

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ENFOQUE INTEGRAL DE LA SALUD DEL MUNICIPIO DE
GRANADOS BAJA VERAPAZ 1978"

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

SANDRA LUCRECIA CONCEPCION GALINDO OCHOA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

- I.- INTRODUCCION
- II.- OBJETIVOS
- III.- HIPOTESIS
- IV.- DEFINICION DE LAS VARIABLES DE LAS HIPOTESIS
- V.- ANTECEDENTES
- VI.- JUSTIFICACIONES
- VII.- MATERIAL Y METODOS
- VIII.- DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO
- IX.- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- X.- CONCLUSIONES
- XI.- RECOMENDACIONES
- ANEXOS

INTRODUCCION

Según lo muestran las estadísticas nacionales, las comunidades urbanas y rurales de Guatemala, presentan altas tasas de morbilidad, indicadoras de la existencia de bajos niveles de salud. Los niveles bajos de salud minan la actividad física, mental y social de la población, destruyéndola gradualmente. Y estas condiciones generales persisten en nuestro país y hasta la fecha no existen medidas adecuadas para su control; constituyéndose la atención de la salud en un problema muy serio, que merece se busquen soluciones reales y efectivas.

En vista de tal panorámica se decidió realizar el presente trabajo de tesis, titulado:

"ENFOQUE INTEGRAL DE LA SALUD DEL MUNICIPIO DE GRANADOS BAJA VERAPAZ, 1978".

En él se muestra un estudio de la población del Municipio de Granados, que define los determinantes y condicionantes de su nivel de salud. Con el objeto de utilizarlo como ejemplo para el análisis de la problemática de la atención de la salud Guatemalteca y demostrar que la realidad, es más dura y alarmante de lo que se cree y que requiere un buen control, pues desde el pasado a la fecha no se ha realizado.

II OBJETIVOS

1.- GENERALES:

Detectar el nivel de salud actual, de la población del Municipio de Granados Baja Verapaz y comprobar con ello que los actuales programas nacionales de salud no se adaptan a la realidad socioeconómica de la población Guatemalteca y no cumplen con proporcionar una atención de la salud, adecuada.

2.- ESPECIFICOS:

- A.- Detectar los factores determinantes y condicionantes del nivel de salud del Municipio de Granados.
- B.- Detectar la estructura socioeconómica y el nivel de salud del mismo Municipio.
- C.- Mostrar los principales problemas de salud del Municipio de Granados y reafirmar que éstos son similares en toda nuestra patria, por lo tanto deben ser tratados con una adecuada política integral de salud y no con acciones paliativas.
- D.- Detectar cuál es la política actual de salud a nivel nacional y si cumple con cubrir las necesidades de la población a largo plazo.
- E.- Dar pautas para el buen control del problema de la adecuada atención de la salud.

III

HIPOTESIS

- 1.- "En el Municipio de Granados Baja Verapaz hay un bajo nivel de salud, evidenciado por altas tasas de morbilidad."
- 2.- "La estructura socioeconómica de una población es un factor determinante en su nivel de salud."
- 3.- "No existen en Guatemala políticas de salud integrales, - bien planificadas, coordinadas y multisectoriales, que den una atención preventiva de la enfermedad."

IV

DEFINICION DE LAS VARIABLES

DE LAS HIPOTESIS

1.- SALUD.

"Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, no solo la ausencia de enfermedad (O.M.S.)". Así también se dice que "la salud pública es el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y la eficiencia, mediante el esfuerzo coordinado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de las infecciones transmisibles, la educación de los individuos e higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y tratamiento preventivo de las enfermedades, que asegure a cada uno un nivel adecuado para la conservación de la salud, organizando los servicios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad" (Wislow), (6).

También Acebal y Paganini en el libro "Medicina de la Comunidad" editado en -1972- en Buenos Aires, definen la salud como: "un continuo accionar frente al universo físico, mental y social en el que se vive, sin retacear un solo esfuerzo para modificar, transformar, recrear, a que ella que deba ser destruido aunque para lograrlo tenga que vivir en continua agitación" (12). (Se cree dialéctica revolucionaria). López concibe la salud y la enfermedad como un proceso y como tal va cambiando con el desarrollo histórico de la humanidad. El concepto de la salud ha va-

riado con el tiempo, no es el mismo actual. Algunos estados que antes no se consideraban como enfermedad, en la actualidad si se consideran, y viceversa; algunas enfermedades han desaparecido y otras se hacen presentes con el desarrollo de los pueblos la salud puede desarrollarse o estancarse de acuerdo con el desarrollo integral o estancamiento de los pueblos" (12). Lo anterior indica que la salud es cambiante, no estática, dependiente de un progreso, pero si esto no sucede se estanca.

2.- NIVEL DE SALUD.

"Aquellas medidas que traducen los distintos estados de salud o enfermedad de los individuos o colectividades expresados mediante indicadores convencionales tales como tasas, índices o porcentajes referidos a morbilidad, mortalidad, natalidad, etc." (6)

Los indicadores mencionados son: "Valores numéricos que representan un sistema de medición de fenómenos, cuando para ello no exista una escala convencional de medida cuya expresión en números absolutos no nos traduzca la fuerza de dicho fenómeno. Son de 2 tipos: promedial y tipo razón (tasas). Este último expresa la relación de una parte al todo, en la cual la parte es el numerador y el todo es el denominador. Las tasas son usadas frecuentemente en: Planificación, medición, de acciones desalud, comparación entre países, correlaciones y gráficas" (10).

3.- ESTRUCTURA SOCIOECONOMICA DE UNA POBLACION

Las necesidades del hombre lo han obligado a agru-

...parse y facilitar así la consecución de los medios para so-
...ventar sus necesidades. A esa agrupación se le nombró so-
...ciudad. Y en el proceso histórico de la sociedad y su es-
...estructura han surgido 5 regímenes sociales, identificados c-
...da uno con un Modo de producción, estos son:

Comunidad Primitiva

Esclavismo

Feudalismo

Capitalismo

Socialismo

Cada uno de ellos con fundamento en el régimen de la pr-
...piedad de los medios de producción, acorde con el desarro-
...llo de las fuerzas productivas y las relaciones de produc-
...ción respectivamente.

En la comunidad primitiva los bienes eran comunales
y el trabajo se basaba en la cooperación simple, pues mu-
chas personas ejecutaban un mismo trabajo. No había ex-
plotación del hombre por el hombre. Pero el trabajo era
muy poco productivo, no creaba excedentes, sino lo más in-
dispensable para la vida. Pero el perfeccionamiento de los
instrumentos de trabajo dio por resultado la división natu-
ral del mismo y en cierto modo aumentó la productividad.
Con el tiempo surgió la propiedad privada de los medios
de producción como característica del régimen social, en-
tonces surge el esclavismo, representación en su fase más
burda de la explotación del hombre por el hombre. Más tar-
de se pasa al feudalismo hasta llegar, siglos después, al ca-
pitalismo y en su fase más sofisticada al imperialismo, en
donde se sigue fundamentalmente la explotación del hom-
bre por el hombre.

Tanto el régimen social de la comunidad primitiva y
el socialismo, antesala del comunismo, el régimen de pro-
ducción se basa en la propiedad social de los medios de pro-
ducción, cooperación voluntaria, ayuda mutua, en una so-
ciedad sin clases.

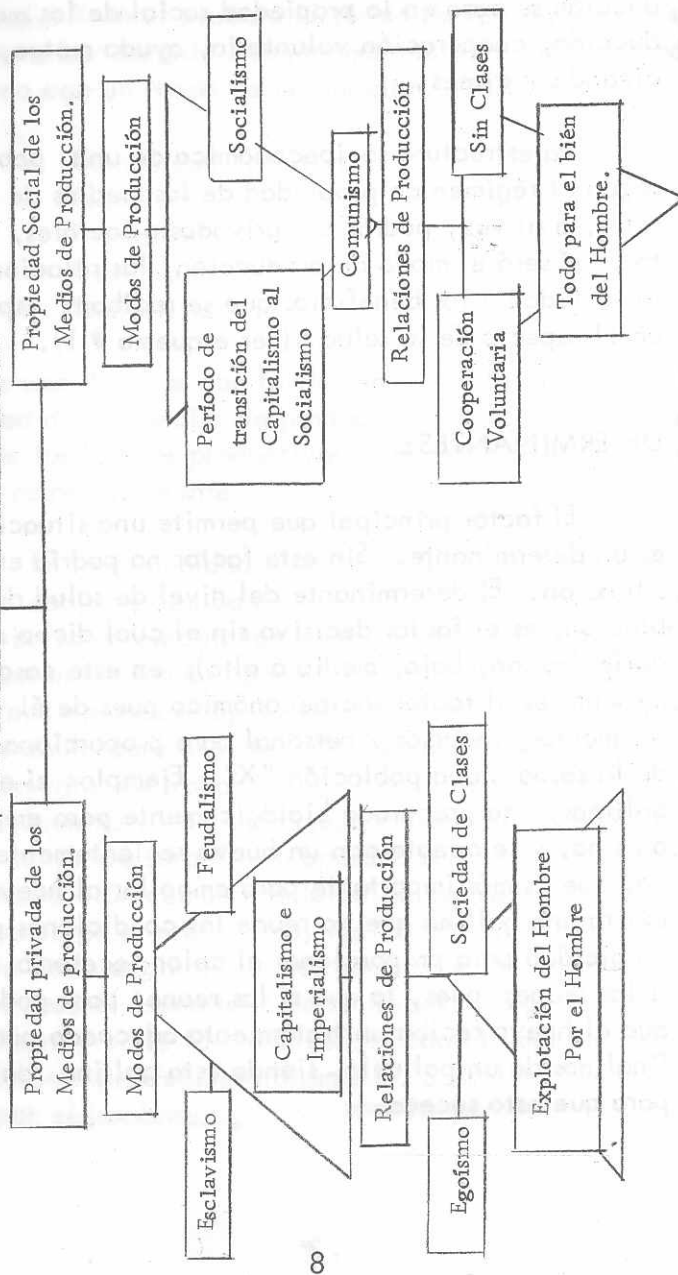
La estructura socioeconómica de una población será
según el régimen de propiedad de los medios de producción;
estos, a su vez, podrán ser privados o sociales, y según es-
tos, así será el modo de producción, las relaciones entre
la sociedad y los beneficios que se reciban, especialmente
en el aspecto de la salud. (ver esquema # 1).

4.- DETERMINANTES:

El factor principal que permite una situación dada,
es un determinante. Sin este factor no podría existir dicha
situación. El determinante del nivel de salud de una po-
blación, es el factor decisivo sin el cual dicho nivel no se
daría (ya sea, bajo, medio o alto); en este caso, el deter-
minante es el factor socioeconómico pues de él dependen
los medios, recursos y personal para proporcionar atención
de la salud a una población "X". Ejemplo: si existen 2
gallinas, una preparada biológicamente para empollar y
otra no, y se cuenta con un huevo recientemente fecunda-
do, que es más importante para empollar al huevo? que
exista una gallina que no reúne las condiciones precisas de
termicidad para proporcionar el calor necesario, o una que
sí las reúne; pues, la que sí las reúne, para poder hacer
que el huevo reciba un tratamiento adecuado para que al
final nos de un polluelo, siendo esta gallina determinante
para que esto suceda.

ESTRUCTURA SOCIAL

Régimen de la Propiedad de los Medios de Producción



5.- CONDICIONANTES

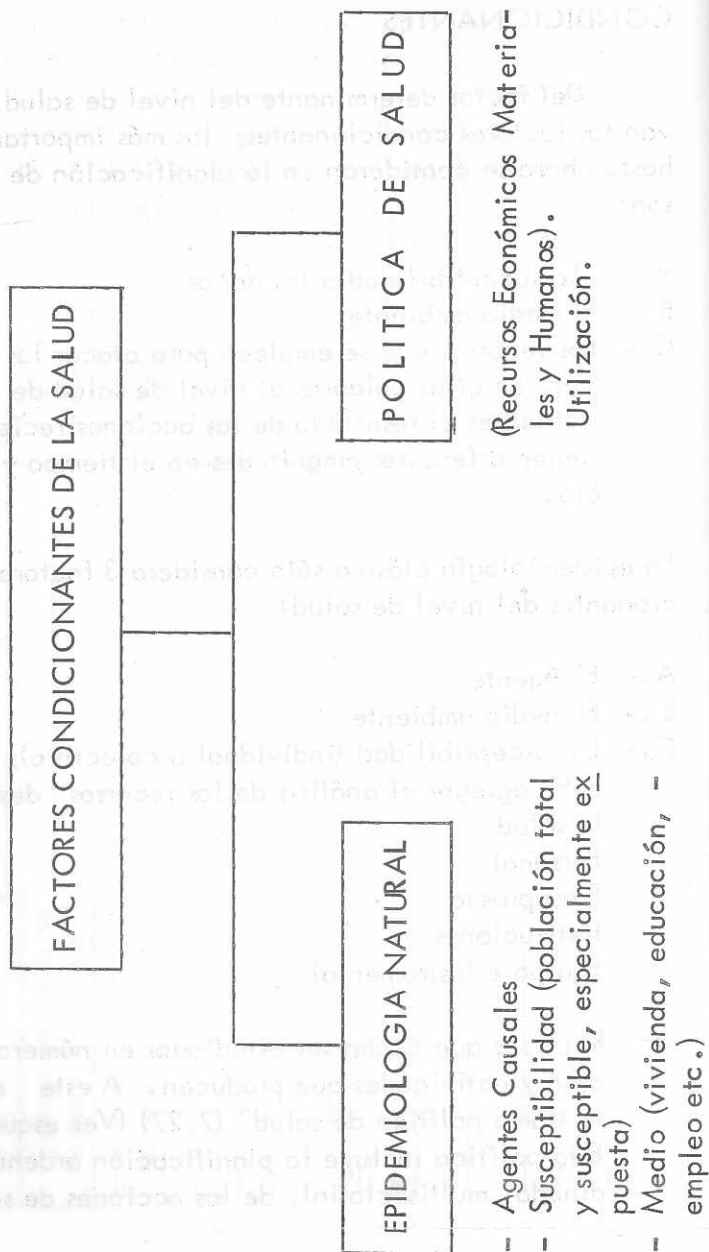
Del factor determinante del nivel de salud se derivan los factores condicionantes; los más importantes que hasta ahora se consideran en la planificación de la salud son:

- A.- "La susceptibilidad a los daños.
- B.- El medio ambiente
- C.- Los recursos que se emplean para atacar los problemas, en otras palabras el nivel de salud de una colectividad es el resultado de las acciones recíprocas que tienen diferentes magnitudes en el tiempo y el espacio.

