UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DEL GRUPO MATERNO INFANTIL DEL MUNICIPIO DE SAMAYAC"

TESIS

Presentada a la Junta Directiva

de la Facultad de Ciencias Médicas

de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

JOSE APARICIO DIEGUEZ MORALES

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION
II. OBJETIVOS
III. HIPOTESIS
IV. MATERIAL Y METODOS
V. RECURSOS
VI. DURACION Y EXTENSION
VII. DESCRPCION DE LA COMUNIDAD
VIII. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

A. SITUACION SOCIOECONOMICA
- A.1. LA FAMILIA
- A.2. HABITOS Y CREENCIAS SOBRE LOS ALIMENTOS
- A.3. MEDIOS DE PRODUCCION
- A.4. PRODUCCION
- A.5. FUERZA DE TRABAJO
- A.6. CONSUMO
- A.7. INGRESOS

B. VIVIENDA

C. POBLACION

D. DAÑOS
- D.1. MORTALIDAD AÑO 1974
- D.2. MORBILIDAD AÑO 1974
- D.3. SITUACION NUTRICIONAL 1975

E. PERCEPCION DEL PROBLEMA MATERNO-INFANTIL
- E.1. POR PARTE DE LA COMUNIDAD
- E.2. POR PARTE DEL PERSONAL LOCAL DE SALUD

IX. ANALISIS
X. CONCLUSIONES

"DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DEL GRUPO MATERNO-INFANTIL DEL MUNICIPIO DE SAMAYAC. FEBRERO-JULIO DE 1975".

INTRODUCCION:

El presente trabajo de investigación tiene como fin primordial establecer realmente cual es la situación de salud del grupo materno-infantil en el Municipio de Samayac, Suchitepequez.

Este grupo es el más numeroso de la población general en estudio, que como se puede determinar es el que necesita de mayor asistencia médica, ya que se ve influenciado por múltiples factores.

Las afecciones orgánicas que más padece esta población son de tipo nutricional e infeccioso que tienen como causa determinante la situación socio-económica tan precaria que prevalece en la mayoría de la población; además entre otras causas está el aspecto cultural, el incremento demográfico y la dificultad subsecuente de proporcionar servicios sociales adecuados, incluídos los pertinentes a salud.

Los problemas de salud que este grupo adolece son prevenibles por medio de programas efectivos a resolver las causas determinantes. En los últimos años se ha dado mayor prioridad al desarrollo de actividades encaminadas a la protección de salud de madres y niños, en atención a los altos riesgos sanitarios que presentan.

Esta investigación es el resultado de 6 meses de práctica del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) Rural de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en colaboración con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, planteándose el problema materno-infantil y por ende

el objeto del presente trabajo es dar una pauta para que en un futuro no muy lejano se elaboren programas efectivos para una mejor protección de la madre y el niño.

Por este medio quiero expresar mi más sincero agradecimiento a aquellas personas que en una u otra forma ayudaron a realizar la presente investigación muy especialmente a la comadrona graduada Brighdin Hamill, de nacionalidad Irlandesa, que trabajó arduamente. También al promotor de salud de la clínica, parroquial de la localidad, al Secretario y Policia Municipal, así como a los maestros y alumnos del Instituto Básico de Samayac.

II. OBJETIVOS

DEL ESTUDIANTE

Llegar a un conocimiento más exacto de los problemas de salud que adolece el "Grupo Materno-infantil", especialmente en el área rural.

Poner en práctica los conocimientos que sobre investigación se han adquirido en los anteriores años de la carrera.

Contribuir en esta forma a que el estudiante EPS que realice sus prácticas en el futuro en una comunidad rural, ponga en marcha un programa de atención Materno-Infantil más efectivo.

DEL TRABAJO DE INVESTIGACION PROPIAMENTE DICHO

Determinar en forma objetiva la situación del grupo Materno-Infantil, para lograr una mayor orientación en los programas que beneficiaran a la comunidad que para el efecto se hayan establecido.

Contribuir, mediante un diagnóstico preciso a la orientación de los programas de atención Materno-Infantil que se pongan en marcha.

Determinar la percepción que la comunidad y el personal local de salud tienen respecto de la situación y problemática del grupo Materno-Infantil, así como su orientación para la solución de la misma.

Identificar al grupo Materno-Infantil de Samayac y sus características dentro del contexto de la población de Guatemala y en base a los problemas encontrados, identificar una vez más, los factores condicionantes y determinantes de la salud Materno-infantil

III. HIPOTESIS

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

La población Materno-Infantil es la más numerosa en relación a la población total del Municipio.

Las afecciones orgánicas que más padece este grupo son de origen nutricional e infecciosa, teniendo como causa determinante la situación socioeconómica tan precaria que prevalece en la mayoría de la población en estudio, pudiendo ser prevenibles con programas activos en contra de las cuasas determinantes.

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

IV. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

Los datos para la elaboración del presente estudio fueron obtenidos de:

Los libros del registro civil de la alcaldía Municipal del Municipio de Samayac.

Archivos del Centro de Salud de Mazatenango, del puesto de Salud y de la Clínica Parroquial de Samayac.

El mapa del Municipio de Samayac de la Alcaldía Municipal, Una muestra representativa de las familias urbanas, de la cabecera Municipal de Samayac.

Las viviendas seleccionadas así como aspectos del medio ambiante en donde habitan estas familias.

La población total del municipio de Samayac.

Material docente y bibliografía por parte de la Facultad de Ciencias Médicas.

METODOS:

Se realizó una encuesta de población y vivienda de municipio de Samayac, Suchitepequez, con la participación de maestros y estudiantes de nivel secundario.

Se revisarón los archivos del puesto de salud, para determinar la moribilidad que prevaleció en el Municipio de Samayac durante el año de 1974.

También se hizo un análisis de las defunciones en el registro Civil de la Municipalidad de Samayac, para determinar las causas y tasas de defunción durante el año 1974.

Se realizó una encuesta y estudio en el área urbana, para determinar la situación nutricional, especialmente en niños menores de 5 años y embarazadas, y su relación con los aspectos social y económicos de la población en estudio.

También se realizó una encuesta en el área urbana de Samayac, sobre la percepción de la situación Materno-Infantil, por parte de la comunidad y del personal local de salud.

Se tomó como universo de la población al total de familias residentes en el área urbana que fue de 409 familias, según censo.

De acuerdo al protocolo proporcionado por la Facultad de Medicina, se seleccionó una muestra, tomando el 20% de las familias del área urbana.

Se empleó el sistema de muestreo sistemático al azar.

Se determinó el módulo de acuerdo a la fórmula siguiente:

$$M = \frac{\text{Total de familias Cabecera Municipal}}{\text{Total de familias de la muestra}} = \frac{409}{81} \quad 5 \qquad M=5$$

Como módulo se obtuvo 5, que representa la frecuencia con que debe seleccionarse las familias para la encuesta socio-nutricional; haciéndose al azar, por medio de papelitos numerados de 1 a 5 y el obtenido será el inicio de la muestra.

Por último se hace la interpretación, análisis, conclusiones y recomendacionesde los datos obtenidos.

V. RECURSOS

HUMANOS:

Practicante EPS, 1er. semestre

Profesores de la Fase III

Personal Local de Salud

Maestros y estudiantes

Autoridades civiles

MATERIAL:

Protocolo de Investigación

Guía y formularios al respecto

VI. DURACION Y EXTENSION

El presente trabajo de tesis se realizó del 3 de febrero al 15 de julio de 1975 en el municipio de Samayac, del departamento de Suchitepequez.

VII. "DESCRIPCION DE LA COMUNIDAD"

EXTENSION Y POSICION GEOGRAFICA:

Samayac Municipio del Departamento de Suchitepequez, Municipálidad de 3a. categoría, con una extensión aproximada de 16 Km^2. El Municipio cuenta con una villa que es la cabecera con 4 caseríos o cantones: Chiguasté, Quilá, San Antonio Nimá e Ixtacapa.

El Municipio de Samayac tiene los siguientes límites:
Colinda al Norte con Santa Catarina Ixtahuácan (Sololá), al Sur con San Bernardino, al Oeste con Mazatenango, San Francisco Zapotitlán y Zunilito (Such.) Al Este con San Pablo Jocopílas, San Antonio Suchitepéquez y sna Bernardino.

