<u>TASA %</u> 1964	1973
AGROPECUARIA						
República	326,621	629,420	757,069	11.8	14.9	14.8
Sur	111,568	227,703	185,492	26.5	54.0	23.8
Altiplano	154,126	292,450	396,277	9.7	12.0	13.0
Este	25,783	42,503	52,862	5.1	6.1	6.7
Norte	31,363	60,656	90,040	13.1	16.4	2.0
Petén	3,782	6,108	32,398	26.1	24.0	51.6

		<u>EMIGRACIONES</u>				
ZONA		<u>NUMERO</u>			<u>TASA %</u>	
AGROPECUARIA	1950	1963	1973	1950	1964	1973
República	326,621	629,420	757,069	11.8	14.9	14.8
Sur	64,777	129,445	171,797	15.4	17.9	22.1
Altiplano	162,256	277,236	289,343	10.3	11.4	9.5
Este	84,409	189,299	245,942	16.8	27.4	31.1
Norte	14,244	31,564	47,319	5.9	8.5	10.6
Petén	955	1,876	2,668	6.6	7.4	4.2

FUENTE: Elaboración del Licenciado René Arturo Orellana en censos de 1950, 1964 y 1973.

2. EFFECTOS DE LAS MIGRACIONES EN LA SALUD DE LA POBLACION:

Las migraciones de población pueden ser positivas para el desarrollo económico de un país en la medida que sean bien planificadas. Se transforman en negativas cuando las migraciones son mayores que las oportunidades de trabajo de la región receptora de la migración. Esto hace que los recién llegados, víctimas del sub-empleo, económicamente inseguros y socialmente desorganizados, queden al margen de la satisfacción de sus necesidades mínimas (vivienda, alimentación, salud, educación, etc.), sumiéndose en la ignorancia, hacinamiento, la desnutrición y las enfermedades, haciéndose un círculo vicioso que los pone en desventaja con respecto a otros grupos de trabajadores.

El deseo de llevar mayor aporte económico al núcleo familiar, hace que las madres participen más como población económicamente activa, descuidando a los hijos, -ya que no existen guarderías infantiles integrales adecuadas-, lo mismo que descuidando su salud, lo cual repercute sobre la propia y la del niño.

La mayoría de los migrantes del área rural hacia el área urbana, son hombres y mujeres jóvenes, solteros, que rompen

con sus tradiciones culturales y sociales relativas al noviazgo, el matrimonio y a la reproducción, sustituyéndolas por nada, trayendo como consecuencia una mayor incidencia de reproducción precoz e irresponsable, lo mismo que el debilitamiento de los lazos familiares. (1)

Las migraciones estacionales entre un área rural y otra, hace que los migrantes lleguen a lugares que no ofrecen los mínimos requerimientos humanos, a distintos climas de su lugar de origen; regresan a sus comunidades con muchas enfermedades y explotados, tanto por los terratenientes como por los contratistas; de tal manera, que los pocos ingresos obtenidos del trabajo estacional, sólo les sirven para curarse él, su esposa y sus hijos.

(1) Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno-infantil en los servicios de Salud. Sexto Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud de la Madre y el Niño. 1976. p 13.

IV. ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION MATERNO-INFANTIL:

En los países bajo la tutela del capitalismo, el mal estado de nutrición de la población y, más específicamente del grupo materno infantil, es el común denominador para las altas tasas de morbilidad. Sabido es que, más del 80% de las madres que dan embarazadas en mal estado nutricional, la cual se agrava con el mismo, haciendo que las madres sean más vulnerables a infecciones durante el embarazo, el parto y el puerperio y, esto a su vez, aumenta su desnutrición haciéndolas menos aptas para la lactancia y por lo poco espaciado de los embarazos, para una nueva gestación normal.

La desnutrición materna determina una desnutrición fetal, de tal manera que, nuestros niños nacen con déficit ponderal y mental, que los hace menos aptos para enfrentar un medio ambiente adverso, haciéndolos más lábiles a las infecciones que contribuyen a desnutrirlos más.

En los últimos años, la industrialización y el alienamiento de las madres a una sociedad de consumo, -a nivel urbano-, ha venido a afectar a los lactantes, ya que se tiende a abandonar los hábitos de lactancia materna, sustituyéndola por alimentación semisintética, cara y desadaptada al niño; esto y los factores antes mencionados contribuyen a las altas tasas de desnutrición materno infantil.

El Cuadro No. 12 nos muestra que el guatemalteco tiene déficit en consumo de la mayoría de alimentos, a excepción de la tortilla y la panela.

CUADRO No. 12

REPUBLICA DE GUATEMALA

CONSUMO REAL DIARIO DE ALIMENTOS Y DIETA MINIMA TEORICA DEL ADULTO

ALIMENTOS	REAL SEGUN ENCUESTA	MINIMO NE CESARIO	DEFICIT		DEFICIT	
			GRAMOS	%	GRAMOS	%
Leche y queso	61.05	250	188.95	75.58	0.00	0.00
Huevos	7.41	20	12.59	62.95	0.00	0.00
Carne	37.57	105	67.43	64.21	0.00	0.00
Semillas y leguminosas	57.05	60	2.95	4.91	0.00	0.00
Vegetales ver- des y amarillos	23.38	90	66.62	74.02	0.00	0.00
Otros vegetales	47.99	150	102.01	68.00	0.00	0.00
Frutas	28.33	120	91.67	76.39	0.00	0.00

Sigue.....

47

Musáceas	24.05	95	70.95	74.68	0.00	0.00
Raíces y tu- bérculos	10.03	75	64.97	86.62	0.00	0.00
Tortillas	511.97	345	0.00	0.00	166.97	48.39
Pan de Trigo	17.35	120	102.65	85.54	0.00	0.00
Arroz	8.99	50	41.01	82.02	0.00	0.00
Azúcar blanca	11.49	40	28.51	71.27	0.00	0.00
Panela	31.48	25	0.00	0.00	6.48	25.92
Grasas	9.52	25	15.48	61.92	0.00	0.00

FUENTE:

Evaluación del estado nutricional de la población guatemalteca, Doctor Romeo de León Méndez.

Las costumbres de la familia guatemalteca es dar la mayor y mejor calidad de los alimentos al padre de familia y a los hijos que trabajan, de tal manera que, la población materno infantil consuma menos de acuerdo a la tabla anterior.

A continuación se presentan resultados de un estudio realizado por el INCAP, en donde se analiza la desnutrición para los niños menores de cinco años; debe tomarse en cuenta que la situación ha empeorado por los fenómenos de inflación, el terremoto reciente y por la explotación y concentración cada vez mayor del producto interno por una minoría nacional y extranjera.

CUADRO No. 13

REPÚBLICA DE GUATEMALA

NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON RETARDO PONDERAL QUE DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE GOMEZ, PODRÍAN CATALOGARSE COMO PACIENTES CON DESNUTRICIÓN PROTEICO - CALÓRICA. 1964.

Población total de menores de cinco años	Con Desnutrición Grados I, II, III		Con Desnutrición Grado I		Con Desnutrición Grado II		Con Desnutrición Grado III	
	TOTAL DE CASOS	%	TOTAL DE CASOS	%	TOTAL DE CASOS	%	TOTAL DE CASOS	%
833,400	611,660	73.4	380,100	45.6	197,700	23.7	33,860	4.1

FUENTE: Viteri E., Fernando, Moisés Behar y Jorge Alvarado. El problema de la desnutrición proteico-calórica en el Istmo centroamericano.