La epidemiología clásica sólo considera 3 factores condicionantes del nivel de salud:

- A.- El Agente
- B.- El medio ambiente
- C.- La susceptibilidad (individual o colectiva); a ellos se debe agregar el análisis de los recursos destinados a la salud:
 - Personal
 - Presupuestos
 - Instituciones
 - Equipo e Instrumental

Recursos que deben ser estudiados en número, utilización y actividades que producen. A este análisis se le llama política de salud" (7,27) (Ver esquema # 2). Esta política incluye la planificación ordenada, coordinada, multisectorial, de las acciones de salud.



Dentro de los condicionantes del nivel de salud, mencionados en la tesis del Dr. Croker (5), están los condicionantes mediatos:

- 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.
- C.- Situación general de dependencia, como características que definen 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 de intercambio y otros como:
 - a.- Lento e insuficiente crecimiento de la producción agraria.
 - b.- Inadecuada capacitación y utilización de los reursos humanos.
 - c.- Importación indiscriminada de políticas, modelos de tecnologías de países actualmente desarrollados, y su
 - d.- falta de adecuación a las necesidades nacionales,
 - e.- Escaso desarrollo de técnicas y modelos propios
 - f.- Insuficiente investigación sobre los factores causales de los principales problemas,
 - g.- La realidad Latino Americana

h.- Hábitos y patrones culturales difíciles de modificar

i.- Desigualdad de oportunidades de la población al acceso de bienes y servicios, etc." (5)

6.- PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

"Los objetivos reales de la medicina son los de promover una salud positiva y óptima; de prevenir un mal estado de salud; de realizar un diagnóstico y un tratamiento lo más precoz posible; de prevenir estados que incapaciten una vez producida la enfermedad en el hombre; de ~~limitar~~ esta incapacidad y de rehabilitar social y físicamente al individuo afectado.

NIVELES DE PREVENCIÓN:

La prevención requiere una acción de tipo anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural para evitar la aparición o el desarrollo ulterior de la enfermedad. Estos niveles de prevención son:

A.- Prevención Primaria:

Medidas orientadas a proteger al individuo contra los agentes de la enfermedad o establecimiento de barreras contra esos agentes en el medio ambiente.

B.- Prevención Secundaria:

Tan pronto como el proceso patológico sea detectable, en los inicios de la patogénesis, se trata oportunamente y adecuadamente.

C.- Prevención Terciaria:

Cuando la enfermedad se ha desarrollado más allá de

sus primeras etapas, el tratamiento puede prevenir secuelas y limitar la incapacidad, e incluso más tarde cuando se ha fijado el defecto o la incapacidad, la rehabilitación puede fijar un papel de tipo preventivo". (11)

A esto se debe agregar que dentro de la prevención primaria se incluye la educación para la salud, a la cual no se da importancia básica, pues sin ésta no sería completa la prevención, ya que la población presenta costumbres alimenticias, higiénicas, etc., inadecuadas, que solo con educación desaparecerán.

V ANTECEDENTES

1975. Febrero. El Dr. José Luis Bocaletti, en su tesis de graduación, expone el tema "Diagnóstico de la Situación del Municipio de Granados B.V. (investigación realizada durante la práctica en el área rural)"; donde define que los factores económicos, educacionales y ambientales, provocan gran impacto en la nutrición de la población de Granados, consecuentemente causando elevadas tasas de morbilidad y mortalidad.
1975. Julio. También en su tesis titulada "Investigación de Mortalidad en el Municipio de Granados" el Dr. Edgardo A. Flores señala la importancia de que existan programas de salud adecuados para el desarrollo de nuestro país y analiza las defunciones del año 1973 conjuntamente con el medio ambiente de los fallecidos.
1976. El Dr. Gonzalo A. Cifuentes efectúa un diagnóstico de la situación materno infantil, en el mismo municipio.
1977. El Dr. Lara compara la situación de los municipios de Granados B.V. y Tactic A.V. en 1976 y menciona la deficiencia de los servicios de salud y como ello afecta a la población aumentando la morbilidad.

VI

JUSTIFICACIONES

Para la implantación de programas nacionales de salud, que beneficien realmente a las colectividades del país, es necesario que sean analizados los factores que influyen directamente y que en definitiva provocan un nivel de salud dado, para luego estudiar la mejor forma de como brindar atención adecuada a los individuos, quienes tienen el absoluto derecho de recibir ese beneficio de cuidados tanto de sus condiciones físicas como mentales. Así es posible llegar a comprender que una política de salud integrada al desarrollo económico del país es necesaria para cumplir con proporcionar los medios y métodos específicos de la atención de la salud.

VII

MATERIAL Y METODOS

1.- MATERIAL.

A.- HUMANO:

- Autoridades y Colaboradores del Municipio de Granados.
- Personeros de Salud Pública entrevistados.
- Personal médico colaborador de Fase III. Facultad de Medicina.
- Personas encuestadas.

B.- FISICO:

- Archivos de nacimientos y defunciones, así como históricos, de la Municipalidad del municipio de Granados Baja Verapaz.
- Registros y archivos llevados en el Puesto de Salud de Granados, durante la práctica del E.P.S. (Agosto 1978 a Enero de 1979).
- Datos de la "Investigación de Planificación Familiar" realizada durante la mencionada práctica del E.P.S. en el mismo municipio.
- Registros del Departamento de Estadística de la D

rección General de Servicios de salud 1973, algunos de 1977 y otros.

- Datos de investigación efectuada en una muestra de la población.
- Fichas de recolección de datos, que se utilizaron en la investigación de campo.

2.- METODOS

A.- INVESTIGACION:

Esta se realizó en varias etapas:

a.- Conocimiento del Area de Trabajo:

Se logró por la propia vivencia de la autora, durante la práctica del E.P.S. y por otros datos como los relacionados con la historia del Municipio, datos generales, etc., que fueron proporcionados por el personal que laboraba en la Municipalidad de la localidad.

b.- Mapeo del Area de Trabajo:

Para lo cual se escogieron dos áreas: La cabecera Municipal de Granados y un caserío llamado Santa Rosa. Fueron escogidas ambas áreas pues sus condiciones son diferentes, lo cual permite incluir en el estudio condiciones extremas de la sociedad estudiada, lo que hace más significativos los resultados obtenidos.

De ellas se efectuaron 2 mapas, para utilizarlos en la investigación de campo.

En este proceso colaboró efectivamente el personal del Puesto de Salud de Granados.

c.- Conocimiento de población, Mortalidad, Natalidad y Morbilidad:

Durante los seis meses de investigación se efectuó recopilación de datos de la población en el departamento de Estadística Nacional. En los archivos municipales de Granados se obtuvo el número de fallecidos en 1977 y primeros seis meses de 1978, así como también los nacimientos del mismo período; el resto de estos mismos datos cada mes se anotaban en los registros del Puesto de Salud de Granados (Del 2o. semestre 1978 y mes de Enero 1979). Además de la consulta del Puesto se obtuvo la morbilidad de los pacientes allí atendidos. Todo para poder utilizar dichos datos en el análisis del nivel de salud de la población.

d.- Conocimiento de las Políticas y Programas Nacionales de Salud:

Obtenidos en la oficina de Programación de la dirección General de Servicios de Salud.

e.- Investigación de Campo:

Se efectuó un muestreo de 70 viviendas

en total, por el sistema de números Aleatorios. Para ello se utilizaron los mapas de la Cabeceira Municipal escogiendo de ella 50 viviendas o sea 39.68% del total de viviendas y del Caserío Santa Rosa 20 viviendas o sea el 80% del total de viviendas. Cada vivienda fue identificada por un número que se le colocó al hacer la numeración total por el método de serpentina, y por el nombre del jefe de familia.- Cada vivienda fue visitada personalmente para entrevistar al jefe de familia o su esposa o persona responsable (1 entrevista por vivienda) y recolectar datos sobre su estructura económica social y de salud. A continuación se hace un listado de los puntos sobre los que versó la entrevista:

Datos Generales:

- Procedencia (de la familia)
- No. de Familiar existentes por vivienda.
- No. Total de miembros por vivienda.

Otros:

- Distribución etaria y por sexos.
- Raza y Religión
- Alfabetismo
- Migración: inmigración o emigración.
- Ocupaciones Principales.
- Ingresos: total mensual, por familia, aporte en globo, número de miembros que aportan al hogar.
- Régimen de tenencia de la tierra.

- Régimen de tenencia de la vivienda, tipo de construcción, ambientes y servicios.
- Atención de la salud: tipo de servicio usado.
- Vacunación en menores de 1 año.
- Fecundidad

f.- Además, se utilizaron otros datos de la investigación de "Planificación Familiar" efectuada durante la práctica del E.P.S.

B.- ANALISIS:

Con los datos obtenidos del procedimiento anterior, se analizó el nivel de salud del municipio de Granados, los factores que determinan y condicionan éste; y la influencia que la política de salud actual ejerce sobre el problema tanto de Granados como nacional.

VIII

DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

1.- DATOS GENERALES Y GEOGRAFICOS

La población estudiada pertenece al Municipio de Granados que pertenece al departamento de Baja Verapaz. Situada en el área montañosa sur del mismo departamento. Con extensión aproximada de 248 Kms², a una altitud de 952.76 mts. a 1020 mts. sobre el nivel del mar.

- Colinda al:

norte: con el municipio de Cubulco, al oeste y al este con el de Rabinal del mismo departamento.

sur: San Raymundo y San Juan Sac. municipios de la Capital y el río Grande.

este: Con el municipio del Chol Baja Verapaz.

oeste: Con Joyabaj (Quiché).

- Clima:

Cálido constante.

- Topografía:

Colina muy quebradiza o cerro, presentando como área de mayor extensión y planicie a la Aldea Potrero Grande.

- Hidrografía:

Bañado por 3 ríos principales: Margarita, Tumbadero, Pa

chicaj y otros como Velejeyá, Agua Caliente, desembocan en el río Grande o Motagua. Insuficientes para proporcionar agua a todas las aldeas. (ver mapas anexos)

- Flora y Fauna:

Maderas: pino, bucino, cahoba, (los bosques constantemente están siendo depredados).

Arboles Frutales: mango, guayaba.

Animales: venado, conejo, tacuazín, armado, garrobo, peces pequeños, cangrejos, pájaros: sensontle, paloma cantora, sanate, chorchá, perico.

- Régimen de Lluvias:

Las estaciones más marcadas son: invierno de Mayo a Octubre, verano de Noviembre a Abril.

- Suelo:

Francamente rocoso y arenoso, con minas de talco, piedra para fabricación de azulejo y con escaso humus.

2.- HISTORIA.

Conocido Granados en épocas pasadas con el nombre de finca el "RODEO"; durante la revolución del General Don Justo Rufino Barrios, el expresidente de la República General Miguel García Granados, pasó en una ocasión por el lugar; desde entonces el pueblo en su honor rebautizó al Municipio con el nombre de "Granados"; eso hace más de 100 años, lo que más tarde fue reafirmado legalmente.

Según consta en el libro "Acuerdos Gubernativos" existentes en la Municipalidad de Granados, por acuerdo gubernativo del 5 de Enero de 1893, "se logró el traslado

de la cabecera Municipal existente en la Aldea Saltán para el Rodeo, por la conveniencia de proveer a dicho pueblo de terreno en donde pudiera extender la industria agrícola", según indican el Rodeo contaba con 40 caballerías de terreno, y que en el futuro "el antiguo pueblo de El Rodeo llevaría el nombre de Granados" (23). Además mencionan que los terrenos de este nuevo municipio se distribuirán entre todos los vecinos, en lotes proporcionados a su circunstancia, dejando sin distribuir un área suficiente para los trabajos comunales. Y un último acuerdo dice que la municipalidad de Granados extendería a favor de los dueños de lotes la certificación que correspondería para que pudiesen ser inscritas en el registro de la propiedad inmueble. Estos acuerdos fueron firmados y autorizados por el expresidente Manuel Estrada Cabrera. Por lo tanto el 90% del terreno es municipal.

3.- DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA:

El municipio está dividido en aldeas, caseríos y fincas:

Aldeas: Granados
Saltán
Oratorio
Ixchel
Las Dantas
Llano Grande
Potrero Grande
El Guapinol
Estancia de García
Los Pozos
Concuá
Agua Caliente

Caseríos:	Agua Tibia	Cabrera
	Pamacal	Los limones
	El Mezcal	El Trapichito
	El Durazno	El Colmenar
	Las Animas	Suchicul
	Pachicaj	Buen Retiro
	Nance Dulce	Velejeyá
	Sta. Rosa	La Ceiba
	El Chaparro	Plan de Manzo

Fincas:

- La Unión
- El Naranjo
- San Juan Nepomuceno
- San Francisco
- San Rafael
- San José
- Las Ilusiones
- La Montaña
- San Antonio Cotton
- Las Vegas de Cotton

Nota: Sta. Rosa caserío a 5 Kms. más o menos de la cabecera municipal, con terreno mucho más rocoso y quebradizo, con escasez de fuentes de agua, tierra infértil, y escasos medios de comunicación.

A.- Autoridades Civiles y Militares:

La población cuenta con una municipalidad en la cabecera, integrada así:

1	Alcalde Municipal
5	Concejales (o regidores)
1	Oficial

1	Secretario
1	Policia Municipal

Alcaldes Auxiliares 1 a 3 por aldea.
El alcalde de la cabecera a su vez ejerce el cargo de Juez de Paz.