La principal vía de comunicación dentro del Municipio es la Ruta Suchitepéquez No. 2 que se origina en la cabecera departamental, Mazatenango, en el Km. 159 de la ruta Nacional 6-W (asfaltada), conocida también como Carretera Internacional del Pacífico CA-2; habiendo unos 7 Km, a la cabecera Municipal de Samayac. Otra ruta Departamental, la Suchitepéquez No. 3 principia en San Bernardino, en el Km. 153 de la Ruta Nacional 6-W o Carretera Internacional del Pacífico CA-2, habiendo aproximadamente 8 Km. a la cabecera Municipal de Samayac, y de ahí unos 6 Km. a la cabecera Municipal de San Francisco Zapotitlán.

Samayac está aproximadamente a 620 metros SNM. Latitud 14° 34' 51", Longitud 91° 27' 42".

ETIMOLOGIA Y REFERENCIA HISTORICA

Antes de la conquista, Samayac fue una ciudad de suma importancia, sede de los sacerdotes del reino Txutujil y Quiché. Antiguamente se llamaba Tzaamayac, palabra Cackchiquel que significa: Tzaam nariz; Yac gato de monte (Urocyon Cinereoargentus), Escrito con los nombres origi-

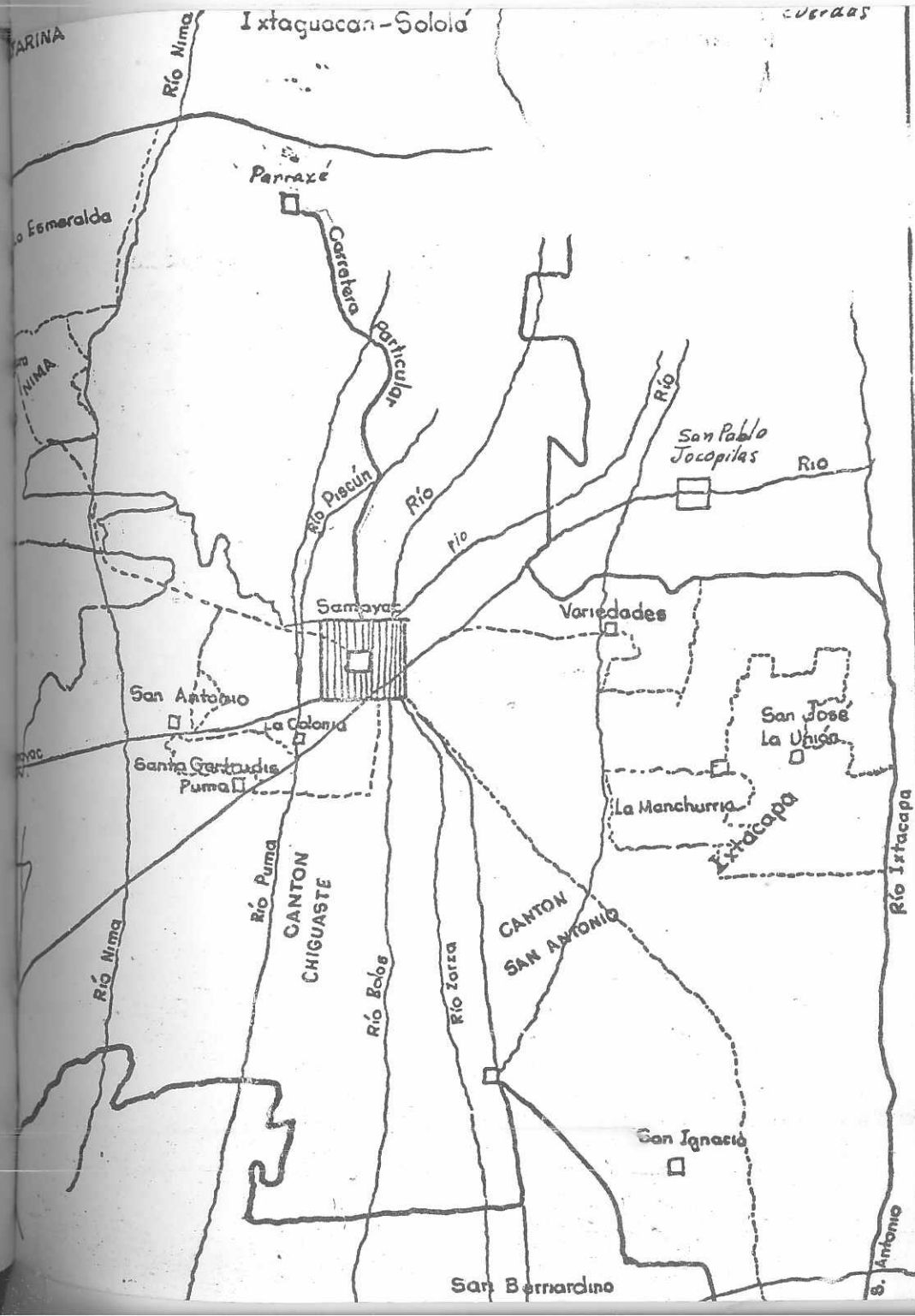
nales que ya figuran en el Popol Vuh, sería "Nariz de Gato de Monte".

La lengua indígena predominante es la Cak chiquel, La fiesta titular se celebra del 6 al 9 de diciembre.

Según indica la municipalidad en el segundo registro de la propiedad inmueble de Quezaltenango, aparece un título registrado, con fecha 14 de agosto de 1838, indicando que las tierras donde se asienta el actual Municipio Samayac, fueron medidas y deslindadas en 1827. El acuerdo del 9 de diciembre de 1922 elevó la cabecera a categoría de Villa.

El Municipio de Samayac es enminentemente agrícola, con una topografía casi plana; cultivandose principalmente café, cacao, maíz y plátano.

Según el censo general de Población de 1950, el municipio tenía un total de 5,670 habitantes, correspondiendo a la cabecera 2979 de los cuales 567 son ladinos y 2412 indígenas, lo que indica que hay predominio indígena en dicha comunidad. Para 1969 al 1971 la población calculada era de 8132, 8361 y 8597 habitantes con un promedio de 508.3, 522.6 y 537.3 habitantes por Km.^{2} respectivamente. Actualmente su población calculada es de 9828 habiantes (1975), y para 1980 se calcula que sea de 11,491 habitantes.



VIII. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Antes de entrar en mayores detalles sobre el presente trabajo de investigación, quiero hacer constar que la población obtenida en la encuesta no es la totalidad que reporta la dirección general de estadística del Ministerio de Salud Pública; pero considero que con los datos obtenidos se puede tener una imagen real de la problemática de la población rural en estudio. Por lo tanto los porcentajes tomados serán en base a los resultados obtenidos, excepto los recabados del folleto de la unidad sectorial de Planificación de la Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

A. SITUACION SOCIO-ECONOMICA

A.1 LA FAMILIA:

El grupo familiar está integrado por 6 miembros en promedio. Teniendo nuños menores de 5 años 2 por familia; entre los 5 a 14 años hay de 3 a 4 niños en promedio. La escolaridad se evaluó entre niños comprendidos de 7 a 14 años, de los cuales el 67.98% (552) asiste a la escuela y el resto 32.02% no asiste porque tienen que ayudar a sus padres en sus que haceres habituales o por ignorancia de los padres, indica que la escolaridad se ha incrementado, siendo proporcional tanto en el área rural como urbana.

El grupo étnico predominante es el indígena en un 76.68% con mayor porcentaje en el área rural. En relación al estado civil el 80% es unión de hecho y el resto en matrimonio civil y religioso. La religión preponderante es la católica.

A.2. HABITOS Y CREENCIAS SOBRE LOS ALIMENTOS:

De los datos obtenidos se deduce que la alimenta-

ción familiar está basada predominantemente en maíz, frijol, café y pan en un 100% que es de consumo diario. Existen otros alimentos que se ingieren con menos frecuencia, por ejemplo: carne una vez aldía de de una a dos veces por semana; con igual frecuencia están los huevos, la leche, el arroz, verduras y frutas. Hay otros alimentos de consumo esporádico como son el pescado, el camarón, pollos etc. En relación a la cantidad que ingiere cada miembro de la familia varía considerablemente, sobre todo por la mala situación económica que afecta a la mayoría de la población y se reduce más aún en las familias más numerosas y con menos recursos.

Uno de los alimentos de alto valor nutritivo y al alcance de todos, que se consume poco es la incaparina y se debe más que todo al desconocimiento de sus componentes nutritivos que son los elementales para una buena nutrición.