Con los datos anteriores podemos concluir que cualquier programa de salud materno-infantil, debe partir de mejorar el nivel socio-económico de la población para su nutrición y así, lograr objetivos reales en salud.

V. MORTALIDAD:

La mortalidad es uno de los indicadores negativos, mediante el cual se puede medir el estado de la Salud de la madre y el niño.

En nuestro medio, debido a la falta de organización de los recursos humanos y a la falta de una política definida y científica de los registros estadísticos, el dato de mortalidad ^{no} es un indicador tan confiable como en otras latitudes. Lo anterior se demuestra cuando nos damos cuenta que el 74.87% de los certificados de defunción han sido extendidos por personas sin capacitación previa, (ejemplo: Alcaldes - auxiliares, jueces de Paz, Registrador Civil, etc.) y sólo el 25.13% ha sido extendido por un médico.

CUADRO No. 14REPUBLICA DE GUATEMALAMORTALIDAD SEGUN TIPO DE CERTIFICADO. 1976

TOTAL	MEDICO	EMPIRICO	AUTORIDAD	IGNORADO
86823	21827	7615	56617	763

FUENTE: Departamento de Estadística, Servicios de Salud. MSPAS.

Esto repercute en la gran cantidad de diagnósticos clasificados como síntomas y estados morbosos mal definidos, (A 137 de la clasificación de la OMS), que constituyen la segunda causa de mortalidad general (10,266 fallecidos) como se puede ver a continuación en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 15

REPUBLICA DE GUATEMALA

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, 1976

CODIGO	CAUSA	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	IGNORADO
005	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	11,933	6,224	5,628	79
137	Síntomas y estados morbosos mal definidos	10,266	5,290	4,873	101
150	Efectos de causas externas y las no especificadas				
025	Sarampion	7,706	3,783	3,687	236
092	Neumonía	6,609	3,172	3,352	85
090	Influenza	6,023	3,162	2,818	42
135	Otras causas de mortalidad perinatal	5,562	2,783	2,745	34
043	Helminthiasis	3,874	2,183	1,555	136
093	Bronquitis, Enfisema y Asma	1,622	830	778	14
		1,563	863	690	10

FUENTE:

Elaboración propia con datos del Departamento de Estadística, Servicios de Salud. MSPAS.

A. MORTALIDAD INFANTIL:

Las causas de las altas tasas de mortalidad infantil en los países subdesarrollados son, principalmente, económicas, sociales y ambientales, como lo demostró "La Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez" (1) practicada en diez países con la participación de quince grupos nacionales de Investigación: trece grupos en zonas "subdesarrolladas" y dos en zonas desarrolladas. Gracias a este estudio, en el que se aplicó el análisis de causas múltiples, ahora se comprenden mejor las causas y los factores asociados de la mortalidad infantil.

El cuadro siguiente muestra la distribución de la mortalidad, por grupos de edad, en el conjunto de quince proyectos de estudio:

(1) Puffer, R. R. y Serrano, C. V. Características de la mortalidad en la niñez. Washington D. C., OPS. 1973. Publicación No. 262.

CUADRO No. 17

EDAD	DEFUNCIONES	%
Menores de 5 años	35095	100.0
Menores de 1 año	27602	78.6
Neonatos	12674	36.1
Postneonatos	14928	42.5
1 - 4 años	7493	21.4
1 año	4361	12.4
2 - 4 años	3132	8.9

Las conclusiones más importantes de este estudio fueron las siguientes:

1. La deficiencia nutricional unida a la insuficiencia ponderal del recién nacido, fue la causa básica asociada de la defunción en el 57% de los 35,095 casos entre los niños menores de cinco años, objeto del estudio.
2. La mortalidad por diversos tipos de deficiencia nutricional fue mayor en el tercero y el cuarto mes de vida.
3. Durante el período postneonatal la principal causa de defunción, entre las enfermedades infecciosas, fueron las diarreas y la siguiente en importancia el Sarampión.

El estudio dejó, además, fuera de duda la acción sinérgica entre las infecciones y la mal nutrición. En más del 50% de defunciones por infección y otras causas, la deficiencia nutricional era una causa asociada. (La deficiencia nutricional era una causa asociada en el 60.9% de las defunciones provocadas por enfermedades infecciosas mientras que lo era sólo en el 32.7% de las debidas a otras causas).

El estudio puso también de manifiesto que cuanto más grave era la mal nutrición de las madres, tanto más incierto era el futuro de los niños, y que, cuanto más numerosa era la prole, tanto mayor el riesgo para la madre y el niño. Los autores concluían diciendo que era natural que estuvieran en razón inversa la mortalidad infantil y las atenciones perinatales, así como la asistencia prestada a las madres antes del parto.

La mortalidad infantil en Guatemala para el año de 1976 es de 89.16 por mil nacidos vivos, que es superior a la registrada en 1973 que fue de 80.91 por mil nacidos vivos, demostrando un aumento del 9.25%, lo que indica un deterioro marcado de la salud infantil, a pesar de que los servicios de salud reportan mayores coberturas de consulta infantil y de vacunación. Las causas de mortalidad infantil siguen siendo enfermedades que pudieron ser prevenidas con medidas primarias, como se demuestra en el gráfico siguiente:

CUADRO No. 17

REPUBLICA DE GUATEMALA

5 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL (1)
1972 y 1976

CAUSA DE DEFUNCION 1972	TOTAL	CAUSA DE DEFUNCION 1976	TOTAL
Influenza, neumonía	4056	Influenza, neumonía	3784
Enteritis y otras diarreas	3387	Enteritis y otras diarreas	3732
Bronquitis	1421	Síntoms y estados morbosos mal defini- dos	2833
Tos Ferina	1148	Sarampión	1283
Sarampión	1036	Avitaminosis y otras enfermedade- des carenciales	781

FUENTE: Elaboración propia con datos del Departamento de Estadística de la DGSS.

De los datos anteriores podemos extraer las siguientes conclusiones:

- a) Las principales causas de mortalidad infantil siguen siendo las mismas, en su mayoría, en 1972 y en 1976.
- b) Las enfermedades infecciosas y carenciales siguen siendo las principales causas de mortalidad infantil.

La tasa de mortalidad perinatal es de 22.79 por mil nacidos vivos y, la mortalidad en su mayoría es por la falta o mala atención del parto y del recién nacido, motivadas por la ausencia de servicios y recursos, lo mismo que de programas adecuados. La mortalidad perinatal, constituye el 6.47% del total de muertes ocurridas en 1976.

CUADRO No. 18

REPUBLICA DE GUATEMALA

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PERINATAL

1976

CAUSA DE DEFUNCION	TOTAL
Otras causas de mortalidad perinatales	3874
Afecciones hipóxicas y anóxicas	1321
Anomalías congénitas	295
Afecciones de placenta y cordón umbilical	73
Enfermedad hemolítica del recién nacido	43

FUENTE: Elaboración propia, con datos del Departamento de Estadística de la DGSS.

B. MORTALIDAD MATERNA:

En Guatemala, idénticamente a países subdesarrollados, la mortalidad materna sigue siendo alta. Sus tasas de mortalidad materna han disminuido levemente de 1973 que fue de 1.92 por mil nacidos vivos, a 1.51 por mil nacidos vivos en 1976; la cual es dos veces mayor que en otros países subdesarrollados. La mortalidad motivada por causas relacionadas con complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio, constituye el 5.73% de la mortalidad de mujeres en edad reproductiva.