Existe un cuerpo de policia integrado por un capitán y 3 ayudantes.

4.- MEDIOS DE COMUNICACION

- Vía Terrestre:

La ruta nacional No. 5 es el único medio de comunicación terrestre, que va de la capital, pasando por San Pedro y San Juan Sac, donde termina el asfalto, en adelante es de terracería y balastre, encontrándose Granados a 78 Kms. de la capital. Por esta misma carretera después de Granados, a 11 Kms. se encuentra el Municipio de El Chol, a 23 Kms. Rabinal, a 50 Kms. la cabecera departamental. Diariamente los transportes extraurbanos Orquídea, Cobanerita y Monja Blanca usan esta vía. El resto de vías de acceso a las aldeas son caminos de herradura esto dificulta mucho el tránsito.

- Telecomunicaciones:

Una oficina de correos y telégrafos funciona en la cabecera, además hay comunicación telefónica con los municipios de Salamá únicamente ya que no es interdepartamental.

5.- ESTRUCTURA SOCIOECONOMICA:

- Raza y Religión:

Por la comunicación que presenta al norte con el municipio de Cubulco y el departamento del Quiché, presenta escasa población natural, que habla el dialecto del área, pero en general la mayor parte de la población es ladina y habla español.

- Comercio:

Productos de Comercio a la capital:

Piedra para azulejos

Rosa de Jamaica

Panela

Aguarrás

Leña

Productos de Consumo interno:

Maíz

Maicillo

Además algunas personas (escasas) se dedican al transporte con camiones principalmente trasladando piedra y leña.

El área urbana únicamente cuenta con 3 tiendas y en ellas se expenden medicinas, a pesar de que la municipalidad tiene una farmacia.

No hay plaza en la cabecera, sólo en la Aldea Saltán el día domingo y en la Aldea Ixchel el día martes. Por ello las personas se ven con escasez de comestibles y dieta insuficiente; las personas que cuentan con los medios necesarios viajan a los pueblos ve-

cinos para proveerse.

- Trabajo:

No hay suficientes fuentes de trabajo que contribuyan a mejorar el nivel de vida familiar, pues casi todos se dedican a la agricultura, otros ocupan puestos municipales, otros dependencias del gobierno como por eje. en caminos, el magisterio, otros en los transportes del área, y estos puestos son limitados; el resto de la gente es desempleada por eso es que grandes cantidades de agricultores emigran a la costa, a las fincas, para tratar de ganar algo más económicamente y lo único que logran adquirir son enfermedades, principalmente malaria.

- Educación:

En cada aldea y en algunos caseríos hay escuelas primarias. Además funcionan 2 escuelas secundarias - por cooperativa, una en la cabecera y otra en la Aldea Saltán.

- Organizaciones:

Cada aldea tiene su comité pro-mejoramiento y también cada caserío. Generalmente estos comités funcionan también pro-feria, pero no hay otro tipo de organizaciones que traten de impulsar el desarrollo - comunal de parte del gobierno ni de otras instituciones.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Aquí se exponen los resultados de las investigaciones efectuadas en la población de Granados, incluyendo además los datos obtenidos en la investigación de campo efectuada. Durante esta investigación se encontró que vivían 75 familias en 70 viviendas. El total de miembros encontrados en todas las viviendas fue de 340 (100%).

1.- POBLACION Y CARACTERISTICAS:

A.- HABITANTES

Según cálculos de la Dirección General de Estadística, para 1977 la población de Granados llegaba a los 10,244 habitantes (ver Cuadro No. 1, en este se agregó el dato real de los nacidos en 1977 en el grupo de 0 a 1 año)

CUADRO No. 1
POBLACION GRANADOS 1977

EDAD	HABITANTES	%
0 - 1	325	3.17
1 - 4	1,668	16.28
5 - 9	1,882	18.37
10 - 14	1,243	12.13
Adultos	5,198	50.74
Total:	10,244	100.00

Como en la población nacional, el 60% de ella corresponde al grupo Materno Infantil, en este

caso el 60% de 10,244 sería 6,146 personas, número considerable pensando que este es el grupo que más atención debe tener en asuntos de salud.

El grupo de niños más susceptible a la morbilidad es el de 0 a 1 año, éste corresponde a un 3.17% de la población y la cantidad de mujeres susceptibles de quedar embarazadas fue de 527 o sea el 5% de la población. La cantidad de mujeres en edad reproductiva corresponde al 20% (2,048) de la población.

La densidad de la población en Granados en 1977 era de 41.3 hab. por Km² y en 1978 de 42.5 hab. por Km², por lo visto aumentó. Aunque en toda Guatemala para 1970 por ejemplo, cuando se tenían más o menos 5,552,500 hab. la densidad era de 47.1 hab. por Km², pero realmente en esto hay que tomar en cuenta que la población se concentra en ciertas áreas o migra, y por eso varían un poco los resultados estadísticos. De todos modos la densidad es alta en ambos lugares.

- Distribución Etaria y por Sexo:

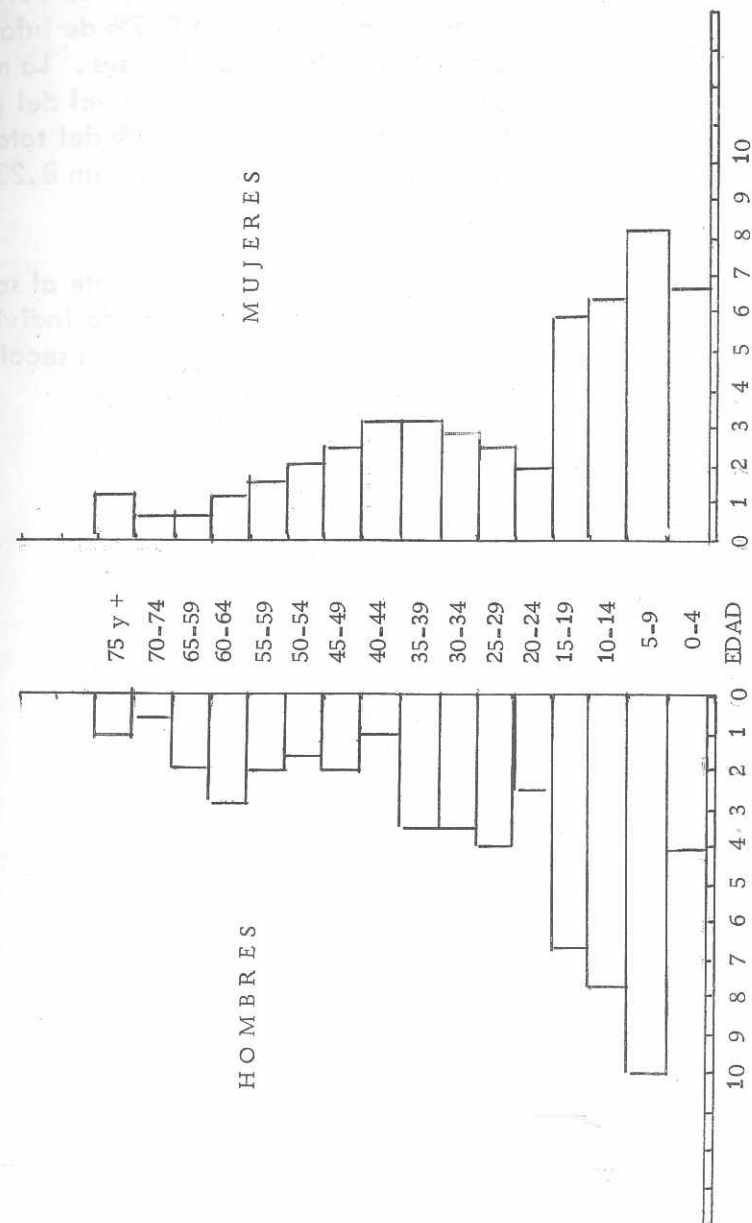
Según los datos de la investigación realizada en la cabecera municipal y un caserío de Granados, obtuvo una población (340) la cual se clasificó por grupos de edad y por sexo y mostrar su distribución (ver lista y Gráfica No. 1 a continuación).

LISTA
DISTRIBUCION ETARIA Y POR SEXO
ENCUESTA MUNICIPIO DE GRANADOS
1978

♂			♀		
No. CASOS	%	EDAD	No. CASOS	%	
4	1.17	75 -+ a	3	0.88	
1	0.29	70 -74a	1	0.29	
5	1.47	65 -69a	1	0.29	
8	2.35	60 -64a	4	1.17	
5	1.47	55 -59a	5	1.47	
6	1.76	50 -54a	7	2.05	
2	0.58	45 -49a	8	2.35	
11	3.23	40 -44a	10	2.94	
11	3.23	35 -39a	10	2.94	
13	3.82	30 -34a	9	2.64	
4	1.17	25 -29a	8	2.35	
8	2.35	20 -24a	10	2.94	
22	6.47	15 -19a	20	5.88	
24	7.05	10 -14a	22	6.47	
34	10.00	5 - 9a	28	8.23	
10	2.94	12m- 4a	20	5.88	
14	4.11%	29a-11m	22	6.47%	
4	1.17		2	0.58	
0	0	0 -28d	0	0	
T:	172	100.00	168		

GRAFICA No. 1

PIRAMIDE ETAREA DE POBLACION - ENCUESTA
MUNICIPIO DE GRANADOS B. V. 1978



Se puede observar que no se encontraron menores de 28 días, pero sí un porcentaje de 1.17% de infantes del sexo masculino y un 0.5% de infantes del sexo femenino de 29 días a 11 meses. La mayor concentración de individuos fue a nivel del grupo de edad de 5 a 9 años, siendo un 10% del total de la población para el sexo masculino y un 8.23% del total, para el sexo femenino.

Además la sección perteneciente al sexo masculino se presenta escasa población de individuos de 25 a 29 años y lo mismo sucede en la sección femenina con las edades de 20 a 24 años.

B.- NATALIDAD, MORTALIDAD, MORBILIDAD:

a.- NATALIDAD:

Tanto este como los siguientes son indicadores del nivel de Salud de una población. Con respecto a la natalidad, en Granados durante 1977 nacieron un total de 325 niños, disminuyendo la cantidad de nacimientos para 1978, pues fueron 323. Como dato curioso, en 1973 el Dr. Bocaletti indica, que nacieron 323 niños en el año, lo que podría indicar que se está produciendo un fenómeno de estancamiento de la natalidad, efecto probable de las emigraciones frecuentes que sufre la población, o bien por el control de la natalidad.

- Tasas de Natalidad:

Durante 1977 la tasa de natalidad para Granados fue de 31×1000 y para 1978 30.64×1000 . Estas confirman lo anteriormente dicho pues la tasa de natalidad cada año va disminuyendo. Estos datos comparados con las tasas de natalidad de los años 1973 al 1977 del Departamento de Baja Verapaz y de toda la república (Ver cuadro No. 2), se observa que las tasas de Granados son menores y además que todas se van reduciendo cada año. Pero para la población mundial son tasas altas.

TASAS DE NATALIDAD

LUGAR	AÑO	NACIDOS	POBLACION	TASA
GRANADOS	1977	325	10,244	31.64
	1978	323	10,540	30.64
BAJA VERAPAZ	1973	5,197	120,353	43.18
	1974	4,924	123,813	39.77
	1975	4,950	127,373	38.36
	1977	5,212	134,809	38.66
REPUBLICA	1973	227,480	6,066,931	37.50
	1974	243,231	6,272,697	38.78
	1975	242,613	6,517,327	37.23
	1976	246,730	6,889,686	36.97

(Tomado de 28)

- Nacimientos por Tipo de Asistencia Recibida y Lugar de Atención.

Los partos en Granados son atendidos en un 58.58% por comadronas adiestradas y un 41.44% por empíricas (datos de estudio efectuado de Septiembre de 1978, a Enero 1979 en el registro civil de la cabecera de Granados). Estos partos son atendidos en el hogar de la embarazada. Esta situación está condicionada por los bajos recursos económicos, sociales y educacionales de la población y también por la falta de: método inadecuado de control médico y de personal preparado para el caso. (Ver cuadro No. 3). A nivel de toda la república también sucede lo mismo pues los datos para 1977 dicen: que los partos atendidos por médico llegaron al 16%, por la comadrona adiestrada 17%, por la empírica 59% y por nadie 6.26% (Ver Cuadros No. 3 y 4).

CUADRO No. 3

Nacs. por Asistencia Recibida, Municipio de Granados, Septiembre 1978 - Enero 1979

ATENCIÓN	%
Comadrona Adiestrada	58.55
Empírica	41.44

CUADRO No. 4

Nacs. Por Asistencia Recibida 1977 República de Guatemala.

ATENCION	%
Médico	16
Comadrona	17.99
Empírica	59.72
Ninguna	4.11

CUADRO No. 5

Mortalidad 1977 Municipio de Granados

Edades	No.	%
Menos 1 año	28	31.81
Menos de 28 días	16	18.18
Nacieron Muertos	1	1.13

b.- MORTALIDAD:

En 1977 fallecieron en la población de Granados un total de 88 personas, de las cuales un 31% correspondió a los que pertenecían al grupo de menores de 1 año, un 18.18% a los menores de 28 días y 1.13% a los nacidos muertos. Como se observa, la tercera parte de las defun-

ciones aparecen en individuos que apenas principian a vivir quiénes son los descuidados por los servicios de atención de la salud. (Ver Cuadro No. 5)

Los datos en 1978 no variaron mucho pues el número de defunciones fue de 80 (100%), de ese total el 27% correspondió a menores de 1 año, el 10% a menores de 28 días. (Ver cuadro No. 6)

CUADRO No. 6

Mortalidad 1978 Municipio de Granados

Edades	No.	%
Menores de 1 año	22	27.50
Menores de 28 días	8	10.
Nacidos Muertos	3	3.75

Las principales causas de mortalidad general durante 1977 en Granados fueron:

	# Defunción
Infección Intestinal	24
Infección Pulmonar	20
Inanición	11
Desequilibrio Hidroelectrol.	5
Desnutrición	5
Etc.	