En lo concerniente a una alimentación especial en la mujer embarazada, niño pre-escolar y escolar no existe en la mayoría de las familias, aunque hay pocas excepciones. La alimentación durante el primer año de vida la suplementan con productos que no llenan los requerimientos necesarios para un mejor desarrollo físico y mental. La lactancia oscila entre 12 a 36 meses (promedio de destete); este es un factor que influye enormemente en la nutrición del niño, puesto que la mayoría de las madres tienen la creencia de que unicamente la leche de pecho es suficiente para que sus niños esten bien alimentados, esto es factible en un principio pero a medida que el niño crece sus requerimientos nutritivos son mayores, los cuales no se los proporciona la leche materna a esa edad de lactancia y a esto se puede agregar la mala

nutrición de la madre.

Resumiendo se puede concluir que la alimentación del grupo materno infantil es deficiente en general, es decir, que no llena los requerimientos necesarios para preservar la salud en el individuo entre los límites de un desarrollo físico y mental adecuados. Todos estos factores están determinados por la mala situación socio-económica que prevalece en la mayoría de estas comunidades sub-desarrolladas

A.3. MEDIOS DE PRODUCCION:

En este inciso se hará referencia a la tenencia de tierra y su utilización. Se observa que son pocos los propietarios de tierra en esta región, ya que la mayor extensión pertenece a fincas particulares. Estos pequeños propietarios a veces no cultivan toda la tierra que poseen, sino que una parte la arrendan a otras personas. Además hay otro grupo de agricultores que poseen tierra en calidad de arrendamiento. La mayoría utilizan la tierra para el cultivo de maíz, café, banano, plátano y cacao.

Los instrumentos de trabajo si son en calidad de propiedad, entre los que destacan el machete, la pala y el azadón.

De lo anterior se deduce que la tenencia de tierras en el municipio de Samayac por parte de pequeños agricultores es escasa, pués la mayor extensión pertenece a fincas particulares.

A.4. PRODUCCION:

La producción del municipio de Samayac es eminentemente agrícola. Los cultivos principales son el café, maíz, cacao, caña, banano y plátano; estos dos últimos cultivos en menor proporción.

La población en estudio, es decir, los de clase media y baja se dedican a la producción agrícola, artesanal y al comercio en general.

A.5. FUERZA DE TRABAJO

Representa al individuo que a cambio de su trabajo percibe un salario. La fuerza de trabajo en la mayor parte del municipio (sector rural) está dada por: jornaleros y colonos, que son utilizados por las fincas de la región, por determinado tiempo; tal es el caso del jornalero. En el sector urbano, la mayoría trabaja por su cuenta o son dependientes de alguna institución del estado.

El salario que devenga va en relación con su trabajo, ganando menos el jornalero que es el que tiene más familia en la mayoría de los casos no llenando algunas veces sus necesidades primarias. El colono por ser estable aventaja al jornalero por su carácter sedentario y de trabajo esporádico.

A.6. CONSUMO:

El consumo familiar es a base de lo que produce, sobre todo el agricultor, el cual esta dado por maíz, frijol, cacao, café, plátano; vendiendo el excedente con lo que tiene un ingreso pero mínimo.

El artesano, el jornalero y el dependiente de una institución del estado, se abastecen a base de compra para su consumo.

A.7. INGRESOS:

El ingreso anual es bajo, aproximadamente Q.480.00 como promedio. La mayor parte de las personas encuestadas no daban un dato exacto, unos por no saber realmente cual es su ingreso y otros por considerar que la encuesta tenía relación con algún impuesto estipulado por el estado.

Tomando en cuenta que el promedio de miembros de las familias encuestadas es de 6, tenemos que a cada miembro le correspondería Q.0.22 diarios. De esto se deduce que el aspecto económico es el factor determinante en la salud del individuo de la comunidad en estudio, siempre influenciado por otros factores ya mencionados con anterioridad.

B. VIVIENDA:

La VIVIENDA en el área Rural no llena las condiciones necesarias o básicas a que todo ser humano tiene derecho, lo cual viene a ser una condición desfavorable para la salud. Hay pocas excepciones pero en general no satisfacen las normas de salubridad.

Para tener una idea más exacta del problema de la VIVIENDA en Guatemala y sobre todo en el área Rural, se hace un análisis basado en la encuesta realizada en la Comunidad de Samayac, sobre las principales condiciones que debe tener una VIVIENDA para preservar la salud.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE SAMAYAC, EXPRESADO EN PORCENTAJES AÑOS 1,975.

TABLA No. 1

PISO

	URBANA		RURAL			
TIPO:	No. Casas	%	No. Casas	%	No. Casas	% Total
Tierra	232	25.58	372	41.01	604	66.59
Madera	---	-----	6	0.66	6	0.66
Cemento	169	18.64	101	11.14	270	29.78
Otros	8	0.88	19	2.09	27	2.97
	409	45.10	498	54.90	907	100.00

TABLA No. 2

A G U A

Fuente o	URBANA		RURAL			
Procedencia	No. Casas	%	No. Casas	%	No. Casas	% Total
Río	---	----	57	6.28	57	6.28
Pozo con brocal	138	15.21	159	17.53	297	32.74
Pozo sin brocal	70	7.72	190	20.95	260	28.67
Tub.Intr.Dom.	171	18.85	24	2.65	195	21.50
Tub.Exte.Dom.	26	2.87	68	7.50	94	10.37
Otros.	4	0.44	--	-----	4	0.44
	409	45.09	498	54.91	907	100.00

TABLA No. 3

E X C R E T A S

Disposición de	URBANA		RURAL			
Excretas.	No. Casas	%	No. casas	%	No. Casas	%Total
A Flor de tierra	214	23.59	433	47.74	647	71.33
Letrina sanitaria	95	10.48	20	2.21	115	12.69
Letrina insanitaria	89	9.81	31	3.42	120	13.23
Fosa séptica	7	0.77	14	1.54	21	2.31
Colector público	4	0.44	--	--	4	0.44
	409	45.09	498	54.91	907	100.00

TABLA No. 4

B A S U R A S

Disposición de	URBANA		RURAL			
Basuras.	No. Casas	%	No. Casas	%	No. Casas	% Total
Patio	28	3.09	169	18.64	197	21.73
Insineración	114	12.57	32	3.53	146	16.10
Basureros	208	22.93	288	31.75	496	54.68
Serv. Municipal	6	0.66	--	---	6	0.66
Otros	53	5.84	9	0.99	62	6.83
	409	45.09	498	54.91	907	100.00

TABLA No. 5
INSTALACIONES

Distribucion	URBANA	%	R U R A L	%	No. Casas	% Total
1. cuarto	247	27.23	391	43.11	638	70.34
2 cuartos	103	11.36	89	9.81	192	21.17
3 cuartos	40	4.42	16	1.76	56	6.18
>3 cuartos	19	2.09	2	0.22	21	2.31
	409	45.10	498	54.90	907	100.00
Cocina separada	323	35.11	264	29.11	587	64.72

320 que no tienen cocina separada de la habitación, lo que corresponde al 35.28% del total de casa encuestadas.

TABLA No. 6
ALUMBRADO

	URBANA		R U R A L			
Tipo	No. Casas	%	No. Casas	%	No. Casas	% Total
eléctrico	223	24.59	19	2.09	246	26.68
Gas	170	18.74	476	52.48	676	71.22
Candela	16	1.76	3	0.34	19	2.10
Ocote	---	---	---	---	--	----
	409	45.09	498	54.91	907	100.00

TABLA No. 7
P A R E D E S

	URBANA		RURAL			
Tipo	No. casas	%	No. Casas	%	No. Casas	% Total
Palma	---					
Paja o manaque	20	2.21	16	1.76	36	3.97
Adobe,bajareque	5	0.55	5	0.55	10	1.1
Block	17	1.87	21	2.32	38	4.19
ladrillo	1	0.11	1	0.11	2	0.22
tabla	366	40.35	455	50.17	821	90.52
	409	45.09	498	54.91	907	100.00

TABLA No. 8
T E C H O

Tipo	No. Casas	%	No. Casas	%	No. Casas	% Total
Paja,Manaque o palma.	19	2.09	50	5.51	69	7.6
Lámina Zinc	317	34.95	402	44.32	719	79.27
Láminas abesto	32	3.53	11	1.21	45	4.74
Teja	38	4.19	35	3.86	73	8.05
Terraza	3	0.34	--	--	3	0.34
	409	45.10	498	54.90	907	100.00

Al analizar las diferentes características de la vivienda del Municipio de Samayac (ver tablas), encontramos que son notorias las deficiencias habitacionales, sin haber mayor diferencia entre el área urbana y rural. La mayor parte de viviendas tienen piso de tierra, con espacio reducido para el número de miembros con que cuenta cada familia; es decir, que viven en completo hacinamiento. Un 35% de las viviendas encuestadas tienen la cocina en la misma habitación en que duermen.