A continuación se enumera la mortalidad materna relacionada con los aspectos mencionados:

CUADRO No. 19REPUBLICA DE GUATEMALAMORTALIDAD MATERNA POR CAUSAS1973-1976

<u>CAUSAS DE DEFUNCION</u>	<u>1973</u>	<u>1976</u>
Toxemia del embarazo y del puerperio	20	30
Hemorragias del embarazo y del parto	39	26
Aborto inducido por razones legales	3	1
Otros abortos	36	38
Sepsis del parto y del puerperio	24	16
Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio	317	373

FUENTE: Elaboración propia con datos del Departamento de Estadística de la DGSS.

Las causas por las cuales se mantienen altas tasas de mortalidad materna, están dadas por tres factores:

- a) Altas tasas de fecundidad
- b) Falta de controles prenatales adecuados.
- c) Deficiencia o ausencia de atención durante el parto y el puerperio.

A diferencia de lo que ocurre en otros países, en donde la mayor parte de embarazos se concentra en edades de 20 a 29 años, en Guatemala en 1976, la mayoría de embarazos se concentra en edades de alto riesgo - materno (menores de 20 años y mayores de 29 años). En ese año de 246,604 nacidos vivos, el 47.22% (116,452 nacimientos) fueron producto de mujeres en edad riesgosa.

La multiparidad es otro factor de alto riesgo materno, en Guatemala en el año 1976, el 28% de las madres tuvieron sus embarazos con 5 hijos y más.

Las altas tasas de mortalidad en Guatemala, también están condicionadas por el tipo de asistencia recibida durante el parto. El 65.85% de los nacimientos fueron atendidos por personas empíricas o no recibieron ninguna atención, en el año de 1976; mientras sólo un 34.15% fueron atendidos por médicos o comadronas adiestradas. Dichos

porcentajes se han mantenido constantes en los últimos años, como se demuestra en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 20

REPUBLICA DE GUATEMALA

NACIMIENTOS SEGUN ASISTENCIA RECIBIDA

1973-1976

	MEDICO		COMADRONA		EMPIRICA		NINGUNA	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1973	33447	14.70	35983	15.82	132655	58.32	25395	11.16
1974	36124	14.85	38331	15.76	148354	60.99	20422	8.40
1975	38118	15.71	38572	15.90	149534	61.63	16389	6.76
1976	39481	16.01	44731	18.14	146848	59.56	15488	6.29

FUENTE: Departamento de Estadística de la DGSS

Otro factor para ser analizado, es el lugar de la atención del parto. El 79.69% de los partos son atendidos a domicilio y en la vía pública, lo que aumenta el riesgo de mortalidad materna, por el peligro de infecciones y otras complicaciones del parto.

En conclusión, la mortalidad materno-infantil es un problema de salud grave, que necesita medidas inmediatas e impostergables para su disminución. Es penoso que el 82.21% de nuestros hermanos guatemaltecos mueran sin ninguna atención, ni por personal empírico, comadronas o médicos.

CUADRO No. 21

REPUBLICA DE GUATEMALA

NACIMIENTOS SEGUN LUGAR DE ATENCION

1973-1976

AÑO	<u>HOSPITAL</u>		<u>CASA DE SALUD</u>		<u>VIA PUBLICA</u>		<u>DOMICILIO</u>	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1973	41970	18.45	4353	1.91	434	0.19	180723	79.45
1974	43339	17.82	4916	2.02	395	0.16	194581	79.99
1975	43945	18.11	4530	1.87	330	0.14	193808	79.88
1976	44535	18.06	5505	2.23	384	0.16	196121	79.55

FUENTE: Departamento de Estadística de la DGSS.

68

CUADRO No. 22

REPUBLICA DE GUATEMALA

MORTALIDAD GENERAL SEGUN TIPO DE ASISTENCIA RECIBIDA

1976

<u>TOTAL</u>	<u>MEDICO</u>	<u>COMADRONA</u>	<u>EMPIRICO</u>	<u>NINGUNA</u>
86823	11903	688	2846	71346

FUENTE: Departamento de Estadística de la DGSS.

CUADRO No. 23

REPUBLICA DE GUATEMALA

TASA DE FERTILIDAD Y NACIMIENTOS SEGUN EDAD DE LA MADRE Y No. DE HIJOS

EDAD DE LA MADRE	TOTAL	TASA	N U M E R O D E H I J O S									
			1	%	2	%	3	%	4	%	5 y más	
10-14 años	693	1.54	624	90.04	52	7.50	6	0.01	4	0.01	7	0.00
15-19 años	42313	127.21	28404	67.13	10481	24.77	2576	6.09	544	1.29	307	0.01
20-24 años	73000	308.62	20300	27.81	22651	31.03	6758	9.26	8581	0.01	4711	0.01
25-29 años	57152	259.39	6749	11.81	9152	16.01	1359	2.38	1714	3.00	18178	31.81
30-34 años	36104	167.37	2628	7.28	2951	8.17	4296	11.90	5177	14.34	21052	58.31
35-39 años	25453	133.89	2149	8.44	1691	6.64	1870	7.35	2424	9.52	17319	68.04
40-44 años	9217	65.74	953	10.34	860	9.33	724	7.86	753	8.17	5927	64.31
45-49 años	2673	126.50	420	15.71	293	10.96	248	9.28	218	8.16	1794	55.89
T O T A L	246604	130.77	62227	25.23	48131	19.52	37837	15.34	29415	11.93	68995	28.00

FUENTE: Departamento de Estadística DGSS.

VI. MORBILIDAD MATERNO INFANTIL

La desnutrición y las infecciones contri-
buyen a que la población materno infantil -
sea un grupo enfermo, poco apto para enfren-
tarse a un medio externo adverso, limitando
al grupo infantil en su crecimiento y desa-
rrollo y a las madres a participar activamen-
te en el proceso productivo.

Más de la mitad de la morbilidad materno
infantil podría ser prevenida por medidas de
atención primaria, pero como se demostró en
el análisis del presupuesto de salud, la ma-
yoría se dedica a actividades curativas más
que aprevenir las, lo cual constituye una po-
lítica de salud equivocada. Se demuestra -
lo anterior en el cuadro siguiente:

VII. SERVICIO ASISTENCIAL DEL GRUPO MATERNO INFANTIL (COBERTURAS).

Uno de los mayores problemas con que se tropieza para dar asistencia al grupo materno infantil, es la importación de programas extranjeros desadaptados a nuestro medio y que, aunado a la concentración de servicios al área urbana y a la escasa concientización del personal que labora en salud y de la misma población, hace que las coberturas sean escasas como se demuestra a continuación:

CUADRO No. 24REPUBLICA DE GUATEMALADIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD1976

CAUSA	TOTAL	1 año	1-4 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	65 y más	IGNORADO
Infecciones respiratorias agudas	45524	7386	13325	9864	11006	2743	795	405
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	32615	8030	13179	4812	4649	1228	450	267
Síntomas y estados morbosos mal definidos	25421	1504	2460	3713	12680	3530	999	535
Helmintiasis	19383	556	6100	8366	3420	646	160	135
Enfermedades del aparato genitourinario	17090	300	892	1510	11537	2188	497	166
Anemias	13411	302	1489	2949	6433	1625	532	81
Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	13330	1592	2181	2917	4995	1124	398	123
Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	13031	1157	2808	3274	4395	1019	277	101
Enfermedades de los dientes y otras estructuras de sostén	12960	28	319	7489	4307	583	105	129
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	12619	1373	3858	2924	2621	1155	598	90

FUENTE: Elaboración propia con datos del Departamento de Estadística de la DGSS.