Estos diagnósticos son los dados por los alcaldes auxiliares, por ello se encontrarán nombres exactos con los que fueron denominadas las enfermedades.

Durante 1978 las principales causas de mortalidad fueron:

	# Defunción
Infección intestinal	22
Infección Pulmonar	18
Parasitismo	6

Las causas de muerte no son causas raras como se puede observar, pues en su mayor parte se pueden prevenir, con un adecuado control de la salud. Ej.:

Enfermedades:

Intestinales (diarreas) Prevenibles por medio del Saneamiento Ambiental.

Parasitarias Prevenibles por Saneamiento Ambiental.

Desnutrición Prevenible al mejorar la economía familiar, al distribuir los alimentos entre toda la población, etc.

- Tasas de Mortalidad:

Para 1977 Granados tuvo una tasa de Mortalidad General de 8×1000 nacidos vivos, mientras que en 1978 esta fue de 7×1000 n.v., - esto indica que se están muriendo menos personas que antes porque la población ha crecido. Para 1976 la misma tasa para toda la república fue de 12.27×1000 n.v., considerablemente alta.

En 1977 la Mortalidad Infantil si fue alta en Granados pues correspondió a 86.15×1000 nacidos vivos, mientras que en 1978 se redujo a 68.11×1000 n.v.

La mortalidad Infantil Tardía para 1977, en Granados correspondió a una tasa de 36.92×1000 n.v. y en 1978 a 43.34×1000 n.v., aumentó pero no igualó a la tasa obtenida en toda la república para 1976 que fue de 54.32×1000 n.v.

La Mortalidad Neonatal en 1977, en Granados se manifestó con una tasa de 49.23×1000 n.v. y en 1978 fue más baja 24.76×1000 n.v. (Ver Cuadro No. 7), es decir que se mantiene alta y es fácil explicarlo considerando la calidad de atención del embarazo, parto y del recién nacido, que es bastante deficiente.

CUADRO No. 7

TASAS DE MORTALIDAD

TIPO DE MORTALIDAD	LUGAR - TASA		
	GRANADOS 1977	1978	REPUBLICA 1976
GENERAL	8.57	7.59	12.27
INFANTIL	86.15	68.11	79.90
INFANTIL TARDIA	36.92	43.34	54.32
NEONATAL	49.23	24.76	25.58

(Tomado de Propuestas y Lineamientos Básicos de la Política de Salud a Ejecutar en el Período 1979-1982) (28)

c.- MORBILIDAD:

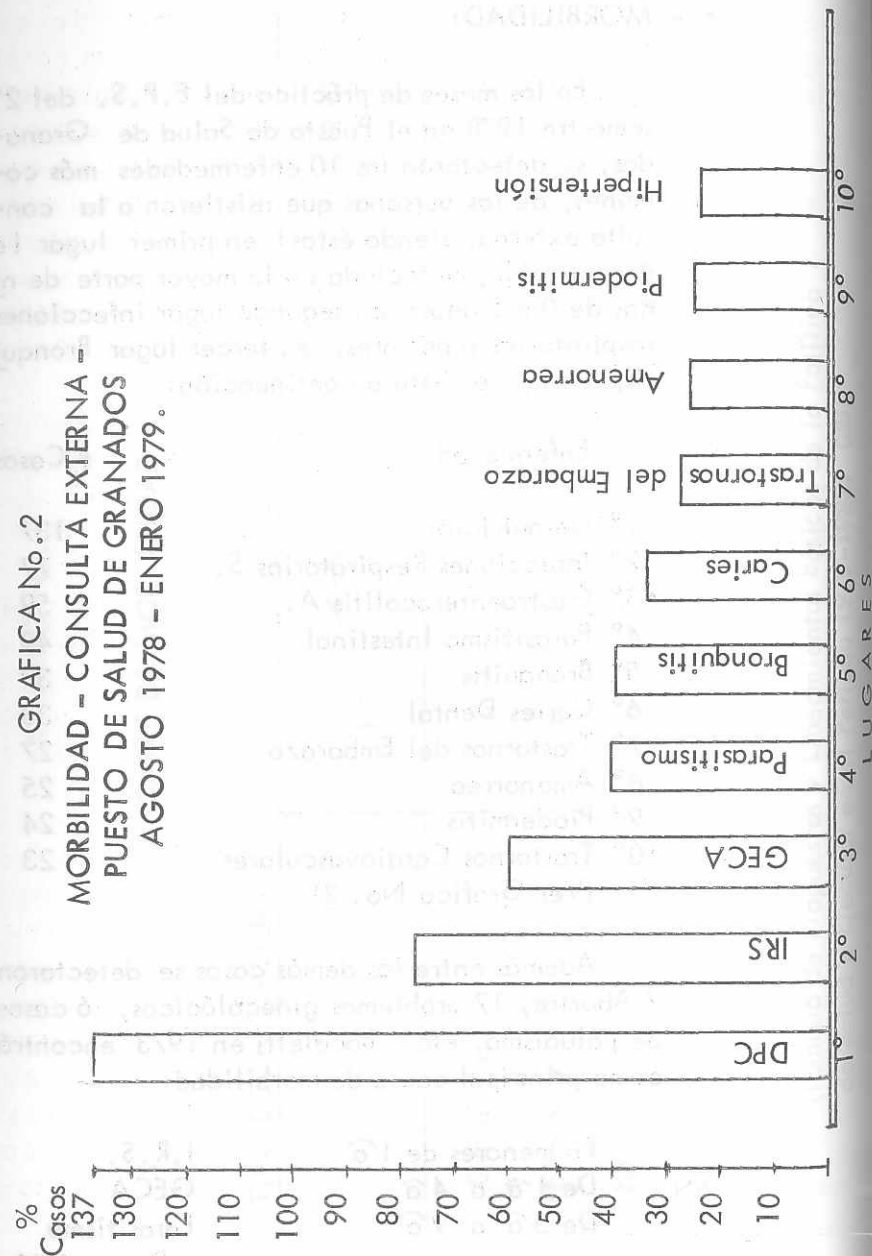
En los meses de práctica del E.P.S. del 2° semestre 1978 en el Puesto de Salud de Granados, se detectaron las 10 enfermedades más comunes, de las personas que asistieron a la consulta externa, siendo éstas: en primer lugar la desnutrición, detectada en la mayor parte de niños de 0 a 5 años; en segundo lugar infecciones respiratorias superiores; en tercer lugar Bronquitis; etc., ver lista a continuación:

Enfermedad	# Casos
1° Desnutrición	137
2° Infecciones Respiratorias S.	77
3° Gastroenterocolitis A.	59
4° Parasitismo Intestinal	40
5° Bronquitis	39
6° Caries Dental	33
7° Trastornos del Embarazo	27
8° Amenorrea	25
9° Piodermitis	24
10° Trastornos Cardiovasculares (Ver Gráfica No. 2)	23

Además entre los demás casos se detectaron, 7 Abortos, 17 problemas ginecológicos, 6 casos de paludismo, etc. Bocaletti en 1973 encontró como principal causa de morbilidad:

En menores de 1 ^a	I.R.S.
De 1 ^a a 4 ^a	GECA
De 5 ^a a 9 ^a	Parasitismo y Desnutrición

MORBILIDAD - CONSULTA EXTERNA -
PUESTO DE SALUD DE GRANADOS
AGOSTO 1978 - ENERO 1979.



Estas causas casi no han cambiado desde 1973 y posiblemente desde antes, pues las condiciones que provocan estas tampoco lo han hecho, por lo tanto es ilógico pensar que la atención de la salud mejoró. Una de las causas que prevalece causando alta morbilidad es la desnutrición, que ocupa siempre los primeros lugares en la morbilidad del país y todos saben de su existencia. También ocupa los primeros lugares en mortalidad o contribuyendo con ésta, pero como siempre, los alcaldes auxiliares de los pueblos dan los diagnósticos de muerte y sin tener conocimientos de medicina, así esta no aparece muy claramente reflejada entre las causas de mortalidad. Además se sabe que el desnutrido sufre una baja en sus defensas y es presa fácil de cualquier enfermedad que lo ataque. Por ello, aunque la enfermedad inicial es la desnutrición, algunas veces el desnutrido muere de infecciones sobreagregadas. Las medidas como la complementación de los alimentos con vitaminas y otros nutrientes o la fluorinación del agua; de nada han servido para combatir la Desnutrición. Además, por la existencia de la pobreza los individuos no cuentan con los medios económicos para adquirir alimentación adecuada, mucho menos podrán adquirir otros servicios indispensables, como, el mantenimiento de un ambiente sano, libre de contaminación y hacinamiento, con agua potable etc.,. Problemas como estos en los países desarrollados ya fueron controlados y principian a desaparecer en países en vías de desarrollo a base de políticas concretas de salud.

C.- DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DEL NIVEL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE GRANADOS B. V.

a.- DETERMINANTES:

Como la situación de la salud no ha sido tratada como es debido y la población ha crecido, con ella han crecido sus necesidades, las cuales tampoco han sido cubiertas, incrementándose más cada día, con resultados negativos, así se observa que el nivel de Salud del municipio de Granados es bajo, debiéndose básicamente esto a un factor decisivo o determinante: la estructura socioeconómica de la población, que se basa en la empresa privada como explotadora del trabajador. Por ello la población no cuenta con fuentes de trabajo, o de ingresos, la escasa producción no deja ganancias para ser utilizadas en las necesidades básicas de los individuos como por ejemplo: la alimentación. Los beneficios de la producción están monopolizados en pocas manos, por lo tanto lo que se obtiene de la producción no es equitativo. Por otro lado las tierras son infértiles casi en su totalidad y los recursos naturales son escasos, las personas se dedican al monocultivo tradicional (maíz, maicillo, caña de azúcar) pues no cuentan con los conocimientos necesarios para la rotación de sus cultivos y lo poco que produce la tierra de los que no son monopolistas, se utiliza para consumo interno pues no alcanza para comerciar.

En la investigación realizada en el área

bana y rural de Granados se obtuvieron resultados que indican que casi en la mitad de las viviendas visitadas el ingreso familiar era de menos de Q25.00, tomando en cuenta que el promedio de miembros por familia fue de 4.85, a cada miembro le tocarían aproximadamente - Q 5.00 al mes si se distribuyera equitativamente. Y el aporte de dinero en globo al hogar fue en promedio Q23.00 por vivienda. (Ver Cuadro No. 8)

CUADRO No. 8

Rango de Ingresos Familiares
Encuesta - Granados - 1977.

Ingresos por mes	Respuesta por Vivienda Visitada No.
Menos de Q 25	41
Q 25 - Q 49	13
Q 50 - Q 74	4
Q 75 - Q 99	1
Q100 - Q124	3
Q125 - Q150	1
Q151 - +	7

En cada vivienda se preguntó cuántos miembros aportaban dinero al hogar, obteniéndose que en 55 viviendas aportaba solo 1, en 12 viviendas aportaban 2, en 2 viviendas aportaban 3 y en una vivienda aportaban 4. En la mayo-

ría de las viviendas aunque trabajen más personas solo aporta algo para el gasto 1 miembro. (Ver Cuadro No. 9)

CUADRO No. 9

No. de Miembros que aportan Dinero al Hogar por Vivienda
Encuesta - Granados - 1977.

# de Miembros	No. de Respuestas por Vivienda
1	55
2	12
3	2
4	1
+ de 5	0

La principal ocupación de los miembros de las viviendas visitadas fue la agricultura, sólo el 14% de la población efectuaba un trabajo remunerado, principalmente agrícola o como empleados gubernamentales o municipales; el resto 62% de la población estaban ocupados pero adquirían ingresos no fijos sino eventuales. (Ver Cuadro No. 10)

CUADRO No. 10

OCUPACION PRINCIPAL DE LOS MIEMBROS DE UNA MUESTRA OBTENIDA EN EL AREA URBANA DE GRANADOS Y EL CASERIO SANTA ROSA.

1978

Tipo de Ocupación	No. de Miembros	
	Trabajo Remunerado SI	Trabajo Remunerado NO
Oficios Domésticos	5	81
Agricultura	12	54
Usufructo - Tierra	2	2
Comercio	3	-
Empleados Públicos	10	-
Carpintería	1	3
Zapatería	1	3
Estudian	2	69
Otros	9	-
Total	49	212
%	14%	62.35%

%. Porcentajes sobre el total de miembros de la población estudiada.

b.- CONDICIONANTES:

Del factor socioeconómico expuesto anteriormente se deriva o crea una situación muy precaria en la población de Granados, que permite que la enfermedad se instale fácilmente. En esas condiciones los individuos no se alimentan adecuadamente con los nutrientes necesarios, ni se alimentan todos en igual forma, ni poseen viviendas con los mínimos servicios para mantener un buen saneamiento ambiental, ni reciben atención completa o mínima que controle su salud, etc. Para demostrarlo, a continuación se enumeran aspectos generales investigados en la muestra escogida en la población de Granados y su caserío. Estos aspectos condicionan un nivel de salud bajo en la población.

- Tenencia y Uso de la Tierra:

El 95% de los dueños de viviendas poseían tierra propia, el 2.8% alquilaban y el 1.42% estaban posecionando. (Ver Cuadro No. 11)

- Cultivos:

El 87.14% de los dueños de viviendas cultivaban algo. De estos, lo que más se cultivaba era maíz, maicillo y caña de azúcar (Ver Cuadro No. 12)

CUADRO No. 11

TENENCIA DE LA TIERRA ENCUESTA GRANADOS

Tipo	No. de Dueños	%
Propia	67	95.71
Alquiler	2	2.85
Poseción	1	1.42

CUADRO No. 12

CULTIVOS ENCUESTA GRANADOS

Cultivo	No. de Dueños	%
Maíz	60	98.36
Maicillo	43	70.49
Caña de A.	13	21.31

- Crianza:

En el 90% de las viviendas estudiadas crían aves de corral pero no a nivel comercial; en el 25.71% de las viviendas se crían cerdos, y en el 18.57% de las mismas bovinos.