En cuanto a la eliminación de excretas, la mayoría es a flor de tierra (área rural) con menor porcentaje de letrina sanitaria en el sector urbano. La potabilización del agua es deficiente en la mayoría de las viviendas, sobre todo en el sector rural, sin embargo, aunque en menor porcentaje hay agua potable en el área urbana. La disposición de basuras es mala, la mayoría de sus habitantes la depositan cerca de sus viviendas, en el río o en terrenos valdíos.

Entre otras de las características habitacionales está la luz eléctrica que sólo existe en el casco urbano, siendo lo más usual en el área rural la luz proveniente de lámparas de gas.

La construcción de la mayoría de las viviendas es de paredes de madera y techo de lámina de zinc.

Después de haber enumerado cada una de las características de las viviendas encuestadas, se deduce que no llenan los requisitos mínimos para preservar la salud y siendo el grupo Materno-Infantil el mayor de la población general es el más afectado, todo esto se traduce en que hay mayor incidencia y prevalencia de enfermedades gastroentéricas, así como enfermedades infecciosas en general (tales como respiratorias, eruptivas, etc.), sobre todo en donde prevalece el hacinamiento y la mala ventilación.

C. POBLACION AÑO 1975

La población total calculada para el año de 1975 es de 9,828 habitantes (ver tabla No. 9) con una distribución para el área rural de 5,245 habitantes (53.37%) y 4583 habitantes (46.63%) para el sector urbano. A la población Materno-Infantil corresponden 6,812 habitantes, que representa el 69% de la población total, subdividida en la siguiente forma:

Menores de 5 años	1,760	=	17.91 %
de 5 a 14 años	3,209	=	32.65 %
* de 15 a 44 años	1,843	=	18.75 %

* Mujeres en edad reproductiva.

Según la encuesta los datos son los siguientes:

Población total	4,207	=	100 %
Población rural	2,249	=	53.46 %
Población urbana	1,958	=	46.54 %
Pob.Materno-Infantil	2,753	=	65.44 %
Menores de 5 años	847	=	20.13 %
de 5 a 14 años	1,008	=	23.96 %
de 15 a 44 años	898	=	21.35 %

Comparativamente observamos el porcentaje de la población obtenida en la encuesta, es similar al de la población real, según censo del Ministerio de Salud de Salud Pública y Asistencia Social. Es notorio que la población rural es la más numerosa y eminentemente indígena. La población Materno-Infantil es mayor en relación a la población total, característica especial de los países sub-desarrollados como el nuestro, con un alto índice de natalidad. Esto nos demuestra que el grupo etario más expuesto a la morbi-mortalidad.

Se espera 491 embarazos, 49 abortos y 442 partos dentro de los próximos 12 meses del año de 1975.

Tasa de Fecundidad	178.49 X 1000
Tasa de Natalidad	33.76 X 1000
Crecimiento Vegetativo	22.65

A continuación se presenta la tabla y gráfica de población del Municipio de Samayac para el año de 1,975.

TABLA No. 9
POBLACION TOTAL POR GRUPOS ETARIOS
Y SEXO. SAMAYAC 1975

GRUPO ETARIO	URBANO	RURAL	TOTAL	%	URBANO	RURAL	TOTAL	%	URBANO	RURAL	TOTAL	%
0 - 4	460	416	876	8.91	465	419	884	8.99	925	835	1760	17.91
5 - 9	605	431	1036	10.54	449	411	860	8.75	1054	842	1896	19.29
10-14	361	325	686	6.98	328	299	627	6.38	689	624	1313	13.36
15-19	201	188	389	3.96	238	210	448	4.56	439	398	837	8.52
20-24	166	142	308	3.13	171	145	316	3.22	337	287	624	6.35
25-29	153	139	292	2.97	160	147	307	3.12	313	286	599	6.09
30-34	149	125	274	2.79	162	140	302	3.07	311	265	576	5.86
35-39	129	112	241	2.45	145	133	278	2.83	274	245	519	5.28
40-44	127	117	244	2.48	101	91	192	1.95	228	208	436	4.44
45-49	77	63	140	1.42	73	63	136	1.38	150	126	276	2.81
50-54	61	55	116	1.18	72	58	130	1.32	133	113	246	2.50
55-59	50	44	94	0.96	49	43	92	0.94	99	87	186	1.89
60-64	47	43	90	0.92	47	43	90	0.92	94	86	180	1.83
65-69	38	34	72	0.73	44	41	85	0.86	82	75	157	1.60
70-74	36	33	69	0.70	29	25	54	0.55	65	58	123	1.25
75-79	15	15	30	0.31	10	11	21	0.21	25	26	51	0.52
80-84	8	7	15	0.15	9	8	17	0.17	17	15	32	0.33
85->	5	3	8	0.10	5	4	9	0.10	10	7	17	0.17
	2688	2292	4980	50.68	2557	2291	4848	49.32	5245	4583	9828	100.00

FUENTE: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad Sectorial de Planificación de la Salud.

D. DAÑOS:

Se interpreta como la enfermedad y la muerte de la población en estudio.

D.1. MORTALIDAD AÑO 1974.

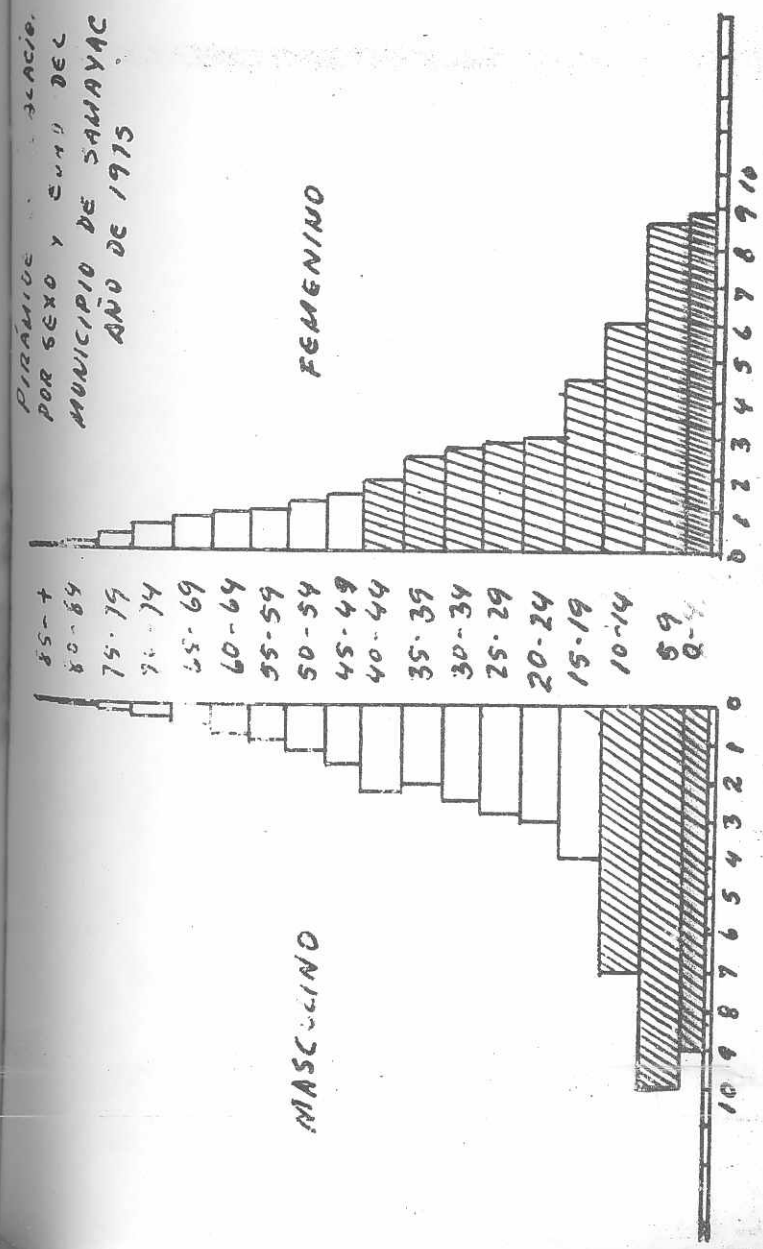
De acuerdo a la información obtenida del registro civil del Municipio de Samayac, tenemos que los certificados de defunción no son extendidos por médicos, lo cuál hace poco confiable la causa directa de la muerte. Mortinatalidad: se reportaron 17 defunciones, de los cuales 13 casos fueron de inanición, 2 casos de asfixia y 2 casos sin diagnóstico definido;esto viene a confirmar que la causa de muerte de estos mortinatos y el resto de defunciones reportadas son síntomas y estados morbosos mal definidos.