REPÚBLICA DE GUATEMALA

ATENCIÓN MATERNA, SERVICIOS DE SALUD. 1977

SERVICIO	MEDICO	ENFERMERA	AUXILIAR	TOTAL
A. Prenatal				
Gestantes antes de tercer mes	102709	13756	43687	160162
Gestantes después del tercer mes	12814	2516	12764	28094
Nuevas	44573	5762	18074	68409
Citadas	57387	8278	30184	95849
B. Postnatal	35974	4436	10660	51070
Nuevas	8437	882	7322	16587
Menos 1 ^a postparto	6121	618	4846	11585
Más de 1 ^a postparto	2857	368	2450	5675
Citadas	3264	250	2396	5910
C. Planificación Familiar	1794	92	902	2788
Nuevas	13442	6104	20786	40332
Citadas	5144	2170	6218	13532
	8298	3984	14568	26800

FUENTE: Memoria anual de Estadísticas del MSPAS.

CUADRO No. 26REPUBLICA DE GUATEMALAATENCION MATERNA, 1977. IGSS

CONSULTAS DE MATERNIDAD	74,967
Afiliadas	21,678
Beneficiarias	53,289

FUENTE: Detalle de Labores del IGSS.

Lamentablemente no se tienen datos sobre consulta privada, para tener un dato exacto de coberturas, pero sabiendo que la cantidad de madres que pueden pagar un servicio privado es ínfimo, podemos generalizar nuestros datos a nivel nacional, con las coberturas realizadas por servicios de salud y el IGSS.

La población materna para Guatemala en el año de 1977 es de 1,357,933; de esta población un 20% se embaraza anualmente, o sea, 271,586. Si sumamos el número de pacientes vistas por primera vez en servicios de salud y en el IGSS, nos dan 149,138 madres que recibieron control prenatal, o sea, una cobertura del 54.9%. El número de controles prenatales es de 1.57 por embarazada.

El número de partos atendido por personal adiestrado es de 84,212, que equivale al 34.15% del total de partos realizados en 1976. De los partos atendidos, 50,040 partos fueron atendidos en centros asistenciales, que equivale al 20.29%.

De esta población atendida en prenatal y en su parto, únicamente el 7.76% recibe atención posnatal que equivale al 5.2% del total de madres embarazadas en 1977.

Hechas las anotaciones anteriores, podemos decir que la atención prenatal es aceptable, si las consideramos aisladamente; pero el éxito de un programa no se mide por el número de infraestructura puesta en ser-

visio, ni por las coberturas de una población, sino por el impacto que tiene todo lo anterior en la reducción de las tasas de morbi-mortalidad materno-infantil, la cual se ha mantenido estable en los últimos años.

CUADRO No. 27

REPÚBLICA DE GUATEMALA

ATENCIÓN INFANTIL EN SERVICIOS DE SALUD. 1977

SERVICIO	MEDICO	ENFERMERA	AUXILIAR	TOTAL
A. Menores de 1 año	8272	370	4294	12939
B. De 1 mes a menores de 1 ¹ / ₂ años	86369	7836	53044	147249
Nuevos	39524	3026	28986	71536
C. De 1 a menores de 2 ¹ / ₂ años	59466	7274	45707	112447
Nuevos	26050	2788	26051	53863
D. De 2 a 6 años	85625	7942	64820	158387
Nuevos	43157	3314	38072	84543
TOTAL DE CONSULTAS	239732	23422	167865	431022
TOTAL DE NIÑOS ATENDIDOS	117003	9498	97403	222901

FUENTE: Memoria anual de estadísticas del MSPAS.

El número de casos nuevos atendidos por el IGSS en 1976 fue de 106893. La población infantil para el año de 1977 es de 1.269,235, de tal manera que la cobertura es de 329,794 niños vistos, que equivale al 25.98%, quedando más o menos un 74% de niños sin recibir atención, tanto en su control de crecimiento y desarrollo, como en sus enfermedades, lo que permite que las tasas de morbi-mortalidad infantil sigan en aumento, como se demuestra en las próximas hojas de este trabajo.

VIII. PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD Y VACUNACION:

En Servicios de Salud existe un Departamento de Educación para la Salud, que no tiene un programa definido, sino que realiza actividades aisladas, sin ninguna relación con los programas diversos que tiene la Institución.

En lo que se refiere a los programas de vacunación, sí existe un programa con metas delineadas, coberturas que detallamos a continuación:

CUADRO No. 28

REPUBLICA DE GUATEMALA

VI CRUZADA NACIONAL DE VACUNACION

1977

PRIMERA ETAPA 21/II/-19/ III/77	SUSCEPTIBLES	VACU- NADOS	%
Sarampión	503104	195417	38.8
Antipolio	666345	359833	54.0
DPT	666345	357555	53.6
Segunda Etapa 25/IV/21/ V/1977	Susceptibles	Vacu- nados	%
BCG	528974	151676	28.7
Antipolio	528974	184987	35.0
DPT	528974	184360	34.8

FUENTE: División de Epidemiología, DGSS.

Es de hacer notar que, cierto sector de personal que realiza campañas de vacunación, como se les solicita mayores coberturas, proporcionan números alterados. Además el manejo del equipo de vacunación en gran parte es equivocado, por la falta de preparación del personal en la aplicación de la vacuna.

Hechas las aclaraciones anteriores, podemos decir que las coberturas en Sarampión son bajas, lo que determina que esta enfermedad continúe incluida entre las diez primeras causas de morbilidad infantil. Las coberturas de antipolio son bajas, pero de todas maneras nuestra población se inmuniza sola, por la alta contaminación alimenticia que existe en nuestra patria. La vacunación contra BCG es también baja, que un adyubada al hacinamiento y a la desnutrición de la población materno-infantil nos permitirá que ese grupo sea fácil presa de la tuberculosis.

IX. RECURSOS DE SALUD:

La política de salud de tipo curativo, que caracteriza a Guatemala hace que la mayoría de sus recursos materiales se dediquen a realizar actividades de esta índole, con el fin de mantener un porcentaje de la fuerza de trabajo en condiciones mínimas de salud para su explotación. De tal manera que, como la población maternoinfantil no pertenece a la población económicamente activa, no le interesa a los sectores oligárquicos el que esté sana: como se demuestra en el análisis del presupuesto que se detalla a continuación.

1. ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DE SALUD (1)

En Guatemala, en el año de 1977, - el presupuesto de egresos de la nación es de Q. 797,690,563.00; de esta cantidad Q. 53,695,430.00, o sea el 6.1% están dedicados a salud, mientras que, -como cosa irónica-, para el ejército y los cuerpos de represión interna, se utilizan 61,464,270, o sea, 7.7% del presupuesto de la nación. El presupuesto de salud, producto de la política de tipo curativo, se distribuye así:

(1) Ministerio de Finanzas Públicas. Presupuesto de Ingresos y Egresos del Estado. Ejercicio Fiscal 1977. República de Guatemala.

Q. 33,809,192.00 son dedicados a administración y a atención médica (63.13%). Para prevención de la salud (Saneamiento Ambiental, Epidemiología, Promoción, prevención y educación de salud) se dedican:

Q. 19,886,238.00 (36.87%). Para la promoción de la salud maternoinfantil, que constituye el 60% de la población, se dedican Q. 289, 210.00 (0.53% del presupuesto dedicado a salud).

2. UNIDADES DE SERVICIO:a. MATERNO:

En el año de 1977, los servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, contaban con 858 camas de maternidad, distribuidas en 37 hospitales y en el 5% de los 157 Centros de Salud tipo "A" de toda la República.

El IGSS en el año de 1977 contaba con 215 camas de maternidad, distribuidas en tres hospitales del departamento de Guatemala.