- Régimen de Tenencia de la Vivienda, Construcción y Servicios:

En el grupo estudiado el 95.71% de las viviendas eran propias. (Ver Cuadro No. 13) Con respecto a este resultado y el que habla de la tierra, es de esperarse pues la muestra no permite detectar latifundistas, pero esto no quiere decir que no existan pues si los hay.

La construcción de las viviendas en general es insalubre, ya que el 90% de ellas presentarían teja de barro, el 84% no poseían cielo, el 90% presentó paredes de adobe sin repellar (Ver Cuadros No. 14-17) Los pisos el 62% eran de cemento, el 37% de tierra.

CUADRO No. 13

Tenencia de la Vivienda Encuesta - Granados		
Tipo	No. de Dueños	%
Propia	67	95.71
Alquiler	2	2.84
Poseción	1	1.42

CUADRO No. 14

Techo de la Vivienda
Encuesta Granados

Tipo	No. de Viviendas	%
Cemento	1	1.42
Teja Barro	63	90.
Teja Zinc	6	8.52
Paja	-	-

CUADRO No. 15

Cielo de la Vivienda
Encuesta Granados

Tiene	No. de Viviendas	%
Si	11	15.71
No	59	84.28

CUADRO No. 16

Piso de la Vivienda
Encuesta Granados

Tipo	No. de Viviendas	%
Cemento	44	62.85
Tierra	26	37.14
Otro	0	0

Con respecto a hacinamiento, se encontró que el 51.42% de las viviendas tenían un solo ambiente y servicios separados, el 47.14% poseían dormitorios separados y también todos sus servicios, mientras que sólo el 2.85% contaban con un solo ambiente para todos los miembros de la familia. Promediando resultaron 1.27 cuartos por vivienda. Y según los indicadores de hacinamiento correspondían 3.82 personas por dormitorio y 1.85 personas por cama. En el primer caso el ideal es 1 y en el 2° el ideal es 0.75. Por lo tanto los valores encontrados sobrepasan lo ideal.

- Servicios:

No se cuenta en ninguna aldea ni en el grupo estudiado con drenajes, todo lo que hace la población es dejar que corran las aguas negras por gravedad, provocando focos de contaminación que no son controlados.

De luz eléctrica solo el 35% de las viviendas encuestadas la poseían.

El 52.85% de las viviendas tenían agua entubada, no potable porque en todo el municipio tampoco se cuenta con este servicio (Hasta 1979, se crearon 5 proyectos de introducción de agua potable, 1 del INFOM y 4 de UNICEF). Las demás personas acuden a las quebradas, ríos y pozos para obtener el líquido. (Ver Gráfica No. 3)

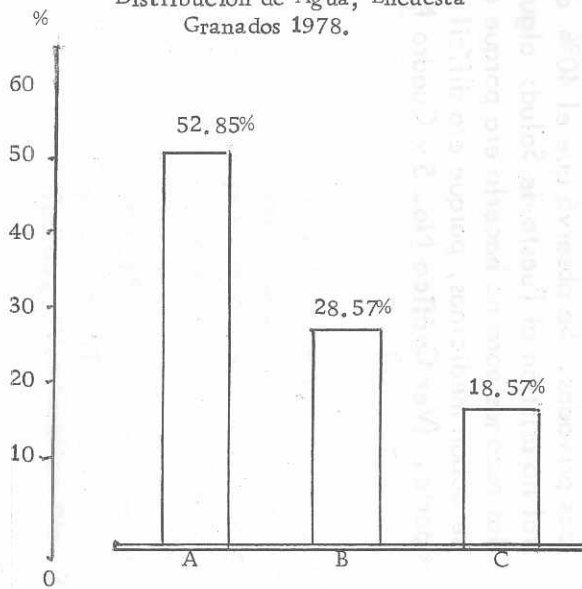
La distribución de excretas el 62.85% de la población la realiza en letrinas, el 34.28% a flor de tierra, y el 2.85% por medio de inodoro lavable. (Ver Gráfica No. 4)

- Atención de la Salud:

Por cada vivienda visitada se efectuó una pregunta que indagaba a donde más comunmente asistían los miembros de la población a consultar sobre sus enfermedades y de las 70 respuestas, el 8.57% contestó que por lo menos un miembro de la familia estaba afiliado al IGSS pero que casi no asistían a él. El 60% contestó que asistían al Puesto de Salud, el 17.14% a cualquier otro sitio, el 11.42% se automedicaba, el 7.14% consultaba a la farmacia y el 4.28% asistía a la capital a clínicas privadas. Se observó que el 40% del total no asistían al Puesto de Salud; algunas de las razones para no hacerlo era porque allí no se daban medicinas, porque era difícil el transporte. (Ver Gráfica No. 5 y Cuadro No. 18).

GRAFICA No. 3

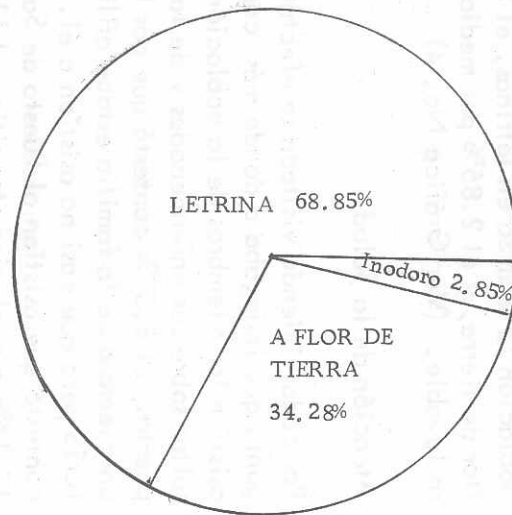
Distribución de Agua, Encuesta Granados 1978.



A = Agua entubada en casa
B = Agua de quebrada
C = Agua Acarreada.

GRAFICA No. 4.

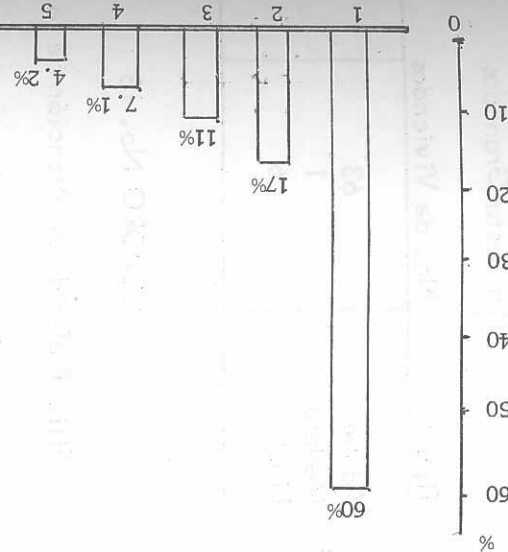
Distribución de Excretas, Encuesta Granados 1978.



10. Puesto de Salud
20. Otra parte
30. Auto Medicación
40. Farmacia
50. Clínica Privada

Lugar preferido para la Atención de la Salud. Encuesta, Granados B.V. 1978.

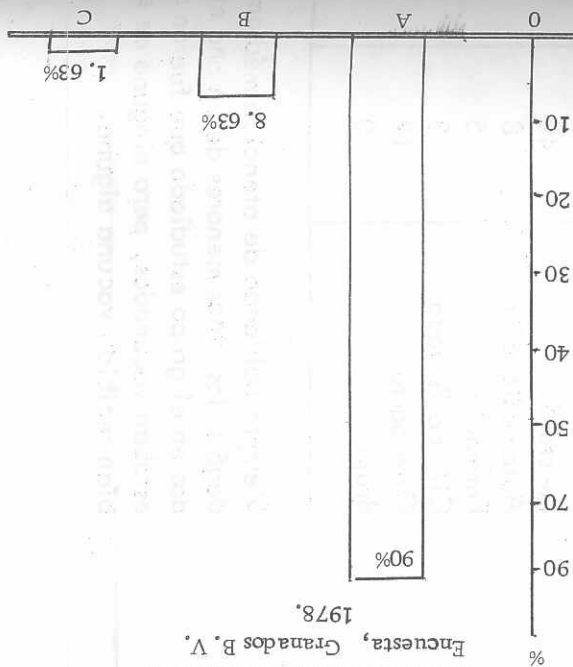
GRAFICA No. 5.



A = Primaria
B = Secundaria
C = Nivel Medio

Nivel Educativo de Alfabetos Encuesta, Granados B.V. 1978.

GRAFICA No. 6



CUADRO No. 17

Paredes de la Vivienda
Encuesta Granados

Tipo	No. de Viviendas	%
Adobe	63	90
Madera	1	1.42
Block	6	8.57

CUADRO No. 18

Sitio Preferido de Atención de la Salud

Sitio	Respuestas Por Vivienda	%
Puesto S.	42	60
Automedicación	8	11.42
Farmacia	5	7.14
Clínica Privada	3	4.28
Otra parte	12	17.
Brujo	0	0

Siempre hablando de atención médica, se indagó si los niños menores de un año encontrados en el grupo estudiado que fueron sólo estaban vacunados, pero ninguno de ellos habían recibido vacuna alguna.

- Fecundidad:

El número de madres encontradas en las 70 viviendas encuestadas fue de 38 correspondiendo éste número con respecto a toda la población el 11.17% (madres en edad reproductiva de 15 a 44 años). La edad promedio de las madres interrogadas fue de 32 años. Las madres que menos embarazos han tenido son las del grupo de 15 a 19 años y las que más las del grupo de 30-34 años. (Ver Cuadro No. 19)

- Educación:

Al analizar el grupo de personas que estaban en edad de saber leer, resultó lo siguiente: el 78% de las personas de 7 - 15 años y el 78.35 % de las personas mayores de 15 años si sabían leer. Uniendo ambos grupos en uno solo el porcentaje de personas que si saben leer es del 78.29%; de este grupo se investigó el nivel de instrucción de las personas, encontrando que: 198 (90%) habían recibido instrucción a nivel de la primaria, 19 (8.63%) a nivel de la secundaria y 3 (1.63%) a nivel de enseñanza media. Esto significa el nivel cultural es deficiente. (Ver Gráfica No. 6)

- Migración:

Anteriormente se mencionó que cada cierto tiempo emigran individuos del municipio de Granados hacia la costa, en busca de fuentes

CUADRO No. 19

FECUNDIDAD EN MADRES
ENCUESTA - GRANADOS

1978

EDAD	EMBARAZOS										PARTOS										HIJOS NACIDOS VIVOS										Hijos nacidos vivos	Cesáreas	Ab.		
Años	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	
15-19	1										1																								
20-24	2	4	2	1							2	4	2	1																					
25-29	2	1	1	1							2	1	1	1																					
30-34	3	2	2	2	1						3	2	2	2	1																				
35-39	1	1																																	

de trabajo. Este aspecto se investigó encontrándose que: el 3.82% de la población, en el momento de la encuesta (13 personas) habían emigrado a diferentes partes:

	No. Personas	%
a Guatemala	7	58.84
a Escuintla	1	7.69
a Salamá	3	23.07
a Otro lugar de la Costa	1	7.69
a ignorado	1	7.69

No se encontró inmigración; al contrario solo emigran y cada año se incrementa el número de personas que lo hacen pues realmente las condiciones económicas así lo obligan así como también por la falta de fuentes de trabajo.

c.- RECURSOS DE SALUD:

Estos son otros condicionantes del bajo nivel de salud.

El área de salud de Baja Verapaz se divide en: una Jefatura de Área en la cabecera departamental, cuyas oficinas se encuentran en el Centro de Salud de Salamá, el Director de esta tiene a su cargo la Supervisión de: el Hospital Nacional de Salamá y 4 distritos. El # 1, corresponde al Centro de Salud de Salamá. El # 2

al Centro de Salud de Rabinhal. El # 3 al Centro de Salud de Cubulco. El # 4 al Centro de Salud de Purulhá. Los directores de estos Centros de Salud tienen responsabilidad de Supervisar todos los puestos de Salud a su cargo; así el distrito #2 tiene los puestos:

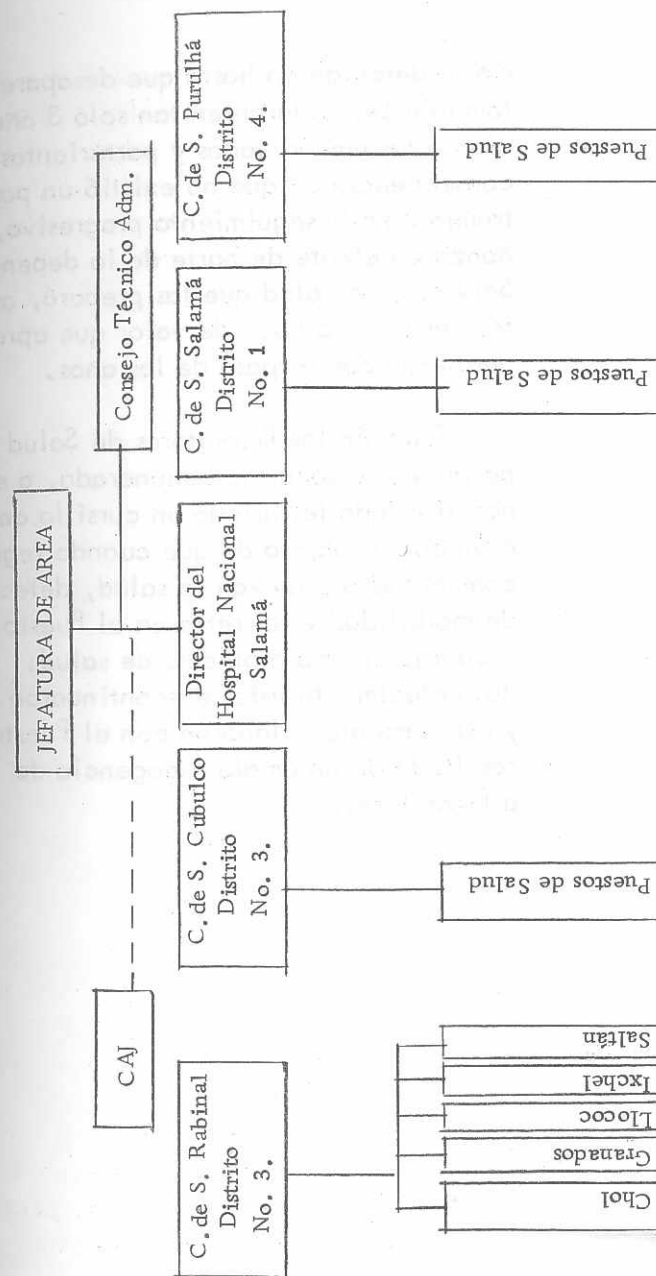
El Chol
Llococ
Granados
Ixchel
Saltán
(Ver Organigrama)

A este distrito durante 1974 se le otorgó como parte del presupuesto la cantidad de Q18,514.00.