Tasa de Mortinatalidad: 52.79 X 1000, que se considera sumamente alto, esto debido al bajo porcentaje de madres que tienen o asisten a control prenatal.

Mortalidad en niños menores de 1 año: se reportaron 22 muertes, de los cuales 8 casos fueron de bronquitis aguda, 7 casos de bronconeumonía, 5 casos de gastroenterocolitis, y 2 casos por estados mal definidos (convulsión y forunculosis).

La mortalidad infantil: es la suma del número de causas neo-natales (0 - 28 días) y postnatales (29-364 días), es decir, 12 y 10 defunciones respectivamente.

Tasa de Mortalidad Neo-natal = 37.26 X1000
Tasa de Mortalidad Post-neonatal =31.05X1000



Mortalidad en niños de 1-4 años: se registraron un total de 13 casos, siendo 7 casos de Parasitismo intestinal, 2 casos de Bronconeumonía, 1 caso de Infección intestinal, 1 caso de Asfixia, 1 caso de ataque coronario (estados morbosos mal definidos), y solamente 1 caso de Desnutrición.

En términos generales se puede afirmar que la mortalidad en niños menores de 5 años esta dada por problemas de tipo pulmonar, gastrointestinal y nutricional con el mayor índice.

Mortalidad Materna: En cuanto a la mortalidad materna el registro civil de la localidad solo reporta 2 casos, uno durante el parto y otro durante el puerperio. Este bajo porcentaje de mortalidad es admisible, por cuanto la naturaleza humana confiere al individuo adulto cierta protección o inmunidad para poder soportar la agresión de cualquier estado morboso que se presente.

D.2. MORBILIDAD: AÑO 1,974

Morbilidad en niños menores de 1 año: De acuerdo a los datos obtenidos del registro del Puesto de Salud durante el año de 1974, sin contar con los niños atendidos en consulta privada, fueron un total de 60 consultas; de las cuales 11 corresponden a niños sanos, que se incluyen en este grupo por formar parte de las consultas; en el resto de consultas tenemos 17 casos por enfermedades respiratorias, 16 casos por gastroenterocolitis, 4 casos de conjuntivitis y 12 casos más etiquetado entre otros. Es importante hacer notar que el 54.99% de las consultas pertenecen a enfermedades respiratorias y enfermedades gastroentéricas (ver cuadro No. 10).

Morbilidad en niños de 1 a 4 años: en este grupo etario se registraron 246 consultas, de las cuales 101 corresponden a enfermedades gastrointestinales

con 40.06% del total de consultas; 41 casos de enfermedades respiratorias con 16.67%, luego tenemos 87 casos de diversas causas, que representa el 35.37%, y 17 casos de Desnutrición Proteico-calórica con el 6.91% del total de consultas. Al igual que en el grupo anterior, la patología que predomina es la gastroentérica y pulmonar. Es importante mencionar que en este grupo aparece la Desnutrición proteico-calórica en menor porcentaje, lo cual no es admisible por cuanto que en el registro del puesto de Salud solo se anotó la enfermedad principal y no el estado general del niño, pués en la encuesta realizada sobre desnutrición proteico-calórica en sus diferentes grados (ver más adelante Situación Nutricional), el porcentaje es del 65%.

Morbilidad en niños de 5 a 14 años: en este grupo se registraron un total de 221 consultas, en las que 80 casos corresponden a enfermedades gastrointestinales, 36.20%; 45 casos de patología pulmonar con 20.36%; 14 casos de anemía (6.33%), y 82 consultas de diversas causas y estados mal definidos (37.10%). Al igual que en los grupos anteriores la patología de mayor frecuencia es la gastrointestinal y pulmonar.

Para mayor objetividad, en cuadro No. 10 se sintetiza en números, las principales causas de morbilidad, por aparatos o sistemas de los niños menores de 1 año, de 1 a 4 y los de 5 a 14 años.

CUADRO No. 10

MORBILIDAD INFANTIL POR GRUPOS DE EDADES, QUE CONSULTARON EL PUESTO DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE SAMAYAC. SUCHITEPEQUEZ. 1974
(Expresado en números y porcentaje)

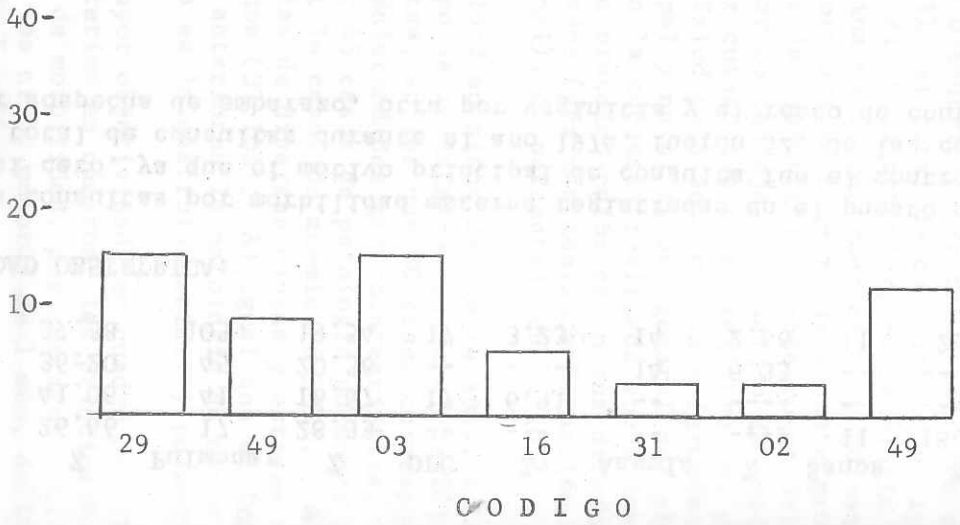
Edad años	GI	%	Pulmonar	%	DPC	%	Anemía	%	Sanos	%	Otros	%	TOT.
de 1	16	26.66	17	28.33	--	---	--	---	11	18.33	16	26.67	60
1 a 4	101	41.06	41	16.67	17	6.91	--	----	--	--	87	35.37	246
5 a 14	80	36.20	45	20.36	--	---	14	6.33	--	--	82	37.10	221
0 a 14	197	37.38	103	19.54	17	3.23	14	2.66	11	2.09	185	35.10	527

MORBILIDAD OBSTETRICA:

Las consultas por morbilidad materna registradas en el puesto de salud fue casi cero, ya que el motivo principal de consulta fue el control prenatal. El total de consultas durante el año 1974, fueron 52, de las cuales una fue por sospecha de embarazo, otra por vaginitis y el resto de control prenatal.