Sumando los datos anteriores tenemos 1073 camas para atención materna, lo que indica la relación de una cama por cada 229 nacidos vivos. Esta relación aumenta, porque existe la necesidad de atención materna para nacidos muertos y para complicaciones del parto y del puerperio.

El control prenatal de servicios de Salud de toda la República, se atiende en 346 Centros y Puestos de Salud, en servicios de salud y en los tres hospitales del IGSS localizados en el departamento de Guatemala.

b. PEDIATRICO:

En el año 1977, los servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contaban con - 1649 camas para atención pediátrica, distribuidos en los mismos - hospitales y centros de salud para atención materna.

El IGSS contaba con 487 cunas, lo que da un total de 2136 cunas, con una relación de una cuna por 115 nacidos vivos.

La atención externa de niños se realiza en 346 centros de salud de toda la República y en tres clínicas periféricas del IGSS.

Del análisis anterior podemos sacar las conclusiones siguientes:

- a) Existe falta de coordinación y, por ende, desperdicio de recursos de las principales entidades que atienden a la mayoría de la población materno infantil en Guatemala.
- b) Hay una concentración de los recursos a nivel de la ciudad capital, en detrimento del área rural, que es donde vive la mayor parte de la población.
- c) Existe una deficiencia marcada de recursos para atender a la población materno infantil.

CUADRO No. 30REPUBLICA DE GUATEMALAANALISIS ESTADISTICO DE HOSPITALES Y CENTROS DE
SALUD TIPO "A" EN INSTITUCIONES DE SALUD PUBLICA

	MATERNA	% PEDIATRICA %
Camas	858	1649
Egresos	61976	33757
Vivos	61791	30634
Muertos	185	3123
Rotación de camas	71.48	20.55
Promedio de días estancia	3.15	9.99
% ocupacional	61.88	56.24
Días de estancia	195729	339562

FUENTE: División de Programación y Servicios
Técnicos. DGSS.

CUADRO No. 29REPUBLICA DE GUATEMALAHOSPITALES, CENTROS DE SALUD ACTUALIZADOS EN SERVICIOS DE SALUD, 1977

DEPARTAMENTO	HOSPITALES	CENTROS DE SALUD	PUESTOS DE SALUD	
			Cabecera Municipal	En Aldeas
Guatemala	9	29	8	40
El Progreso	0	4	4	7
Sacatepéquez	3	3	14	2
Chimaltenango	0	8	8	4
Escuintla	2	8	4	22
Santa Rosa	1	8	6	26
Sololá	1	6	13	88
Totonicapán	1	3	4	2
Quetzaltenango	3	8	16	19
Suchitepéquez	1	7	13	10
Retalhuleu	1	3	6	11
San Marcos	1	11	16	28
Huehuetenango	3	11	21	18
El Quiché	1	7	11	10
Baja Verapaz	1	4	4	7
Alta Verapaz	1	5	8	8
Petén	2	4	4	6
Izabal	2	7	-	7
Zacapa	1	6	4	11
Chiquimula	1	6	5	3
Jalapa	1	3	4	4
Jutiapa	<u>1</u>	<u>6</u>	<u>11</u>	<u>24</u>
T O T A L	37	157	189	357

FUENTE: División de Programación y Servicios Técnicos Generales. DGSS.

CUADRO No. 31REPUBLICA DE GUATEMALASERVICIOS DE ATENCION MATERNO INFANTIL, IGSS, 1976HOSPITALIZACION

	<u>PEDIATRICA</u>	<u>MATERNIDAD</u>
Hospital General	246	---
Hospital Gineco- obstetricia	223	204
Hospital Amatitlán	13	5
San Juan Sacatepé- quez	5	6

CONSULTA EXTERNA (No. Clínicas)

	<u>PEDIATRICA</u>	<u>OBSTETRICA (1)</u>
Unidad Periférica zona 5	6	---
Unidad Periférica zona 6	6	---
Unidad Periférica zona 11	9	---
Clínica de Personal	1	---

FUENTE: Elaboración propia con datos de "Memoria de
Labores del IGSS, 1976.

) La Consulta Externa de Maternidad se realiza en
áreas específicas de los centros donde existe -
hospitalización.

pervisado y Medicina Integral, con 333 estudiantes en total.

Un 80% de los médicos antes mencionados, dan atención Materno-infantil.

2. PERSONAL PARAMEDICO:

Existen dos escuelas de formación de Enfermeras Graduadas, localizadas en la capital y en Quetzaltenango; con curriculum que en gran parte es producto de la política de salud de tipo curativo, diseñado por el Ministerio de Salud Pública; sucediendo lo mismo con el personal auxiliar.

En Servicios de Salud laboran 4032 Enfermeras Auxiliares y Graduadas y en el IGSS 1763 que hacen un total de 5795. Sucede lo mismo que en el personal médico que, 3412 enfermeras (58.8%) están concentradas en la capital y 2383 (12%) laboran en el área rural.

3. OTRO TIPO DE PERSONAL DE SALUD: (1)

a. Técnicos en Salud Rural (TSR)

El TSR surgió como resultado de un enfrentamiento de la Facultad de Ciencias Médicas y el Ministerio de Salud Pública, durante el Gobierno del General Arana. El Ministerio de Salud no sólo buscaba utilizar un préstamo concedido por la AID, sino formar un técnico de acuerdo a los intereses que ellos representan que minara la influencia que la Facultad de Ciencias Médicas tuviese en un futuro inmediato en el área rural, con la creación del Ejercicio Profesional Supervisado.

Con estos antecedentes podremos darnos una idea de la formación de la mayoría de los 280 TSR que laboran en Servicios de Salud. Sus funciones son, principalmente, las de realizar campañas de vacunación y unas pocas tareas de saneamiento ambiental.

b. Inspector de Saneamiento Ambiental

Es un grupo de personas generalmente con poca formación en aspectos

(1) Incluye TSR, Promotores de Salud e Inspectores de Saneamiento.

de salud, que tiene entre sus funciones, la supervisión de los TSR, otorgar las tarjetas de permiso a los expendios de comercialización de alimentos y de realizar y coordinar algunas actividades de saneamiento ambiental.

Ni los 280 TSR, ni los 209 Inspectores de Saneamiento, que laboran en Servicios de Salud realizan una vigilancia epidemiológica y actividades preventivas, planificadas y adaptadas técnicamente a la población guatemalteca, principalmente del grupo materno-infantil.

c. Promotores de Salud Rural

El análisis de los Promotores de Salud Rural tiene mucha importancia, porque el 64% de los habitantes de Guatemala viven en el área rural, en comunidades menores de 2000 habitantes; de tal manera, que el promotor es un recurso identificado con su comunidad, que puede resultar barato y eficaz en nuestro medio.

Desde 1971 hasta 1976, el Ministerio de Salud Pública, por financiamiento proporcionado por la UNICEF, ha adiestrado a 1784 promoto-

res de salud (2); dicha formación se ha hecho sin un programa nacional que tome en cuenta las necesidades de personal para cada región del país, sino que, se ha dejado a cada Jefe de Área de Salud, que de acuerdo a su criterio, -que en la mayoría de casos no es técnico-, seleccione las áreas de adiestramiento, el cual consiste en algunos conocimientos sobre patología más frecuente, medidas de prevención primaria y solución de problemas de emergencias en salud. En muy raros casos existe -readiestramiento y no existen acciones de supervisión, planificados y continuos, lo que hace que muchos de ellos pierdan el control y ejerzan medicina empírica e iatrogénica. (25%). (3)

Además existen 21 instituciones (4) en su mayoría religiosas (66.7%) que utilizan al promotor de salud como penetración doctrinaria para sus intereses. Estas instituciones trabajan, en su mayoría, aisladas unas de las otras, sin coordinación con el Ministerio de Salud.