El municipio de Granados cuenta con 3 Puestos de Salud, uno en la cabecera, otro en la Aldea Saltán y otro en la Aldea Ixchel, en estos existe un Auxiliar de Enfermería, un Técnico en Salud Rural y solamente en la Cabecera un E. P.S. Estas personas laboran 2000 horas anuales remuneradas.

El único personal no remunerado que posee el municipio es: 20 comadronas adiestradas (10 en 1976 se adiestraron y 10 en el 2° semestre de 1978, éstas últimas se instruyeron en el Puesto de Salud de Granados). Las primeras 10 comadronas ya ni siquiera tienen su equipo llamado Maletín, para atender los partos, pues prácticamente nunca lo llegaron a renovar, al contra

Organigrama Area de Salud de Baja V.



rio lo descuidaron hasta que desapareció y así también descuidaron en tan solo 3 años su atención a las embarazadas y parturientas, esto por consecuencia de que no existió un post tratamiento con seguimiento progresivo, ni enseñanza constante de parte de la dependencia de Servicios de Salud que las preparó, así pues estas personas lo poco de valor que aprendieron lo perdieron con el paso de los años.

También los Promotores de Salud forman parte del personal no remunerado, a estas personas el estado les brinda un cursillo de preparación con el objeto de que cuando regresen a su comunidad promuevan la salud, detecten casos de morbilidad y los refieran al Puesto de Salud y cualquier otro problema de salud. En Granados actualmente éstos discontinuaron su labor y escasamente colaboran con el Puesto de Salud resultado de una mala escogencia de candidatos a Promotores.

2.- LA PROBLEMÁTICA DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD.

No es un afán demorador el ir de la parte más sencilla a la complejidad, pero es importante mostrar lo que sucede en Granados, pues parecido es lo que sucede en cada una de las poblaciones Guatemaltecas y de América Latina en el aspecto de la Administración de la salud; este caso es ejemplo de la desorganización socioeconómica que existe en el país, influencia fuerte para la salud; es un ejemplo del atraso, de la tendencia cada vez más al eterno fracaso en el desarrollo de los pueblos; porque sin la organización en el proceso de alcanzar una meta, surgirán en el camino a conseguirla problemas imprevistos a los que no se encontrará solución. Y se continuará tomando como menos importante el bienestar y tranquilidad colectivos, objeto principal del progreso económico y social.

El progreso, el desarrollo de los pueblos, se hace en base al trabajo humano, por ello al descuidarlo en la atención de sus necesidades básicas, entre las que se encuentra la salud, se viene abajo el trabajo del hombre. Por eso el problema de la salud va muy ligado al problema de la falta de un desarrollo económico social y mientras exista esta situación, la salud de la población Latinoamericana continuará agravándose cada día más. Un ejemplo del desinterés que se tiene por el problema, es la existencia del hambre, que no es de ahora sino de siempre, Josué de Castro habla de él así: "el hambre es factor predisponente, preparativo al terreno para la acción dilatoria de las otras endemias llamadas dolencias de masas, tales como la TB, parasitosis, que solo son mortíferas cuando se encuentran los grupos humanos con resistencias depauperadas por el -

hambre, que son en el fondo dolencias de la miseria...." (3) y la miseria es provocada por la injusticia social, por las políticas inadecuadas de producción y distribución de los alimentos, pues como dice Valencia "el aumento de la producción requiere un aumento de las inversiones que convierte al producto en algo inaccesible - como lo ha sido siempre - para los pobres...." (17) de allí que es cierto que el que es pobre muere antes, aunque el hombre se ciba en igual forma, nazca en igual forma y se diga que posee derechos iguales. "Los índices de mortalidad infantil de la mayoría de los países Latino Americanos, son en promedio 5 a 8 veces más altos que los índices de los países bien desarrollados de Europa y la corta expectativa de vida en el continente, donde se vive en promedio la mitad de años que vive un Europeo, etc., son también reflejo innegable de la acción mortífera del hambre, degradante, -desmejorando nuestras poblaciones.... Este hambre es un producto de fabricación humana, un sub-producto de los deshumanos procesos de explotación económica, que fueron puestos en práctica en esta región del mundo. La América Latina representa el 16% de las tierras habitables del planeta, contiene apenas 6% de la población mundial; con densidad demográfica relativa de apenas 8 habitantes por Km², una de las más bajas del mundo, en comparación con Asia que es de 54 hab. por Km² y la de 82 en Europa" (3). Trátase por lo tanto de un área subdespoblada, no de superpoblación relativa. Granados tiene una densidad de 42.5 hab. por Km², parece contradicción pero por la distribución desordenada de la población, en unas áreas de Latinoamérica se concentra más, también el fenómeno de la emigración del campesino hacia las capitales en busca de progreso económico desorganiza la distribución de la población. Otra causa del hambre se debe a que los suelos son cultivados en un 6% de toda su extensión, cultivados

su mayoría a base de métodos agrícolas rústicos de poco rendimiento y otra pequeña parte explotada por grandes empresas extranjeras o latifundistas que contribuyen a la miseria y al hambre de la población, todo resultado de políticas agrarias que benefician a un porcentaje escaso de personas monopolistas y esto se ve claro en el ejemplo de Guatemala; país eminentemente agrícola, el 21% de sus familias poseen el 72% del total de la tierra y únicamente se utilizan el 28% de las tierras; en el 71% de ellas se cultiva algodón, caña, o se cría ganado; el mayor producto de importancia económica es el café, especialmente para los latifundistas (5). El sistema de producción es el cultivo de tierras, la explotación de la fuerza de trabajo no mereciendo el explotado gastos de atención de su salud, pues esto sería pérdida económica.

La salud debe ser un derecho, derecho de cada ser humano, y la sociedad unificada debe velar porque esto se cumpla, pero resulta que en Guatemala y en toda Latinoamérica, la falta de salud es un fenómeno de clase social, pues las clases sociales dependen de un solo valor: el económico. Porque los poseedores de la producción, son a su vez poseedores de los instrumentos de salud más importantes y mejor equipados, mientras que el pueblo carece de los más elementales medios sanitarios, pues ésta sociedad mantiene a las grandes mayorías dentro de una esfera condicional alejada de los privilegios que otorga el dominio del monopolio sobre la propiedad privada de los medios de producción. Así el grupo que posee el poder económico - en sus manos es el que mejores servicios recibe, pues la estructura social de las sociedades dependientes se moldea - en función de los requerimientos del dominador, es éste quien impone un modo de producción determinado y un modo de atención de la salud también, quién decide las técni

cas que han de ponerse en práctica y quien realiza la acumulación final de las riquezas extraídas, elabora las ideologías tendientes a explicar e identificar el sistema, teniendo en sus manos el aparato represivo mediante el cual se afianza el orden de las cosas. Así es el estado el que cuenta con los servicios de atención médica más precarios, pues la sociedad de clases así lo determina.

Fundamentalmente el factor de la estructura socio-económica de un tipo determinado de un pueblo, es decisiva en el desarrollo del mismo influenciando todos los aspectos de la vida como: la cultura, la educación, la salud, etc. En esta sociedad se fuerza al hombre para que viva para la economía, para la producción, por eso no importa tanto el cuidado de la salud, sino la cantidad de producto que pueda fabricar con su trabajo. No es una economía mal entendida invertir en la salud de un pueblo, la economía debe estar al servicio del hombre, porque un hombre sano y lleno de vida produciría más.

El control de la salud en Guatemala únicamente se lleva a cabo con fines curativos; la familia (pobre, ignorante, explotada) lleva a cuestras sus problemas de salud, mientras que el estado da paliativos y tratamientos de sostén sin llegar realmente a resolver el problema fundamental, no previene los problemas de salud, en el momento que se dan a notar éstos los capta y en ese mismo momento los quiere resolver y muchas veces ya no lo logra. La salud no tiene la función social que debería tener, pues para que la tenga debe existir el cambio de la política nacional y por este medio de las políticas de salud; que estas se planifiquen para cubrir a toda la población, que se organicen en base a los problemas reales y principales, que prevengan prioritariamente la enfermedad en todos los aspectos.

tos. Así se evitará posteriormente pérdida de personal, recursos y dinero en la administración de la salud.

3.- POLITICAS DE SALUD.

En Guatemala el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en su documento "Propuestas y lineamientos - Básicos de la Política de Salud a Ejecutar Durante el Período Presidencial 1978 - 1982" menciona las 4 políticas de salud que utiliza como básicas para atacar el problema de salud, y son éstas:

- A.- Aumento de la Cobertura
- B.- Calidad Ambiental
- C.- Nutrición y Alimentación
- D.- Política Financiera

Y para cumplir con lo anterior se han elaborado 6 áreas programáticas (mismas utilizadas en el Plan Nac. de Salud 1975-1979) de acción:

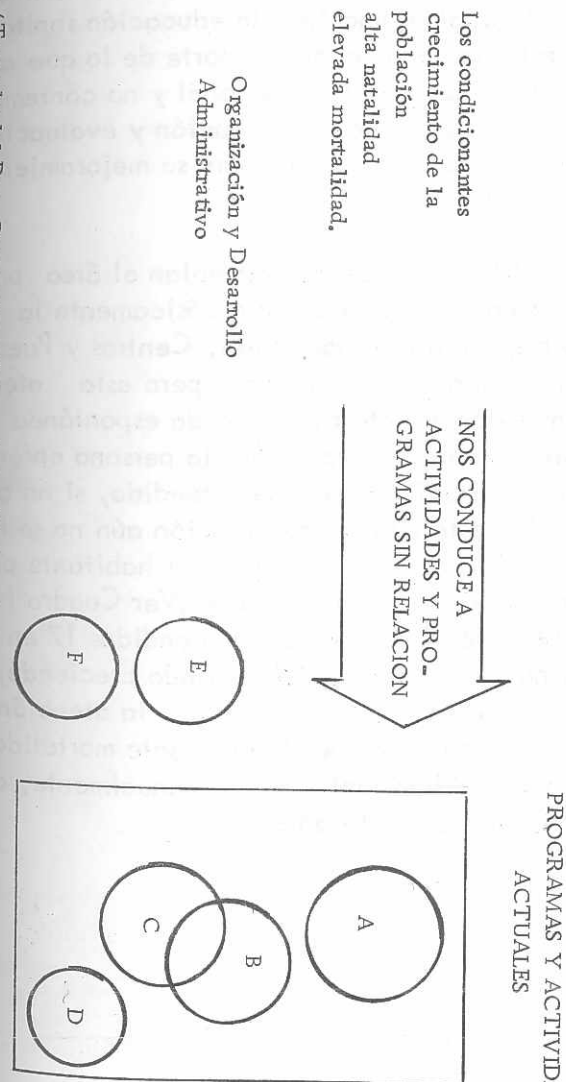
- A.- Desarrollo y mantenimiento del sistema Servicios de Salud.
- B.- Atención Médica.
- C.- Vigilancia Epidemiológica y control de las enfermedades.
- D.- Saneamiento y conservación del medio ambiente.

E.- Recursos Humanos y educación para la salud.

F.- Nutrición y Alimentación.

Con respecto a el desarrollo y mantenimiento del Sistema de Servicios de Salud: se sabe que en Guatemala existen diversas dependencias y áreas del Estado, encargadas de proporcionar una serie de servicios de salud y el conglomerado de las mismas trabajan independientemente sin unificación de criterios, ni recursos, ni siguiendo un plan general o meta nacional para prevenir la enfermedad. Cada dependencia por su parte quiere resolver el problema de salud utópicamente, no en base a la realidad de la situación de la salud. Por ejemplo, una de las medidas que se emplean para resolver el problema de la Desnutrición, con intención paternalista y condicionadora de dependencia entre la población, es la distribución de productos Care. Esta medida es un paliativo pero no resuelve el problema, pues dentro de unos pocos años se tendrá una población mucho mayor que extenderá la mano para pedir los alimentos Care. A nivel ministerial siempre ha existido la desunión e incoordinación de las dependencias de salud y aún no se han logrado integrar encaminándose hacia un mismo fin bien planificado y con metas bien organizadas. En el mismo documento donde se obtuvieron las políticas de salud, se confirma la desintegración de los Servicios y la falta de coordinación de programas y actividades (Ver esquema No. 3) (Copia Literal). Señala el mismo documento que existen deficiencias en el personal, distribución y adiestramiento, así como también inadecuada asignación de funciones y atribuciones y una reglamentación incoherente. Menciona también recursos materiales, planta física y equipamiento con deficiente capacidad de operación por su obsolescencia y falta de mantenimiento, inapropiado suministro de

(Tomado del Doc. Propuestas y Lineamientos Básicos de la Política de Salud a Ejecutar en el Período 1979-1982.) (28).



curso materiales en relación a los requerimientos de los distintos servicios de salud. A lo anterior se puede agregar la falta de programas integrales de prevención de la enfermedad, desde la adecuada distribución de los alimentos para evitar la Desnutrición, hasta el control del saneamiento ambiental, la contaminación y la educación sanitaria, etc. El presupuesto nacional la mayor parte de lo que corresponde a Salud Pública, se va en personal y no contempla un porcentaje destinado a la investigación y evaluación del funcionamiento de los servicios para su mejoramiento (Ver Cuadros No. 20 y 21).