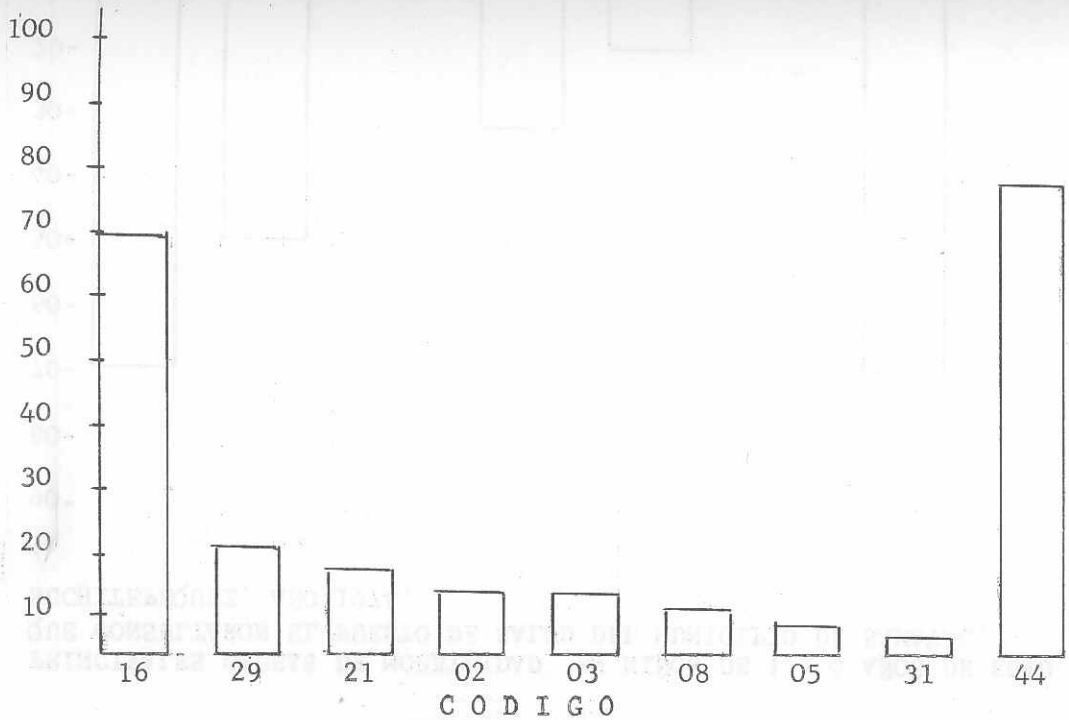
GRAFICA No. 2

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, QUE CONSULTARON AL PUESTO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAMAYAC, SUCHITEPEQUEZ, AÑO 1974.



GRAFICA No. 4

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, EN NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTARON EL PUESTO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAMAYAC, SUCHITEPEQUEZ. AÑO 1974.



GRAFICA No. 3

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, EN NIÑOS DE 1 a 4 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTARON EL PUESTO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAMAYAC, SUCHITEPEQUEZ. AÑO 1974.

D.3. SITUACION NUTRICIONAL, AÑO 1975

El estudio sobre la desnutrición PROTEICO-CALORICA se hizo en niños menores de 5 años, por ser el grupo etario con mayor predisposición a la morbi-mortalidad, que indudablemente está asociada a otros factores, tales como una mala situación socio-económica, analfabetismo, etc.

De los casos tabulados se encontró que el 65% de los niños menores de 5 años, sufren de desnutrición protéico-calórica en sus diferentes grados, según la clasificación del INCAP (correlación de Talla-Peso). Para mayor objetividad ver gráfica No. 5.

Además se observó que en el grupo de niños menores de 1 año el porcentaje de desnutrición es menor. Lo cual nos demuestra que la desnutrición protéico-calórica se acentúa más a partir del primer año de vida, en que los requerimientos alimenticios son mayores.

En la presente gráfica se observa que la mayoría de niños desnutridos se encuentran en los grados de desnutrición 1 y 11. Los desnutridos grado 111 fueron pocos los casos, estos generalmente se hospitalizan a veces por tener una enfermedad infecciosa asociada y otros se encuentran recluídos en centros nutricionales.

La Hipovitaminosis "A" fue otro de los parámetros utilizados para evaluar el estado nutricional, con obervación puramente clínica. De los niños encuestados no se detectó ningún caso.

GRAFICA No. 5

GRADOS DE DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, DE ACUERDO A LA CLASIFICACION DEL INCAP, SEGUN ENCUESTA CLINICO-NUTRICIONAL, EFECTUADA EN EL MUNICIPIO DE SAMAYAC, POR PRACTICANTE EPS, AÑO 1975.

Anemía: se encontró que el 19% de los niños encuestados presentaban signos netos de anemia, se hicieron determinaciones de hemoglobina dando un promedio de 9.5 gramos. A medida que el grado de desnutrición es más severo también la hemoglobina decrece, esto indudablemente complica más el estado general del individuo.

Del estudio efectuado se puede deducir, que la desnutrición PROTEICO-CALORICA está determinada por múltiples factores, entre los que se puede mencionar: malos hábitos higiénicos y alimenticios, desconocimientos de las fuentes de alimentos básicos, analfabetismo, medio ambiente inapropiado, etc., pero evidentemente el factor preponderante en estas comunidades en subdesarrollo es la mala situación socioeconómica, mucho más marcada en el área rural.

La solución del problema nutricional en nuestro medio estaría en mejorar los factores predisponentes, que son del conocimiento general, en una acción conjunta entre el gobierno de la República por medio de sus diferentes ministerios; la Universidad de San Carlos a través de sus diferentes facultades especialmente Medicina, Odontología, Agronómía, Derecho, etc., y la comunidad propiamente dicha. Solo así se podrá tener una solución adecuada para erradicar en parte este problema que es de índole Nacional.

DESNUTRICION EN EMBARAZADAS:

Este aspecto nutricional no se logró determinar como se esperaba, en vista de que muy pocas mujeres embarazadas acudieron para su evaluación. Se considera que no hubo colaboración suficiente por parte de ellas para tener una información precisa. Sin embargo, con las que se examinaron se observó que no existe una desnutrición evidente como en los niños encuestados, aunque si presentaban algunas signos clínicos de anemía. Este signo casi siempre está

asociado al embarazo sin que exista desnutrición por ser una condición propia del mismo. Ahora bien, si vemos a la mujer embarazada desde el punto económico, ahí si existe desnutrición porque sus ingresos son bajos

E. PERCEPCION DEL PROBLEMA MATERNO INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE SAMAYAC, SUCHITEPEQUEZ.

E.1. POR PARTE DE LA COMUNIDAD:

Este análisis se hizo en base a un cuestionario preparado para el efecto, unicamente para la mujer, efectuado por practicante EPS. 1975

Quién le atendió en su último parto?

El 75 % respondió que fue la comadrona, 15% médico y 10 % enfermera.

Quién le gustaría que la atendiera, si usted tuviera otro parto?

El 81 % respondió que comadrona, 12.5 % médico, y 6.5 % enfermera.

En dónde le gustaría que le atendieran su parto?

En su casa el 87 % en el centro de salud 10 % y en el hospital nacional 3 %.

Estas respuestas están intimamente relacionadas, ya que la comadrona ejerce gran influencia en estas comunidades rurales. Con el esblecimiento de los puestos de salud se trata de que el control de la mujer embarazada y la asistencia del parto se a en un lugar adecua-

do, con orientación científica y sus consiguientes beneficios.

Usted ha tenido control prenatal en el último o en el presente embarazo?

37.5 % SI 62.5 % NO

Si tuvo control prenatal, con quién lo tuvo?

Enfermera: 25 %, Médico: 10 % y comadrona 2.5 %

A que lugar asistió a control prenatal?

Centro de Salud 32.5 %, Hospital 3.75 % y casa 1.25 %.

De estas respuestas se deduce que el control prenatal es bajo en la comunidad rural, aunque indudablemente ya se está haciendo conciencia en la población sobre una orientación científica de la mujer embarazada y del futuro niño.

Cree usted que es necesario o conveniente el control prenatal?

SI 86.25 %, NO 13.75 %

Las respuestas más frecuentes fueron:

- Por el exámen médico se puede saber como viene el niño y así evitar problemas posteriores.
- Las mujeres embarazadas están bien cuidadas.
- Es bueno porque la gente lo dice.
- Siempre ayudan con medicinas.
- Se esta más seguro del embarazo

- Se pueden lograr mejor los niños
- porque se puede evitar tener más hijos, que luego son un problema por no tener cómo mantenerlos.
- Porque previene cualquier contratiempo
- Otras mujeres no razonaban bien su respuesta.

Cree usted que es conveniente la atención hospitalaria del parto?

SI 85 %, NO 15 %

Las principales razones fueron:

- Para evitar complicaciones
- Porque previene cualquier tipo de infección
- Porque no se paga dinero
- Por cualquier emergencia
- Para que el niño nasca bién
- Porque están los doctores que atienden mejor
- Por si es necesario operar, ahí están los médicos
- Por ser gente pobre
- Otras madres no razonaban bien su respuesta (a saber).

Estas razones implican que ya hay cierto conocimiento sobre la asistencia de la mujer embarazada y de sus complicaciones que pueden ser prevenibles en estos centros asistenciales. Es alentador para los que trabajan en el ramo de salud Pública a nivel rural.

Le dá problemas a usted el embarazo?