(2) De León Julio y Ramiro Samayoa Ruiz. Personal Básico en Salud Rural (PBSR). Informe preliminar para Guatemala. 1978. p 15

(3) Op Cit p 14

(4) Op Cit p 57

Con los datos anteriores podemos concluir en varias cosas:

- 1) La mayoría de médicos y enfermeras están concentrados en la ciudad capital, atendiendo a la minoría de la población, en detrimento de la salud de la población rural.
2. No existe una planificación ni coordinación adecuada entre las instituciones encargadas de formación de recursos humanos y las encargadas de prestar servicios.

CUADRO No. 32

REPUBLICA DE GUATEMALA

ANALISIS DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD, 1977

AREA	MEDICOS	ODONTOLOGOS	ENFER- MERAS	TSR ⁽¹⁾	PROMOTORES ⁽²⁾ SALUD RURAL	INSPEC- TORES SANEA- MIENTO
GUATEMALA	632	40	1984	--	114	71
I. Sacatepéquez, Amatitlán, Chimaltenango	35	4	213	--	300	10
II. Zacapa, Progre so, Chiquimula, Izabal	59	7	275	--	262	26
III. Jutiapa, Jala pa, Santa Rosa	44	7	322	--	175	18
IV. Escuintla, Suchitepéquez, Retalhuleu, Tumbador, Ma- lacatán	81	19	403	--	64	26
V. Quiché, Huehuetenango, Totonicapán Quetzaltenango, San Marcos, Sololá	112	11	570	--	573	39
VI. Alta y Baja Verapaz	40	5	195	--	296	14
VII. Petén	<u>10</u>	<u>1</u>	<u>70</u>	<u>--</u>	<u>0</u>	<u>5</u>
T O T A L	1013	84	4032	280	1784	209

FUENTE: Elaboración propia con datos de la nómina de sueldos del Ministerio de Finanzas y del Inventario de Promotores de Salud, elaborado por los doctores Julio de León y Ramiro Samayoa.

(1) No se logró determinar su distribución.

(2) Son datos de personal adiestrado, activo 75%.

CUADRO No. 33REPUBLICA DE GUATEMALAPERSONAL DE SALUD IGSS, 1977

AREA	MEDICOS	ODONTOLOGOS	ENFERMERIA
Capital	527	38	1428
Interior de la República	<u>68</u>	<u>--</u>	<u>335</u>
T O T A L	595	38	1763

FUENTE: Elaboración propia con datos del Departamento de Estadística del IGSS.

COMPROBACION DE HIPOTESISHIPOTESIS No. 1:

"El modo de producción determina la política de salud materno infantil en Guatemala".

Se demostró que en el sistema capitalista, -que es el que impera en Guatemala-, la mayoría del producto nacional es utilizado para consumo de los empresarios o "de lujo" y para remesas al extranjero. Una ínfima parte se da a los trabajadores como salarios y servicios, entre los cuales está incluida la salud. Hay déficit de salario para alimentarse, de tal manera que no puede haber dinero para satisfacer su necesidad de salud.

En el modo de producción nuestro, se busca mantener a la población económicamente activa en condiciones mínimas de salud para su explotación, de tal manera que, el grupo materno infantil que no pertenece a este sector económico, -está aislado de los pocos beneficios de salud. Se demuestra en la asignación de los recursos del presupuesto dedicado a salud, en donde, se asigna 0.53% para promoción de la salud materno infantil.

Por lo mencionado, se comprueba afirmativamente esta hipótesis.

HIPOTESIS No. 2:

"La política de salud es equivocada en Guatemala".

CUADRO No. 34

REPUBLICA DE GUATEMALA

ESTUDIANTES EN EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS, EN INSTITUCIONES -
DE SALUD DEL PAIS
1978

AREA	MEDICINA INTEGRAL	EPS RURAL (2)	EPS HOSPITALARIO (3)
Guatemala	10	25	125
I. Sacatepéquez, Amatitlán, Chimaltenango	8	22	5
II. Zacapa, El Progreso, Chi- quimula, Izabal	5	17	4
III. Jutiapa, Jalapa, Santa Rosa	3	23	8
IV. Suchitepéquez, Escuintla, Retalhuleu, Coatepeque	8	23	16
V. Huehuetenango, Quiché, Totoni- capán, San Marcos, Quet- zaltenango, Sololá	28	57	24
VI. Alta y Baja Verapaz	16	14	4
VII. Petén	<u>9</u>	<u>4</u>	<u>-</u>
T O T A L	87	185	185

FUENTE: Elaboración propia con datos de las rotaciones por MI y EPS,
Segundo Semestre 1978. Facultad de Ciencias Médicas. USAC.

- (1) MI. Estudiantes de 5o. Año en Hospitales y Centros de Salud del interior del país.
- (2) Estudiantes en Ejercicio Profesional Supervisado en Puestos de Salud Tipo "B" del Area Rural.
- (3) Estudiantes en Ejercicio Profesional Supervisado en Hospitales de la capital y departamentos.

La política de salud maternoinfantil en Guatemala, está orientada a realizar actividades eminentemente curativas en Hospitales y Centros de Salud. El 63.13% del presupuesto de Salud se dedica a actividades curativas.

Por el contrario, la mayoría de la morbimortalidad maternoinfantil es prevenible con medidas de promoción primarias. Un 73.4% de la población infantil es desnutrida; entre las cinco principales causas de mortalidad infantil cuatro son prevenibles. Mientras que para prevenir la salud se dedica el 37%, lo que demuestra lo equivocado de la política de salud, comprobándose la segunda hipótesis.

HIPOTESIS No. 3:

"La salud de la madre y el niño se ha deteriorado en los últimos años en Guatemala".

Va demostramos en nuestra primera hipótesis que el modo de producción determina la salud de la población, podremos decir que la salud de la madre y el niño se han deteriorado por dos fenómenos económicos: la inflación que aumentó de 100.0 en 1972 a 182.3 en 1977 y el poder adquisitivo del Quetzal que bajó de 100.0 en 1972 a 54.8 en 1977. Otro fenómeno es la mayor acumulación de riqueza en pocas manos. El 20% constituido por el sector oligárquico absorbe el 57.5% del producto interno bruto. La situación anterior se agravó con el terremoto del 4 de febrero de 1976, que destruyó 258,000 viviendas y destruyó gran parte de la infraestructura física de salud.

Por otro lado, la tasa de mortalidad infantil aumentó de 80.91 por mil nacidos vivos en 1973 a 89.16 por mil nacidos vivos en 1976. La morbilidad por desnutrición infantil aumento a 81%. La salud materna no ha tenido mejoría, persisten las mismas tasas de mortalidad materna, 1.92 por mil en 1973 a 1.51 por mil en 1976. Por lo tanto se confirma nuestra hipótesis.

HIPOTESIS No. 4:

"Guatemala tiene una distribución mala, falta de coordinación y un déficit de sus recursos de salud".

Existen en Guatemala 1073 camas para atención materna, o sea una cama por cada 1229 nacidos vivos, y 2136 cunas para atención pediátrica, o sea, una relación de una cuna por 115 nacidos vivos, lo que indica un déficit grande de encamamiento.

No existe ninguna coordinación entre las instituciones encargadas de proporcionar salud y las encargadas de formar personal de salud, para poder definir una política única de salud.