Las políticas de salud contemplan el área programática de la Atención Médica, pero básicamente la atención médica se realiza en los hospitales, Centros y Puestos de Salud y otros lugares asistenciales, pero esta atención se realiza mayoritariamente por demanda espontánea (ya que es curativa y no preventiva), pues la persona enferma acude a dichas instituciones para ser atendido, si no acude no es atendido. Por este sistema de atención aún no se ha logrado obtener por lo menos 1 consulta por habitante por año, las coberturas de atención son bajas (Ver Cuadro No. 22) de cada 100 niños únicamente son atendidos 17 en la consulta externa. Y la población continúa creciendo, en 1977 llegó a 6,889,126 habitantes y sin que la atención médica gubernamental logre detener la creciente mortalidad, pues 13 de cada 1,000 habitantes mueren anualmente, de esto el 31% son menores de 14 años.

CUADRO No. 20

ANÁLISIS DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA
PARA LA SALUD PÚBLICA

AÑO	PRESUPUESTO FUNCIONAMIENTO	PRESUPUESTO DE INVERSIÓN	TOTAL
1974	Q 26,690.9	Q 4,908.3	Q 32,598.5
1975	Q 35,173.5	Q 3,049.3	Q 38,598.8
1976	Q 40,014.5	Q 11,724.8	Q 51,739.0
1977	Q 42,252.8	Q 11,442.6	Q 53,695.4
1978	Q 50,012.1	Q 12,056.1	Q 62,068.2

En miles

(Tomado del Doc. Propuestas y Lineamientos Básicos de la Política de Salud a Ejecutar en el Período 1979-1982) (28)

CUADRO No. 21

DISTRIBUCION FINANCIERA DEL PRESUPUESTO
PARA LA SALUD NACIONAL 1977.

INVERSIONES	%
En personal	40.40%
Luz, agua, viáticos etc.	3.65
Alimentos	5.06
Medicinas	4.76
Equipo	4.71
Construcción	7.06
Transferencias	19.05
Otros Gastos	14.86
Total:	100.00

(Tomado del Documento "Anteproyecto del Plan Nacional de Salud 1978-1982).

Sobre la Vigilancia Epidemiológica y Control de las Enfermedades se puede decir: la programática seguida únicamente permite el uso de medidas independientes e incoordinadas, paliativas no radicales, como por ejemplo: la detección de enfermedades transmisibles cuando estas ya existen y además efectuar actividades de vacunación únicamente globales cuando se trata de costosas campañas de vacunación y no se incluyen programas radicales de erradicación de ciertas enfermedades transmisibles que deberían ya estar controladas. El control de la Malaria: que actualmente según los personeros del SNEM su fin es controlar no erradicar. Otro ejemplo lo es la Atención Materno Infantil tan descuidada, como lo demuestra el Dr. Croker (5); porque las coberturas de atención también son bajas, el control de gestantes es inferior al 20%, la atención institucional del parto es inferior al 17%, la cobertura registrada de púerperas es inferior al 5% (28). No se promueve este tipo de atención y por eso no todas las personas que lo necesitan obtienen beneficio de ella. El Dr. Waldheim en su folleto "Atención del Embarazo, Parto y Puerperio a Nivel Nacional" comenta lo siguiente sobre la atención Materno Infantil: "La mortalidad materna se mantiene elevada, tasas de 16 x 1,000 nacidos vivos, cifra que es 10 veces mayor que la demostrada por países más desarrollados - semejantes a Guatemala.... En 1973, el 9.53% de las defunciones totales (de todas las edades) ocurrieron en niños menores de 28 días de vida; éstas muertes analizadas - dentro de la mortalidad infantil (muertes en niños de 0 a 364 días de vida) corresponden al 38% de las defunciones de este grupo de edad;.... concluye diciendo: la atención de la gestante y el recién nacido a Nivel Nacional es muy deficiente, lo que se expresa por una alta morbilidad. Esta situación es una expresión más del atraso general del país, en el que los servicios de salud y su calidad,

CUADRO No. 22

PRODUCCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN

TODA LA REPUBLICA

CONSULTA EXTERNA

AÑO	TOTAL CONSULTAS	LAS CONSULTAS	COBERTURAS EN RELACION A LA POBLACION
1974	960,472	661,445	10.6%
1975	1,417,146	759,226	11.7%
1976	2,139,771	1,200,846	18.5%
1977	3,256,261	1,830,543	26.8%

(Tomado del Doc. Propuestas y Lineamientos Básicos de la Política de Salud a Ejecutar en el Período 1979-1982) (28)

es un resultante del sistema social imperante. El mejoramiento de la atención de la salud materno infantil depende de cambios profundos en la política nacional, del desarrollo que se alcance con esa política, desarrollo que se expresará entre otras cosas, con un sistema de salud diferente, eficiente de alta calidad y con servicios accesibles, a toda la población, sin distinciones de clase social ni localización geográfica". (21)

Al programa de atención Materno infantil se incluye la planificación familiar: como no se encuentra solución a los problemas de control de la salud y por aprovechar ayudas internacionales no importando su fin, se crea un claro, desorganizado, discriminatorio control de la natalidad, por medio de la distribución de anticonceptivos a nivel de todo el país, en los Centros y Puestos de Salud. Demostrando el daño que se está causando con esta actividad, se exponen datos del estudio que sobre este tema se efectuó durante Agosto 1978 a Enero 1979 en el Municipio de Granados en una muestra de 70 mujeres en edad reproductiva (15 - 44 años) como parte de una investigación a nivel nacional en cada sitio de E.P.S., se trató de investigar quienes eran usuarias de anticonceptivos y dentro de las usuarias, cuales eran los efectos iatrogénicos sintomatológicos que éstos les causaban, encontrándose lo siguiente:

El 21.42% de la población estudiada usaba anticonceptivos, de este grupo:

- El 53.34% usaban anticonceptivos orales
- El 26.66% " " I.M.
- El 13.34% usaron laparoscopia.
- El 6.66% usaban DIU.

Presentando este mismo grupo los siguientes efectos colaterales (los que más dieron problemas fueron los orales y los intramusculares):

Cloasma	el	6.66 %
Obesidad	el	6.66 %
Náuseas	el	6.66 %
Irritabilidad	el	13.33 %
Cefalea	el	13.33 %
Tensión Nerv.	el	20.00 %
Amenorrea	el	26.00 %

El saneamiento ambiental: se sabe que el ambiente condiciona la salud, un ambiente saneado contribuye a la salud individual y colectiva, sin embargo este problema no se está atacando en su verdadero origen pues para que esto verdaderamente se solucione tiene que elaborarse una política socioeconómica integral, tendiente a mejorar el ambiente, crear complejos habitacionales con las condiciones adecuadas de servicios de agua potable, luz, drenajes etc.; existen medidas de letrización desde hace varios años y aún no se ha logrado letrizar por lo menos el 80% de la población, así por el estilo se descuida el ambiente.

La nutrición y alimentación: con respecto a este punto las medidas usadas se desvían totalmente de la solución del problema pues se estableció un programa tendiente al control del estado nutricional, y éste cada vez es peor en la población; además se dijo que se crearían programas que redunden en el mejoramiento del estado nutricional pero por lo visto no se han puesto en práctica; por último se fomentan y enriquecen los alimentos y hasta se regalan otras acciones vanas por el estilo. Lo adecuado realmente es impulsar el desarrollo socioeconómico del país, que este

impulse la producción de los alimentos, y la distribución de los alimentos a todos los individuos, que ese desarrollo esté estrechamente relacionado con medidas que mejoren las condiciones del pueblo, de manera que los individuos puedan mejorar su dieta familiar, contribuyendo así a un programa nacional de mejoramiento del nivel de vida.

CONCLUSIONES

1.- La estructura socioeconómica del Municipio de Granados es muy precaria, porque:

A.- La producción está monopolizada en pocas manos y éstas son las que reciben las ganancias de ella. No es equitativa. El comercio y la industria es bastante deficiente contribuyendo a esto los recursos naturales escasos.

B.- El ingreso Per-Cápita es de menos de Q25., para un promedio de 4 miembros por familia.

C.- Hay escasas fuentes de trabajo lo que provoca desempleo, bajos recursos económicos y migración de la población en busca de mejores oportunidades.

D.- La principal ocupación de los miembros de la población es la agricultura, tipo monocultivo para consumo interno únicamente.

2.- Los factores Determinantes y Condicionantes del Nivel de Salud del Municipio de Granados son:

A.- Determinantes: la política socioeconómica nacional que conduce a una situación precaria a la población

B.- Condicionantes:

a.- Viviendas inadecuadamente saneadas, insalubres, que permiten el hacinamiento y la morbilidad. Además éstas no cuentan con agua potable en un 100% y las letrinas son escasas.

b.- La asistencia de la población en demanda de atención de la salud, a las farmacias, con los vecinos o familiares, por ignorancia y falta de promoción de los servicios de salud.

c.- Analfabetismo en el 22% de la población estudiada.

d.- Escasos recursos de salud y mala distribución y coordinación de los mismos. Y falta de planificación de las acciones de salud.

3.- Los problemas de salud del Municipio de Granados son:

A.- Altas tasas de natalidad, siendo para 1978 de 30 X 1000.

B.- Alta mortalidad, principalmente causada por infecciones intestinales y Desnutrición. Siendo para 1978 las tasas de mortalidad:

General	7.59 x 1000 n.v.
Infantil	68.11 x "
Infantil Tardía	43.34 x "
Neonatal	24.76 x "

C.- Alta morbilidad:

Siendo las 4 principales causas de morbilidad:

- 1° Desnutrición Proteico Calórica
- 2° I.R.S.
- 3° G.E.C.A.
- 4° Parasitismo Intestinal

Todas prevenibles en su mayor parte con una adecuada política de salud.

- 4.- La política actual de salud no cumple con sus objetivos, no es preventiva, solo paliativa. Lo demuestran las altas tasas de morbimortalidad existente.
- 5.- Se aprueban las hipótesis planteadas, pues en primer lugar, en el Municipio de Granados B.V. si hay un bajo nivel de salud evidenciado por altas tasas de morbimortalidad.

En segundo lugar, la estructura socioeconómica de esa población si es un factor determinante en su nivel de salud, pues crea condiciones que lo hacen bajo. Y lo mismo sucede con cualquier población que esté regida por la misma estructura.

Y en tercer lugar: no existen en Guatemala políticas de salud, integrales, coordinadas, multisectoriales que den una atención preventiva de la salud, global y organizada. Pues permiten la desintegración de los servicios de salud y la falta de planificación para la solución de los problemas de salud, con desperdicio de recursos y materiales.

RECOMENDACIONES

Como Guatemala es un país Latino Americano eminentemente agrícola, en ello basa su régimen de bienes y de donde obtiene sus ganancias económicas para su desarrollo. Pues desde este punto se debe efectuar un cambio, es decir, a nivel de la estructura socioeconómica determinante del nivel de salud de los pueblos, para luego formular políticas de desarrollo con miras a mejorar la producción, el modo de producción, la distribución de bienes y servicios generales que cubran las necesidades de los ciudadanos especialmente la salud.

Después de este cambio de estructuras, que beneficie a todos por igual, sin la presencia de las clases sociales, se debe efectuar la planificación de la salud. El primer paso debe consistir en el apoyo completo de la política nacional y de allí:

1.- Diagnóstico de la situación de Salud:

Se deberá detectar el nivel real de salud de la población, el porqué de tal nivel, determinantes y condicionantes que lo permiten y el pronóstico de dicha situación. Para lo cual se deberán efectuar, estudios socioeconómicos, médicos, nutricionales, agrícolas, industriales, de saneamiento, culturales, costumbristas etc. Y tener al final una idea concreta de la situación, elementos de juicio para el tratamiento.

2.- Planificación de las Acciones de Salud:

En algunos países y poblaciones Guatemaltecas generalmente se efectúan diagnósticos y posteriormente no se toman medidas para solucionar los problemas encontrados. Para la planificación del control de la salud se debe conocer previamente:

A.- La Magnitud del Daño: encontrado numéricamente por ejemplo las tasas de natalidad del Municipio de Granados durante 1978.

B.- Trascendencia Social: Importancia que tiene el daño según edad, sexo, estado civil y tipo de trabajo, etc. de las personas por él afectadas; ejemplo: el grupo más afectado por la Desnutrición es el de 0 a 5 años de edad.

C.- Vulnerabilidad: establecer si hay capacidad tecnológica y administrativa para prevenir o erradicar un daño. Por ejemplo: para erradicar la Malaria si existen los elementos tecnológicos necesarios pero en Guatemala no se utilizan.

D.- Relación de Costo y Efecto: El costo de combatir los daños o la inversión para obtener un resultado, previamente habiendo obtenido las prioridades y se hacen los programas específicos para cada daño, pero especialmente para la prevención del daño.

Se debe conocer también:

a.- La población: a quién daremos atención o actividad

des y se definirá el número de habitantes, sus propias costumbres, cultura, grupos etarios, sexos, patología, etc.

b.- Las Actividades: corresponden a los servicios otorgados, ejemplo: consultas, exámenes, egresos, visitas domiciliarias, pesquisas en busca de patología, pláticas de educación sanitaria o cursillos, etc.

c.- Los Instrumentos: o recursos, son los elementos que permiten realizar las actividades. A cada actividad le corresponde un instrumento, pero referido en horas y según el profesional o recursos que ejecuta o facilita las acciones. Ejemplo: actividad consulta médica, instrumento: horas médico.

Consecuentemente se deberán jerarquizar los daños, considerar las metas a cubrir, estimar y redistribuir los recursos y presupuestar los costos. Luego estos serán organizados para ser utilizados con una buena supervisión.

Los programas de control de la salud deberán contemplar todos los niveles de prevención de la enfermedad, para que se proteja al individuo desde el embarazo, recién nacido, niño, adolescente, adulto, trabajador, viejo hasta la muerte.

3.- Ejecución del Plan de Salud:

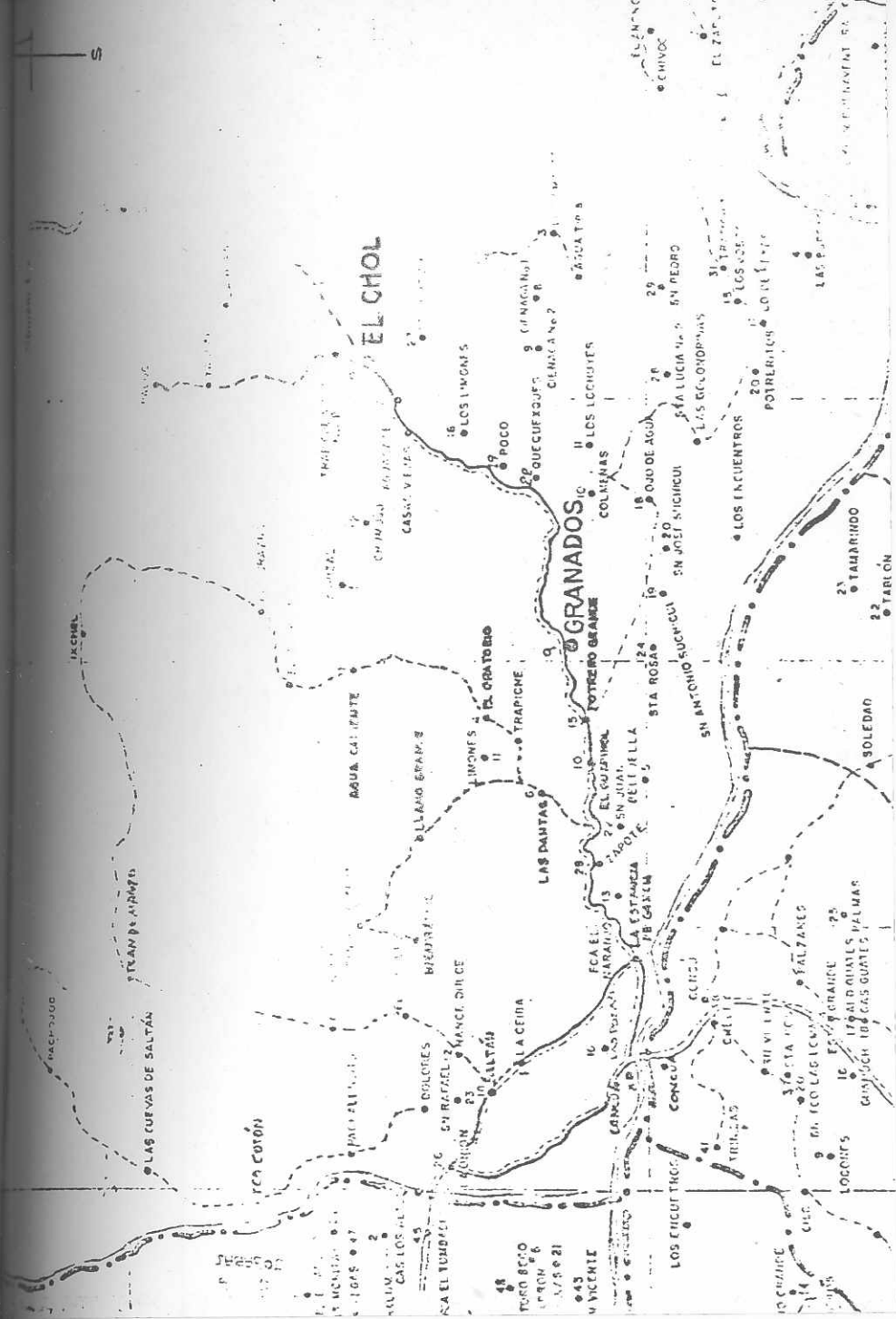
Este se pondrá en marcha previa evaluación por expertos o directivos, coordinadamente y con una administración efectiva, para evitar pérdida de recursos, materiales

y tiempo.

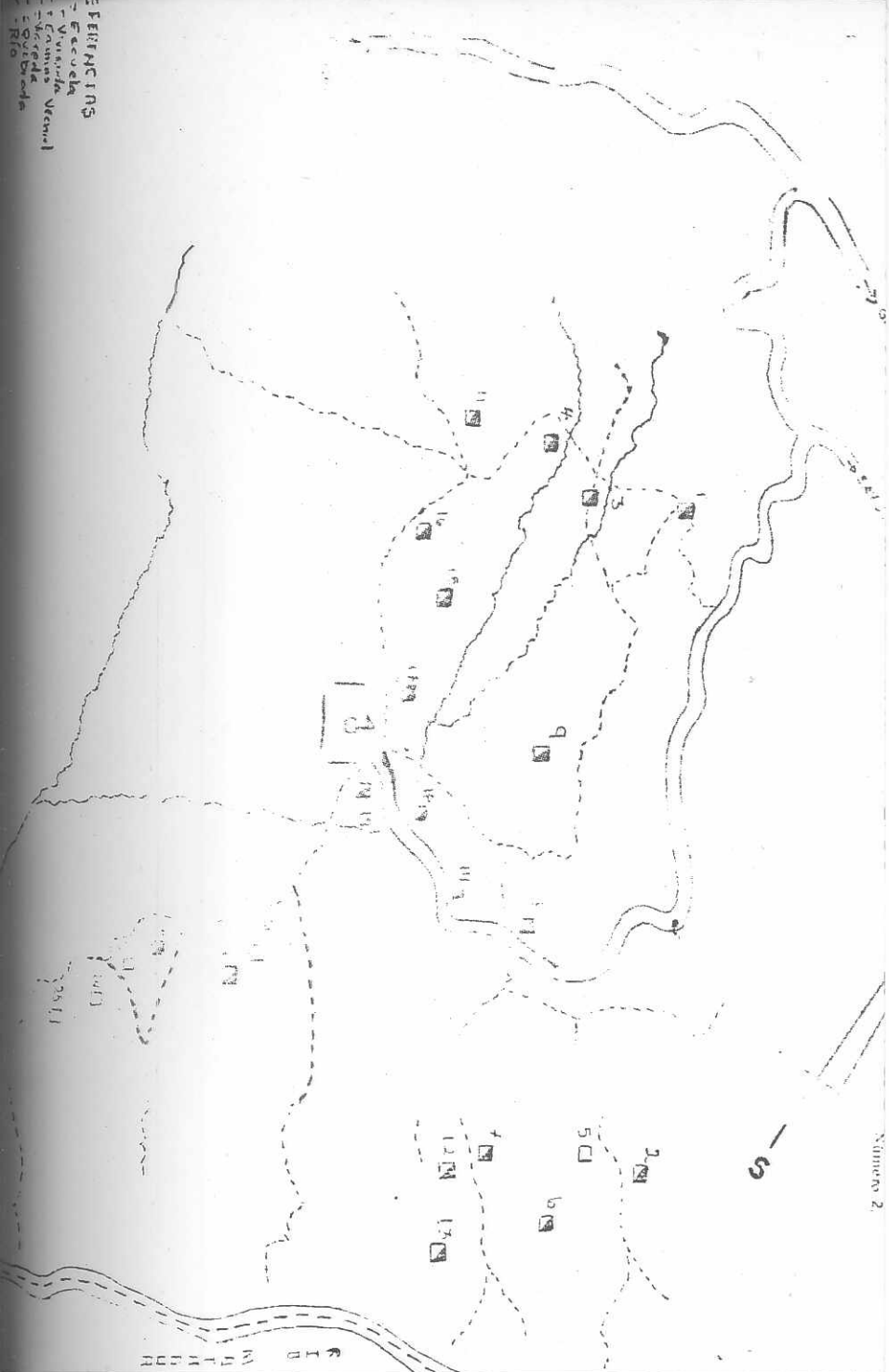
4.- Evaluación:

Esta contendrá la detección de los errores de los programas, un nuevo diagnóstico comprobando si funciona o no todo el sistema de salud, para luego reprogramar.

ANEXOS



- FERRICINS
- Escuela
- Virginda
- Eammas Vernal
- Mergida
- Outedade
- Rio



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bengoa, J.M. y Rueda, R. Drs.
"Planificación y Organización de Programas Nacionales de Nutrición" 1975. Folleto. USAC Fac. de Ciencias Médicas.
- 2.- Bocaletti, José Luis. Br.
"Diagnóstico de la Situación en el Municipio de Granados B.V. (investigación realizada durante la práctica en el área rural)" 1975. Tesis. USAC. Fac. de Ciencias Médicas.
- 3.- Castro de, Josué.
"El Hambre y el Desarrollo Económico en América Latina" 1973. Reproducción USAC. Tomado de la Revista Económica No. 3.
- 4.- Cifuentes, Gonzalo Arturo. Br.
"Diagnóstico del Grupo Materno Infantil, Granados Baja Verapaz" 1976. Tesis. USAC. Fac. de Ciencias Médicas.
- 5.- Croker Sagastume, René Cristóbal. Br.
"Análisis de los Programas de Atención Materno Infantil en Guatemala y Recomendaciones para su Mejoramiento" Octubre 1978. Tesis, USAC. Fac. de Ciencias Médicas.
- 6.- Domínguez Isaías, Edgar Leonel. Br.
"Consideraciones sobre la Planificación de la Salud en Guatemala" Julio 1975. Tesis, USAC. Fac. de Ciencias Médicas.


- 7.- Fayas de G.
"Teoría Práctica de la Administración de la Atención Médica y de Hospitales" 1970. Editorial Rouvier México. 268-269.
- 8.- Flores Guzmán, Edgardo Antonio. Br.
"Investigación de Mortalidad en el Municipio de Granados B.V." Julio-1975. Tesis, USAC. Fac. de Ciencias Médicas.
- 9.- Fortín de, Anneth. Dra.
"Análisis de los Programas de Planificación Familiar en Guatemala" Enero-1978. Folleto USAC Fac. de Ciencias Médicas.
- 10.- Lara García, Tulio Edgar. Br.
"Estudio Comparativo de Morbilidad, Municipios de Granados Baja Verapaz, Tactic Alta Verapaz, año 1976" 1977. Tesis, USAC. Fac. de Ciencias Médicas.
- 11.- Leavel, H.R. - Clark, E. G.
"Preventive Medicine - For The Doctor in His Community" 1975. Traducción y adaptación del capítulo 2 del mismo libro. Reproducido por la Facultad de Ciencias Médicas.
- 12.- López Vásquez, Víctor Manuel Br.
"Elementos Fundamentales para el Desarrollo de la Salud en Guatemala" Marzo 1973. Tesis USAC. Fac. de Ciencias Médicas.
- 13.- Montoya, Carlos
"Política y Salud" Chile 1972. Mimeografiado USAC. Fac. de Ciencias Médicas.


- 14.- OPS.
Boletín. Vol. LXXIII No. 5 Noviembre 1972. p 381-385.
- 15.- Orellana, René Arturo.
"Guatemala, Migraciones Internas de Población 1950-1973". Guatemala 1978. Publicación del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales Vol No. 4. USAC.
- 16.- Quintana, Epaminondas y col.
"Política Nacional de Nutrición" Junio 1958. Vol. IX, - Número 2, Consejo Nac. de Nutrición, Revista del Colegio Médico y Cirujano de Guatemala.
- 17.- Sánchez, José Rómulo.
"Las Ciencias Sociales y la Salud" Mimeografiado Escuela de Trabajo Social. USAC.
- 18.- Valencia, Fernando.
"El Hambre Institucional" Nov. 1973. Oficina Regional para la América Latina, Bogotá Colombia. USAC.
- 19.- Villagrán, Francisco. Dr.
"Aspectos Generales de la Administración" Reproducido 1974. Fac. de Ciencias Médicas.
- 20.- Villagrán, Francisco. Dr.
"Indicadores". 1974, Quetzaltenango Fase 1 Fac. de Ciencias Médicas.
- 21.- Waldheim C. Carlos A. Dr.
"Atención del Embarazo, Parto y el Puerperio y del Recién Nacido a Nivel Nacional" 27-X-76. Folleto. Fac. de Ciencias Médicas.

- 22.- Waldheim C., Carlos A. Dr
"Interpretaciones Acerca de la Información General Sobre la Situación Materno Infantil en Guatemala" 1973. Mimeografiado. USAC. Fac. de Ciencias Médicas.
- 23.- "Acuerdos Gubernativos" Ministerio de Gobernación Municipalidad de Granados.
- 24.- "Anteproyecto del Plan Nacional de Salud 1978-1982" 1978. Ministerio de Salud Pública y A.S.
- 25.- "Estrategias Sanitarias, en un mundo de Transformación", 1975 - Junio. Ginebra Vol. 29.
- 26.- "Interpretaciones entre Salud y Población" 1971 Chile. OPS. OMS. Publicación No. 232.
- 27.- "Las Clases Sociales en Guatemala" 1974. Mimeografiado. USAC.
- 28.- "Propuestas y Lineamientos Básicos de la Política de Salud a Ejecutar durante el Período Presidencial de 1978-1982. Ministerio de Salud P. y A.S.
- 29.- "Plan Nacional de Salud 1975-1979". Secretaría del Consejo de Planificación Económica, República de Guatemala Tomos I y II.

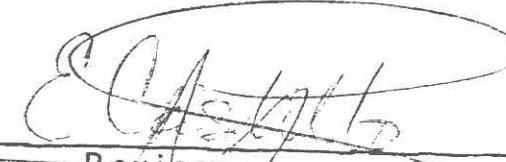
Entrevistas:

- a.- Dr. H. Nuila: mes de Marzo 1979
- b.- Dr. Barrios. Servicios de Salud. Mes de Abril 1979.
- c.- Dr. Solórzano. Unidad de Programación Servicios de Salud. Marzo 1979.

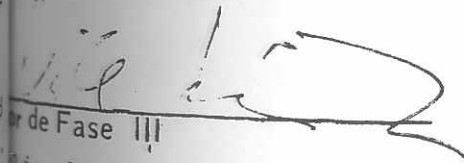

Br. Sandra Concepción Galindo Ochoa.


Asesor


Carlos A. Waldheim C.


Revisor

Dr. Edgar Castillo


de Fase III

Ricardo León Méndez.


Secretario General

Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.