Una relativa mayoría respondió que no, pero hay una significativa cantidad de personas que si les causan problemas, entre los que se menciona los síntomas propios del embarazo (nauseas, mareos, anorexía, etc.) edema de miembros inferiores, lumbago, dolores articulares, calambres de miembros inferiores. Es importante mencionar que ninguna de las madres encuestadas tomó el embarazo como un estado normal por el que atraviesa toda mujer en determinada etapa de su vida.

Puede darle problemas al nuevo niño su embarazo?

La mayoría de las madres no daban una respuesta concreta al respecto, debido a su ignorancia por su bajo nivel educacional, sin embargo una relativa minoría cree que si le puede dar problemas.

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

La conducta seguida por la mayoría de las madres encuestadas fue, primero llevarlo con el farmacéutico (62.5%), luego al no tener resultados favorables decidian iniciar tratamiento con remedios caseros(18.75%) a todo esto al ver que no había mejoría optaban por llevarlo al centro de salud u hospital (12.5 %) o llevarlo con un médico particular (6.25 %). Es importante hacer mención que las madres encuestadas tenían recelo de decir que llevaban a sus hijos con el curandero, esto posiblemente por temor a reprimendas o amonestaciones por parte del entrevistador; en vista de que en este municipio hay por lo menos 5 centros de espíritistas, el espiritismo forma parte de sus

creencias que ya es tradición de este grupo étnico. Es notorio que los casos serios no los llevaban con el curandero o al farmacéutico, sino que al centro de salud o al hospital nacional de Mazatenango.

Están vacunados sus hijos menores de 5 años?

El 80 % respondió afirmativamente.

Es importante mencionar que por ser una población pequeña el municipio de Samayac en relación a la cabecera departamental, la cobertura de vacunación según la reciente campaña nacional de vacunación, es aceptable.

Cree usted que las vacunas ayudan a las personas?

El 90% de las madres encuestadas respondieron que sí ayudan a las personas. El 50 % afirman que las vacunas previenen enfermedades propias de la edad, un 30% opina que la enfermedad no es fuerte (virulenta) y el 10% restante no saben porque, pero que si ayuda.

Lleva a su niño a control de crecimiento y desarrollo?

La mayoría de las madres no saben en que consiste este tipo de control de salud, aunque por observaciones personales en el centro de salud parroquial de la localidad (atendido por comadrona graduada de nacionalidad extranjera) una minoría si llevaba a sus niños a dicho control. Durante la encuesta se aprovecho la oportunidad de hacerles ver lo conveniente del control de crecimiento y desarrollo sobre todo de los niños menores de 5años, que es el grupo etario más suceptible a la morbimortalidad.

Cuando un niño no está enfermo, cree usted que es conveniente que lo examine periodicamente un médico o una enfermera?

La mayoría considera que si es conveniente o necesario que se examine al niño aunque no esté enfermo, por cuanto se previenen las enfermedades propias de la edad porque se les orienta sobre una alimentación adecuada, porque se les vacuna, etc.,

De qué se enferman más frecuentemente las madres?

Entre las opiniones más frecuentes y en orden de importancia tenemos las siguientes: dolor de cabeza anemía, dolor de cintura, cólico del estómago, mal de orín, asientos, de los dientes, gripe, etc.

De qué se enferman más frecuentemente los niños?

La mayoría de las personas si se dan cuenta de que enfermedades son las más frecuentes que padecen sus hijos, entre las que se mencionan; calenturas, lombrices, gripe, asientos, catarro, de los púlmones, de nacídos, de ronchas, porque no comen bien, etc.

De qué se mueren más frecuentemente las personas adultas?

Muchas de las familias encuestadas respondieron que las causas más comunes son de diarrea y vómitos, del corazón, de los púlmones, de enfermedades que desconocen, de dolor de estómago, también se mueren por no haber remedios que curen sus enfermedades, de pulmonía, y otras personas respondieron que no sabían por qué.

De qué se mueren más frecuentemante los niños?

La mayoría coínciden que las causas de muerte más comunes son: de infección intestinal, de asientos y vómitos, de pulmonías, de ataque de lombríces, de hincha-

zón, de anemía y sobre todo por falta de alimentos, etc.

Sabe usted qué es desnutrición?

La mayoría de las familias no saben que es la desnutrición, con raras excepciones; esto debido al factor educacional que no les permite tener un conocimiento exacto de la realidad en que vive.

Sabe usted por qué se hinchan, se adelgazan, se les cae el pelo, se les descama y se mancha la piel de los niños?

La respuesta fue que no sabián por que en casi la totalidad de las familias encuestadas, esto confirma más el comentario anterior.

Porqué muchas mujeres embarazadas se ponen pálidas?

Se comprobó que la mayoría no sabían el por qué de este estado morboso por el que atraviesan toda mujer embarazada. Comentario igual al anterior.

E.2 PERCEPCION DEL PROBLEMA MATERNO-INFANTIL POR PARTE DEL PERSONAL LOCAL DE SALUD

A la enfermera del puesto de salud de Samayac, también le fue investigada la percepción del problema Materno-Infantil al igual que a la comadrona del puesto de salud parroquial de la misma localidad, para compararlo con el de la comunidad, para determinar así la conciencia y eficacia en lo que respecta a la responsabilidad que tienen como miembros de una institución de salud. Las respuestas de las entrevis-

tas al cuestionario fueron muy diversas. La comadrona del puesto parroquial tiene conocimientos más profundos y una orientación científica en lo que a salud y enfermedad se refiere y sobre todo en lo que concierne al grupo materno-infantil que es su especialidad. En cambio los conocimientos de la enfermera del puesto de salud no son suficientemente firmes y a la vez necesita una mejor orientación para resolver los problemas más inmediatos. En resumen las respuestas al cuestionario fueron más seguras y exactas. Sería conveniente que las autoridades de salud pública supervisarán periódicamente los puestos de salud del país, especialmente los puestos de salud tipo "C" que no están equipados adecuadamente, en lo concerniente a equipo y medicamentos básicos.

IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

1. Se logró determinar que la situación del grupo materno-infantil se encuentra en condiciones precarias de salud y nutricionales, cuyo diagnóstico se dió a conocer en el presente estudio por lo que puede implementarse un programa de salud materno-infantil.

2. Se logra establecer así mismo que con la implementación de un programa de salud materno- infantil eficiente y efectivo, la mayoría de los daños infecciosos y nutricionales, producidos directamente por la mala situación socio-económica, son en su mayoría prevenibles.

3. Los resultados y datos en general aquí recabados no son absolutos ni determinantes, sino que un trabajo práctico que en una u otra forma puede contribuir para conocer este grupo poblacional y evaluar conductas o estudios para un futuro cercano.

4. Pudo determinarse que el grupo de población total (9,828) en un área de 16 kilómetros cuadrados (densidad = 614.2 habitantes por kilómetro cuadrado) son adaptables desde todo punto de vista, ya que los problemas se derivan de la pésima distribución de la tierra, los salarios ínfimos, e inhumanos, y la injusticia social generados por una minoría pudiente.

5. La pirámide de población es clásica para área atrasada, ancha en su base y angosta en su ápice, influido directamente por la situación socio-económico imperante en estos grupos de población, que no les permite aprovechar los avances científicos, provocando alta incidencia de morbi-mortalidad en los grupos suceptibles que no les permiten llegar a realizarse como adultos sanos.

6. Las condiciones habitacionales pésimas son determinantes en la generación de enfermedades infecciosas principalmente.

7. Las enfermedades gastrointestinales y pulmonares infecciosas así como las nutritivas son las principales causas de morbi-mortalidad en el grupo materno-infantil, que por sus peculiaridades, es el grupo más suceptible.

8. Las tasas de mortalidad encontrados en el presente estudio son similares a los de la población en general.

9. Los signos de desnutrición tales como anemia, bajo peso y talla están influenciados directamente por la situación económica de la familia, es decir, a menor ingreso mayor desnutrición protéico-calórica.

10. Además se comprobó que la situación socio-económico y las condiciones ambientales son las causantes de tan alta morbi-mortalidad en el municipio de Samayac.

11. La escolaridad es baja en esta comunidad, lo que también inciden directa o indirectamente en su situación actual, ya que le impide ignorar muchas soluciones a sus problemas.

12. Las personas que viven en las condiciones mencionadas anteriormente dan como resultados que ignoren y tengan un concepto erróneo de la percepción del problema de salud.