El 72% de los médicos, el 58.8% de las enfermeras y la mayoría de infraestructura hospitalaria se concentra en la ciudad capital, atendiendo un cuarto de la población, en detrimento de la población rural que constituye la mayoría.

Con los datos anteriores se confirma nuestra cuarta hipótesis.

CONCLUSIONES

1. La explotación del proletariado por la burguesía nacional y extranjera, determina condiciones socioeconómicas bajas para la población, especialmente maternoinfantil, que no permiten el desarrollo de políticas de salud integrales.
2. El modo de producción capitalista determina la política de salud, asignando la mayor parte de energía y recursos del sector a actividades curativas mínimas, para mantener la fuerza de trabajo en condiciones de ser explotada, mientras que, asigna ínfima cantidad a la promoción de salud, principalmente al sector maternoinfantil, porque no le es útil para producir mayor capital.
3. Las migraciones internas, -temporales o permanentes-, no han sido planificadas con bases económica y social, haciendo que los migrantes lleguen a lugares en donde no se llenan las más mínimas necesidades, depauperando la salud de la madre y el niño.
4. Producto de la política equivocada de salud, existe deficiente saneamiento ambiental y mala vivienda inveterados, así como por las malas políticas educativas, campea el analfabetismo; factores que redundan en la deficiente salud del grupo maternoinfantil.

5. La deficiencia nutricional, es la causa básica o asociada de las altas tasas de morbimortalidad de los niños menores de cinco años y de las madres en edad reproductiva.
6. Las enfermedades infecciosas y carenciales son las causas de las altas tasas de morbimortalidad maternoinfantil en Guatemala.
7. La mayoría de la morbimortalidad maternoinfantil, es prevenible con medidas de acción primaria.
8. A pesar de haber aumentado las coberturas de atención prenatal, no ha aumentado la atención de partos por personal calificado, ni ha disminuido la mortalidad materna, lo que indica la mala calidad de estos servicios y que la atención por sí sola no resuelve ningún problema.
9. La mitad de los partos en Guatemala se concentra en mujeres de alto riesgo por edad y, un 30% se concentra en mujeres con más de cinco hijos, lo que aumenta las tasas de morbimortalidad maternoinfantil.
10. Las coberturas de atención del niño son bajas y de mala calidad, lo que permite que las tasas de mortalidad infantil hallan aumentado en los últimos años.

11. Los datos de mortalidad materna e infantil, a pesar que pueden tomarse en cuenta para el análisis de salud del grupo materno infantil, deben tomarse con algunas reservas por ser dados en su mayoría por personal empírico.
12. Los programas de educación para la salud y de vacunación, tienen coberturas bajas, lo que condiciona a que las enfermedades infectocontagiosas, especialmente el sarampión, sean causa frecuente de morbi-mortalidad infantil.
13. El Programa de Planificación familiar, - es realmente un programa de control de la natalidad, que no ha surgido como una necesidad nacional, sino ha sido impuesto por los países imperialistas como medio de aumentar nuestra dependencia. Este programa ha estabilizado las tasas de natalidad y ha disminuido la tasa de crecimiento de la población, pero no ha redundado en la disminución de las tasas de morbi-mortalidad materno-infantil, como demagógicamente lo hacen sus cie-gos defensores.

14. Los recursos materiales y humanos para brindar salud a la población materno-infantil son escasos, pero además, hay una subutilización de los mismos por la falta de coordinación - entre las entidades encargadas de los programas de formación y de servicio.
15. La mayoría de recursos materiales y humanos están concentrados en la ciudad capital, en donde vive gran parte de la población económicamente activa al servicio de la oligarquía, en detrimento de la salud de las poblaciones rurales.
16. La salud materno-infantil se ha deteriorado en los últimos cinco años, motivada por los fenómenos de acumulación mayor del capital, la inflación y el terremoto, pero también por la incapacidad de las autoridades de salud, en no querer cambiar la política de salud.

RECOMENDACIONES

1. CAMBIO SOCIOECONOMICO:

Ya hemos demostrado al principio que es el modo de producción el que determina la política de salud. Hagámonos algunas preguntas y respuestas:

¿Será posible dotar de salud, educación, vivienda y alimentación adecuada a toda la población guatemalteca en las circunstancias actuales?

Definitivamente no. Se hace necesario, por lo tanto, quitar el consumo "de lujo" del sector empresarial y evitar las remesas al extranjero.

¿Qué significa lo anterior?

Al quitar lo anteriormente mencionado a la burguesía nacional y extranjera, desaparecería esta clase como tal y, por lo tanto, estaremos pasando del capitalismo al socialismo.

La solución anterior, considero, que es la base fundamental para poder satisfacer de una manera integral las necesidades de la población.

¿Cómo mejorar la situación socioeconómica de la población en el modo de producción capitalista?

Considero que deben realizarse dos medidas básicas:

- a) Organización popular.
- b) Mejorar la producción interna.

a. ORGANIZACION POPULAR

Existe necesidad de organizar al pueblo, principalmente del área rural, en torno a actividades concretas. Estas deben ser la satisfacción de sus necesidades básicas, ejemplo: Comité de Salud, de mejora de la producción, de educación, de mejora de la vivienda, Etc.

Esto significaría el desplazamiento de sectores técnicos multidisciplinarios al área rural. La Universidad de San Carlos podría contribuir con este trabajo, enviando equipos multidisciplinarios de estudiantes de último año al área rural. Lo anterior implicaría la coordinación de recursos materiales y humanos de la Universidad de San Carlos y el Gobierno Central con todas sus dependencias.

b. MEJORAR LA PRODUCCION INTERNA:

Muchos de los problemas de desempleo, falta de vivienda, de analfabetismo y enfermedad están - dados por la concentración de actividades económicas en la capital.

Descentralizando la economía - al interior del país, se evitaría la migración interna del área rural al área urbana, mejoraría la producción de alimentos y disminuirían - los problemas antes mencionados. - Esto, por supuesto, acompañado del apoyo financiero y técnico de las - instituciones del Estado.

2. CAMBIO EN EL SECTOR SALUD:a. ORGANIZACION DE RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES:

Como demostramos en nuestro análisis, uno de los problemas mayores es la falta de coordinación de las instituciones que dan servicio y - forman personal de salud. El doctor Julio de León propone la creación - de un Organismo Unico de Salud, con el cual estamos de acuerdo y el cual transcribimos a continuación:

ORGANISMO UNICO DE SALUDCUERPO
CONSULTIVODIRECCION
EJECUTIVAASESORIA
TECNICASUB-DIRECCION
INSTITUCIONES
ADMINISTRADO-
RAS DE SALUDSECRETARIA
GENERALSUB-DIRECCION
INSTITUCIONES
FORMADORAS DE
PERSONAL DE
SALUD

ESTATALES NO ESTATALES

ESTATALES NO ESTATALES

UNIDADES EJECUTORAS

Considero que en cada Aldea debe existir un Promotor de Salud y una Comadrona, debidamente adiestrados, coordinados, supervisados y remunerados.

Para actividades ejecutivas sugiero la siguiente organización:

ORGANIZACION DE UNIDADES EJECUTORAS

JEFATURA DE AREA (Hospital de Especialidades)	CABECERA DEPARTAMENTAL
JEFATURA DE DISTRITO (Hospital Materno Infantil)	CABECERA MUNICIPAL ESTRATEGICA
EPS O MEDICO RURAL (Puesto o Centro de Salud)	CABECERA MUNICIPAL
PROMOTORES DE SALUD RURAL Y COMADRONAS ADIESTRADAS (Actividades Domiciliarias)	ALDEAS Y CASERIOS

b. PRIORIDADES DE ATENCION MATERNO-INFANTIL

b.1 Prevención de enfermedades infecciosas y carenciales:

Ya hemos mencionado que uno de los problemas por los cuales la salud maternoinfantil es deficiente, es lo equivocado de la política de salud, al tener como prioridad las actividades curativas antes que las preventivas.