13. El personal local de salud está conciente de la problemática del estado de salud actual, pero que desafortunadamente al no modificarse el factor determinante (socio-económico-político) sus esfuerzos serán paliativos por un tiempo indeterminado.

X. CONCLUSIONES

1. El Municipio de Samayac está dividido en área rural y urbana; el área urbana es básicamente comercial y artesanal. Su condición de salud en general es deficiente al igual que el sector rural en que las condiciones culturales, sociales, económicas, psicológicas, etc., son aún más deprimente.

2. El número promedio de miembros por familia, de la población total es 6.

3. El grupo étnico preponderante es el índigena en un 76.68% con mayor porcentaje en el área rural.

4. La escolaridad en niños de 7 a 14 años es del 67.98% habiendo un índice mayor de analfabetismo en la población adulta.

5. En relación a la alimentación se encontró que una minoría si tiene una alimentación aceptable, no así el resto de la población en especial la rural. Es otro factor importantísimo que provoca daño en la salud de las familias.

6. Se pudo determinar que en la mayoría de los casos, ni las embarazadas ni los niños menores de 5 años, poseen mejor alimentación que el resto de la familia.

7. En relación a la lactancia se comprobó que oscila entre los 12 a 36 meses, siendo prolongada más allá del primer año de vida en aquellas personas de escasa educación y recursos.

8. Hay, así mismo creencias y hábitos negativos acerca de la alimentación, tanto de la embarazada como la del niño menor de un año.

9. En relación a los medios de producción se determinó que muy pocos poseen tierras, y que otra minoría posee grandes extensiones, lo que nos índica mala distribución de la tierra, Factor totalmente negativo para la superación de la mayoría de las familias, especialmente la del área rural.

10. Las viviendas del área urbano solamente son adecuadas en una mínima parte, no así en las marginales y en la mayoría de las del área rural, en donde el hacinamiento provoca un deterioro de la salud de las familias, siendo el más afectado el grupo materno-infantil.

11. En la población total se observa que al grupo materno-infantil le corresponde el 69 %, teniendo el grupo materno el 18.75 % y el 50.56 % el grupo infantil, de los cuales el 17.91% corresponde a niños menores de 5 años.

12. El grupo etario más susceptible en morbilidad y mortalidad (1974), está comprendido entre los menores de 5 años, de acuerdo a los datos obtenidos del puesto de salud y el registro civil de la municipalidad de Samayac.

13. La morbilidad y mortalidad del municipio en estudio es debida básicamente a causas nutritivas e infecciosas, las cuales se relacionan directamente por sus condiciones socio-económicas, su falta de educación sanitaria, su hacinamiento, etc.

14. Las causas de mortalidad del Municipio, son en muchos casos desconocidas o mal definidas por el personal encargado de denominar la causa de defunción, por lo que la información estadística al respecto, dista mucho de la realidad por lo que no son confiables.

15. Los factores condicionantes y determinantes para la situación actual, de las áreas rural y urbana se pueden mencionar: falta de recursos económicos, falta de educación, hábitos y creencias inadecuadas, etc., que provocan falta de entusiasmo y desesperanza colectiva, ya que la mayoría acepta su situación, por razones de religión costumbres, hábitos, y más que todo por el sistema socio-económico político imperante en nuestro país.

16. En relación a la situación nutricional se encontró que el 65 % de los niños menores de 5 años sufren de desnutrición protéico calórica en sus diferentes grados.

17. Respecto a la percepción del problema materno-infantil por parte de la comunidad puede deberse a la falta de conocimientos de los problemas de salud de este grupo. En contraposición, se logró determinar que el personal local de salud tiene plena conciencia de dicha problemática

18. Para terminar puede agregarse que las familias del área rural y las del sector urbano (marginales) pueden superarse hasta que posean medios para subsistir decorosamente (medios económicos especialmente, también alimentación,salud, tierras, viviendas adecuadas, educación, agua, etc. y no en las condiciones infra-humanas que actualmente se encuentran, lo que se refleja en miseria, mal nutrición, ignorancia, hacinamiento, enfermedad etc., sin embargo este cambio puede lograrse si se le orienta, si se le comprende, si tiene tierras que cultivar, etc., pero solo puede lograrse si se establecen simultanemanete importantes y determinantes sus cambios radicales en la estructura económica y política del país.

XI. RECOMENDACIONES

1. Que para mejorar el nivel de vida de la población estudiada, con mayor prioridad al área rural, es necesario que tengan acceso a los servicios básicos de educación, alimentación, salud, vivienda, etc.

2. Que es necesario crear fuentes de trabajo, que las permita tener mejores ingresos para así poder satisfacer en forma más adecuada lo mencionado en el inciso anterior.

3. Que es necesario que la población rural participe de los beneficios del desarrollo económico social del país.

4. Implementar programas de salud materno-infantil, en base al diagnóstico de la situación actual.

5. Orientar y sobre todo concientizar a los campesinos a que conozcan su realidad concreta, para que ellos sean también elementos de cambio.

6. Que el programa EPS sea a nivel integral, es decir, que haya participación de todas las facultades de la universidad de San Carlos.

7. Implementar programas de educación sanitaria popular a nivel de los puestos o centros de salud.

8. Completar en la mejor forma posible tanto en equipos como en medicamentos los puestos y centros de salud del país.

9. Mejorar las vías de comunicación del municipio de Samayac.

10. Potabilizar el agua y sobre todo mejorar la disposición de excretas a nivel rural.

11. Implementar programas de mejora de la vivienda rural especialmente.

12. Ejecutar programas efectivos de saneamiento ambiental.

13. Incrementar a nivel rural los programas de control pre y post-natal, asistencia técnica del parto, programas para mejorar los conocimientos de las comadronas empíricas.

14. Que se reporten los casos de defunción al registro civil por personal competente.

15. Que haya una mejor distribución de la tenencia de la tierra.

BIBLIOGRAFIA

1. - Bradford Hill Austin. Principios de Estadística. Editorial Ateneo. Tercera Ed. en Español.

2. - Figueroa M., Horacio. Introducción a los Métodos de Investigación Experimental y Elementos de Estadística para la Investigación. Guatemala, Tipografía Nacional. 1964.

3. - Girón M., Manuel Antonio. Pediatría Social. Editorial Universitaria, 1956.

4. - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad Sectorial de Planificación de la S lud, República de Guatemala, Departamento de Suchitepéquez. Población Calculada año de 1972-1980. Guillermo Poitevin Paz.

5. - Organización Panamericana de la Salud, Salud Materno-Infantil y Familiar e Implementación de Programas de Salud Materno-Infantil y Bienestar de la Familia Latinoamericana. Washington, D.C., Dr. Jorge Rooselot Vicuña, Asesor Regional en Salud Materno-Infantil.

6. - Viteri, Fernando, Jorge Alvaro & Moisés Behar. El Problema de la Desnutrición Proteico Calórica en el Istmo Centroamericano, Revista del Colegio Médico, Vol. # 7. -

III. ANEXO
LISTA DE CAUSAS DE DEFUNCION POR GRUPO

CODIGO	G R U P O S D E C A U S A S
01	Fiebre Tifoidea
02	Disenteria bacilar y ambiásis
03	Enteritis y otras enfermedades diarreicas
04	Tuberculosis pulmonar
05	Otras tuberculosis, incluyendo efectos tardíos
06	Difeteria
07	Tos Ferina
08	Angina Estreptoccócica y Escarlatina
09	Infecciones Meningoccocicas
10	Poliomielitis aguda
11	Viruela
12	Sarampión
13	Tifus y otras Ricketsiosis
14	Paludismo
15	Sífilis y sus secuelas
16	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias
17	Tumores malignos, incluyendo neoplasias del tejido linfático y de los órganos hemotopoyéticos.
18	Tumores benignos y de naturaleza no especificada
19.	Diabetes Mellitus
20	Hipovitaminosis y otras defidencias nutricionales
21	Anemías
22	Meningitis
23	Fiebre reumática activa
24	Enfermedades reumáticas crónicas del corazón
25	Enfermedades hipertensivas
26	Enfermedades isquémicas del corazón
27	Otras enfermedades del corazón
28	Enfermedades cerebrovasculares
29	Influenza

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

Br. JOSE APARICIO DIEGUEZ MORALES

Asesor
DR. JORGE PALMA MOYA

Revisor
DR. JUAN FRANCISCO

Director de Fase III
DR. JULIO DE LOEN M.

Secretario General
DR. RAUL A. CASTILLO R.

Vo.Bo.