Considero que las actividades primordiales en salud, para prevenir las enfermedades son:

- a) Saneamiento Ambiental
- b) Campañas de Vacunación
- c) Educación Sanitaria
- d) Mejoramiento de la nutrición.

Todas las actividades deben organizarse en torno a las organizaciones de pobladores.

b.2 Mejorar la calidad de la atención prenatal, niño sano, parto y recién nacido en el área rural:

Con la infraestructura de salud que se tiene y con la utilización de los recursos básicos de salud (comadronas y promotores de salud), se pueden mejorar estos programas.

Las comadronas detectan todos los embarazos y los llevan al Puesto de Salud de la cabecera municipal, en donde el médico le realiza su primer control prenatal, los siguientes los hace la comadrona en su comunidad; si se detecta patología por parte de la comadrona debe ser referida al Centro de Salud y de allí al Centro Distrital si existiere necesidad. El último control prenatal debe ser realizado en el Puesto de Salud, si se cataloga como alto riesgo debe ser atendido en el Centro Distrital; si se considera normal puede ser atendido por la comadrona a domicilio.

La comadrona debe realizar el control del recién nacido - en los primeros siete días, si descubre patología lo debe llevar al Médico del Puesto de Salud. En el 8o. día el recién nacido debe recibir su primer control en el Puesto de Salud. Los siguientes controles de crecimiento y desarrollo, así como su vacunación, las puede realizar el promotor de salud, con controles periódicos en el Puesto de Salud o cuando el promotor detecte patología.

De la manera anterior se podrá mejorar la atención en el área rural. Se dan muchas responsabilidades a la comadrona y al promotor de salud, pero este personal bien concientizado, adiestrado y remunerado, es bien aceptado por la población; de acuerdo a nuestra experiencia personal, funciona adecuadamente.

BIBLIOGRAFIA

1. De Fortin Annette. Análisis de los Programas de Planificación Familiar en Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. USAC. 1976.
2. De León M., Julio. Organismo Unico de Salud, estudio filosófico, metodológico y práctico. Facultad de Ciencias Médicas. USAC. Enero de 1978.
3. De León M., Julio. Ramiro Samayoa Ruiz. Inventario sobre características del personal básico de Salud Rural, tipos de adiestramiento y materiales utilizados para el mismo, en algunos países de Latinoamérica. Informe Preliminar para Guatemala. Mimeo grafiado. 1978.
4. Lacroix, J. La Sociología de Augusto Comte. p 83. PUF. París, 1956.
5. Montoya, Carlos. Política y Salud. Mimeo grafiado. Chile. 1972
6. Orellana, René Arturo. Guatemala: migraciones internas de población, 1950-73. Publicación del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. USAC. Volumen No. 4, Guatemala. 1978.

7. Orellana, René Arturo. La situación socioeconómica de la población y el proceso inflacionario en Guatemala. Revista Economía. Julio-septiembre 1977, No. 53. Publicación del IIES.
8. Sánchez López, Rómulo. Las Ciencias Sociales y la Salud. Mimeografiado. Escuela de Trabajo Social. USAC. 1976.
9. Viteri E., Fernando, Moisés Béhar y Jorge Alvarado. El problema de la desnutrición proteínico-calórica en el Istmo Centroamericano. Revista del Colegio Médico. Septiembre 1970. Volumen 21, No. 3.
10. Waldheim Gerdón, Carlos A. Interpretaciones acerca de la información general sobre la situación del grupo maternoinfantil en Guatemala. Mimeografiado. 1973.
11. _____. Atención del embarazo, parto y del puerperio y del recién nacido a nivel nacional. Mimeografiado. 1976.
12. _____. Annette M. de Fortín y José Rómulo Sánchez. Salud Maternoinfantil. Mimeografiado. 1975.

13. Departamento Actuarial y Estadístico. Personal al servicio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Diciembre 1977.
14. Detalle de Labores del IGSS. Editorial Martí, Guatemala, 1976.
15. División de Programación y Servicios Técnicos, DGSS. Análisis estadístico de Hospitales y Centros de Salud en Instituciones de Salud Pública en Guatemala. 1977.
16. _____. Boletín Estadístico No. 2. 1977.
17. División de Epidemiología. DGSS. VI Cruzada Nacional de Vacunación en Guatemala. 1977.
18. División de Programación, Departamento de Estadística DGSS. Memoria anual de estadística del MSPAS. Volumen I, 1977.
19. Ministerio de Finanzas Públicas. Nómina de sueldos. Gobierno de Guatemala. 1978.
20. _____. Presupuesto de ingresos y egresos del Estado. Ejercicio Fiscal 1977. República de Guatemala.
21. OMS. Nuevas tendencias y métodos de asistencia maternoinfantil en los servicios de salud. Sexto Informe del Comité de Expertos de la OMS en salud de la madre y el niño. Ginebra, 1976.

22. _____. La nutrición y el futuro de la humanidad. Crónica No. 4, volumen 30, Ginebra, abril 1976.
23. _____. Estrategias sanitarias en un mundo de transformación. Volumen 29. Ginebra, junio 1975. Crónica No. 6.
24. _____. Asistencia sanitaria a las colectividades rurales. Volumen 29. Julio, 1975. Ginebra. Crónica No. 7.
25. _____. Nuevas formas de participación de la colectividad. Crónica No. 1. Volumen 30. Enero de 1976.
26. _____. La salud para todos en el año 2,000. Crónica No. 12. Volumen 29, Ginebra. Diciembre 1975.
27. _____. Formación y perfeccionamiento del personal de salud. Crónica No 11 Volumen 30. Ginebra. Noviembre 1976.
28. _____. Salud y Derechos Humanos. Crónica No. 9, volumen 30. Ginebra, Septiembre 1976.
29. Secretaría General del Consejo de Planificación Económica. Plan Nacional de Salud 1975-79. República de Guatemala. Tomos I y II.

22. _____. La nutrición y el futuro de la humanidad. Crónica No. 4, volumen 30, Ginebra, abril 1976.
23. _____. Estrategias sanitarias en un mundo de transformación. Volumen 29. Ginebra, junio 1975. Crónica No. 6.
24. _____. Asistencia sanitaria a las colectividades rurales. Volumen 29. Julio, 1975. Ginebra. Crónica No. 7.
25. _____. Nuevas formas de participación de la colectividad. Crónica No. 1. Volumen 30. Enero de 1976.
26. _____. La salud para todos en el año 2,000. Crónica No. 12. Volumen 29, Ginebra. Diciembre 1975.
27. _____. Formación y perfeccionamiento del personal de salud. Crónica No 11 Volumen 30. Ginebra. Noviembre 1976.
28. _____. Salud y Derechos Humanos. Crónica No. 9, volumen 30. Ginebra, Septiembre 1976.
29. Secretaría General del Consejo de Planificación Económica. Plan Nacional de Salud 1975-79. República de Guatemala. Tomos I y II.

CRK
Br. RENE CRISTOBAL CROCKER SAGASTUME.

[Signature]
Asesor
Dr. Carlos A. Waldheim C.

[Signature]
Revisor
Dra. Anette M. de Fortín.

[Signature]
Director de Fase III
Dr. Julio De León M.

[Signature]
Secretario General
Dr. Raul Castillo

Vo.Bo.

[Signature]
Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo.