

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS
Y NO RETORNADOS**



JORGE MARIO PEREZ EQUILA

MEDICO Y CIRUJANO

TITULO
SITUACION DE SALUD DE NIÑOS
RETORNADOS Y NO RETORNADOS

SUBTITULO

**ESTUDIO DESCRIPTIVO REALIZADO CON NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS EN UNA POBLACION RETORNADA EN RELACION A UNA NO
RETORNADA EN LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y BRITO
DEL MUNICIPIO DE GUANAGAZAPA, ESCUINTLA DE JUNIO A
JULIO DEL AÑO 2000**

INDICE

I-	INTRODUCCION	1
II-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
III-	JUSTIFICACION	4
IV-	OBJETIVOS	6
V-	REVISION BIBLIOGRAFICA	7
VI-	METODOLOGIA	24
VII-	PRESENTACIÓN, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	31
VIII-	CONCLUSIONES	50
IX-	RECOMENDACIONES	51
X-	RESUMEN	52
XI-	BIBLIOGRAFIA	53
XII-	ANEXOS	56

I- INTRODUCCION

Con la firma de la Paz Firme y Duradera en 1996, se inicia en Guatemala una serie de cambios, proponiéndose a través de los acuerdos suscritos un sistema de salud para todos los guatemaltecos, prestando especial atención a las comunidades de retornados. Según informes tanto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como de organizaciones no gubernamentales dedicados a brindar servicios de salud, se ha alcanzado una mayor cobertura a nivel nacional.

El presente estudio pretende demostrar a través de un análisis comparativo, la eficacia de las instituciones que prestan sus servicios a las comunidades de retornados y no retornados, evaluando la morbilidad, la mortalidad y el estado nutricional de los niños menores de cinco años en las comunidades de Brito (no retornados) y de San Vicente (retornados).

Se demostró que en la comunidad de San Vicente prácticamente no existen servicios de salud, y existe alta mortalidad con relación a la otra población, el 33.5 % de los niños presentan estado nutricional debajo de lo normal y con casos de desnutrición severa con relación a la comunidad de no retornados.

Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social revisar el grado de cumplimiento de los acuerdos e iniciar de inmediato acciones de cobertura a las comunidades de población retornada

II- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Guatemala, es conocido como el país de la eterna primavera, llena de contrastes y de una diversidad de culturas que lo enriquecen, sin embargo, sufrió durante mas de tres décadas un conflicto armado interno y el éxodo mas dilatado en la historia contemporánea de Centroamérica. (3,1)

Guatemala fue objeto de una operación de tierra arrasada y de las más desastrosas masacres, lo que obligó a la comunidad campesina especialmente al pueblo Maya a desplazarse de su lugar de origen, despojándose de sus tierras, familias y principalmente de su cultura, teniendo que refugiarse en México.

Con la intervención de la comunidad internacional, y de la sociedad guatemalteca, se logra la Firma de la Paz Firme y Duradera el 29 de diciembre de 1996, en la que el gobierno y la guerrilla se comprometen a cumplir los acuerdos suscritos. (3,5)

Entre los acuerdos esta el del 17 de junio de 1994, en que las partes se comprometen a través del Acuerdo Para El Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado, a contribuir constructivamente, junto con el resto de la sociedad guatemalteca, a trabajar por una solución duradera y facilitar el proceso de reasentamiento de la población desarraigada, en un marco de justicia social, democratización y desarrollo nacional sostenible, sustentable y equitativo. (5,1)

Durante su estancia en el país vecino, los refugiados recibieron del gobierno mexicano las atenciones necesarias para su sobrevivencia entre las que destacan: la obtención de tierra, educación, servicio de salud, alimentación, desarrollo comunal y las bases para una buena organización(2)

Entre la agenda de los Acuerdos de Paz, el retorno de las comunidades refugiadas a su país de origen, fue planteado, y para alcanzarlo se ofreció tierra, educación, servicios de salud, alimentación y medios de desarrollo comunal. Sin embargo, al observar a las comunidades meses después de su retorno, se refleja un total deterioro principalmente en la salud de la niñez, y al escuchar el testimonio de los habitantes de las comunidades en estudio, se percibe que lo ofrecido no ha sido cumplido.

El grupo de retornados objeto de estudio son 75 familias, provenientes de los estados de Chiapas, Quintana Roo y Morelos, ellos son originarios de Huehuetenango y Quiché, que regresaron al país con la esperanza de forjar un buen futuro en su patria, fueron asentados el 23 de julio de 1998 en la finca de San Vicente el Baúl Guanagazapa, Escuintla con la colaboración de las CCPP (Centro de Concertación y Promoción Popular).(10)

Al momento, después de 22 meses de haber retornado, surge la pregunta si la situación de salud de los niños menores de 5 años de la comunidad retornada de San Vicente, será igual que la situación de salud de los niños menores de 5 años de la comunidad de no retornados de Brito del mismo municipio, tomando en cuenta que en ambas actualmente prevalecen los mismos factores ambientales, sociales y económicos, pero que han tenido condicionantes y factores externos que podrían hacerlas variar.

III- JUSTIFICACION

El regreso de los refugiados a Guatemala fue uno de los procesos más significativos y sustentables de la paz y de la superación de las condiciones políticas de nuestro país. A través de los Acuerdos de Paz suscritos por las partes, se definieron los instrumentos operativos para que las condiciones socioeconómicas de este país sean superadas, y que existan políticas que superen la pobreza y favorezcan la igualdad de oportunidades para toda la población. (3,10)

El Acuerdo Para el Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado, establece que se debe de considerar objetivos sucesivos de desarrollo, a partir de un primer e inmediato objetivo de seguridad alimentaria y adecuada nutrición para las familias y comunidades; como también contempla el acuerdo que debe de incluirse el establecimiento de la infraestructura básica de servicios a las poblaciones de vivienda, saneamiento, agua potable, almacenamiento rural, servicios de salud y educación. (1,5,10)

El Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, establece que para alcanzar una Paz Firme y Duradera debe cimentarse sobre un desarrollo sostenido, orientado al bien común que responda a las necesidades de toda la población, creando las condiciones para garantizar a la población de bajos recursos, el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, fomentando la lucha contra la desnutrición, el saneamiento ambiental, la salud preventiva, las soluciones de atención primaria, especialmente la materno-infantil. (3,5)

Durante el tiempo de estancia en el país vecino, los refugiados recibieron del gobierno mexicano todo el apoyo para satisfacer las necesidades básicas de subsistencia y para su desarrollo integral. Sin embargo los retornados del año 1998, indican que en Guatemala no han recibido apoyo de parte de instituciones y agencias de cooperación. En el campo de la salud, esto se ha reducido a la asistencia prestada como parte del programa de ACNUR, siendo los mas perjudicados los niños menores de 5 años que no gozan de un adecuado monitoreo de la salud y de apoyo a la nutrición. (2)

Para determinar el deterioro de salud de los niños retornados en relación de los no retornados se consideraron en este estudio los índices antropométricos de T/E si existiera antecedentes de desnutrición y P/T para reflejar desnutrición aguda, como también las tasas de morbilidad y mortalidad, reflejando esto la eficiencia o la incapacidad de los servicios de salud de ambas poblaciones. (8,7)

El estudio servirá de base para demostrar a las instituciones correspondientes, encargadas si sus actividades han sido eficientes o no. En caso de encontrar una situación de salud deficiente, el estudio servirá para motivar a las instituciones a que pongan mas atención a los compromisos contraídos.

IV- OBJETIVOS

GENERALES:

- Determinar la situación de salud de niños menores de 5 años de las comunidades de San Vicente y Brito del municipio de Guanagazapa.

ESPECIFICOS

- Establecer el estado nutricional utilizando los índice antropométricos de P/T y T/E en niños menores de 5 años de las comunidades de San Vicente y Brito
- Establecer la morbilidad que ha afectado a los niños menores de 5 años de las comunidades de San Vicente y Brito desde julio de 1998 a junio de 2000
- Determinar las causas de mortalidad de los niños menores de 5 años de las comunidades de San Vicente y Brito desde julio de 1998 a junio de 2000

V- REVISION BIBLIOGRAFICA

1- CONCEPTOS BASICOS:

1.1- REFUGIADOS:

De acuerdo al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados ACNUR, un refugiado se define como: toda persona que debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de etnia, raza, religión, nacionalidad, pertenezca a determinado grupo social y opiniones políticas, decide abandonar el país y se encuentra fuera del país de su nacionalidad, y no puede a causa de dichos temores no quiera acogerse a la protección de tal país.(4)

1.2- REPATRIADOS:

De acuerdo a la ACNUR y el Marco Conceptual establecido en la Conferencia Centroamericana de Refugiados CEREFCA, un repatriado se define como: toda persona que habiéndosele reconocido el status de refugiado decide voluntariamente retornar a su país de origen, para incorporarse a la vida productiva y establecer allí su residencia permanente.(4)

1.3- DESPLAZADOS INTERNOS:

Personas que han cambiado su lugar de residencia habitual dentro del territorio nacional, por causas relacionadas por el conflicto armado interno, se identifican tres razones para los desplazados internos:

- Cuando los civiles son directa o indirectamente el objetivo de las campañas contrainsurgentes.
- El miedo o temor de ser afectados por acciones militares que, si pudiesen no tener como objetivo directo dañarlos, lo pone en riesgo de ser afectados.
- La renunciación forzada de la población por razones militares de seguridad. (4)

2- CONFLICTO ARMADO EN GUATEMALA:

La ausencia de mecanismos institucionales que permitieran canalizar las inquietudes, reivindicaciones y propuestas de los distintos grupos de la población definió una cultura política donde la intolerancia caracterizó la totalidad de los comportamientos sociales y el poder estableció normas excluyentes.

La historia inmediata no es suficiente para explicar el enfrentamiento armado. La concentración del poder económico y político, el carácter racista y discriminatorio de la sociedad frente a la mayoría de la población que es indígena, y la exclusión económica y social de grandes sectores empobrecidos –mayas y ladinos- se han expresado en el analfabetismo y la consolidación de comunidades locales aisladas y excluidas de la nación.

Entre los años de 1962 a 1996 periodo que duró el conflicto armado en Guatemala, se presentaron grandes acontecimientos que marcaron la vida de muchos guatemaltecos, ya que durante el periodo del enfrentamiento armado la noción de “enemigo interno” se volvió cada vez más amplia para el estado. Se convirtió en razón de ser del ejército y en política de estado durante varias décadas. El objetivo del estado fue la eliminación del comunismo y la subversión armada, así como de organizaciones paralelas. La filosofía y los mecanismos de la Doctrina de Seguridad Nacional y de la lucha de contrainsurgencia dieron lugar a métodos totalmente irregulares. Estas fueron una de las mayores causas de las violaciones de derechos humanos durante el enfrentamiento armado.

Las operaciones de aniquilamiento se extendieron en su aplicación táctica a la población civil que no estaba involucrada en el enfrentamiento, arrasando aldeas, matando indiscriminadamente a los habitantes de las comunidades por el solo hecho de ser sospechoso de pertenecer o colaborar con la guerrilla, o por interferir en las operaciones militares, lo que obligó a los habitantes de varias comunidades a desplazarse de su lugar de origen en busca de un lugar seguro despojándose de sus tierras, su familia y su cultura, encontrando refugio en el país vecino México, permaneciendo durante varios años. (1,3)

Con la presión de la comunidad internacional y del gobierno, se da inicio en el año de 1986 el Acuerdo de Esquipulas II como eje principal de la realización de una serie de compromisos entre el gobierno-ejército y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) de poner fin al enfrentamiento armado mediante un proceso de negociación que establezca las bases de una paz firme y duradera en Guatemala. (3,5)

Entre los acuerdos sustantivos, el 17 de junio de 1994, las partes se comprometen a través del Acuerdo Para El Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado, de contribuir constructivamente, junto con el resto de la sociedad guatemalteca, a trabajar por una solución duradera y facilitar el proceso de reasentamiento de la población desarraigada, en un marco de justicia social, democratización y desarrollo nacional sostenible, sustentable y equitativo. (5,1)

3- LOS ACUERDOS DE PAZ:

Las delegaciones del Gobierno de Guatemala y de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca, habiéndose reunidos en la ciudad de México del 6 al 9 de enero de 1994 bajo los auspicios del Secretario General de las Naciones Unidas y como huéspedes del gobierno de México, llegaron al siguiente Acuerdo sobre el marco para la reanudación del proceso de negociación para alcanzar un Acuerdo de Paz Firme y Duradero.

I- Temario de la Negociación:

Las partes negociaron sobre el conjunto de los puntos del temario general del Acuerdo de México en cada punto. Las partes deciden conjuntamente el alcance de sus compromisos, los cuales estarán todos sujetos a verificación.

II- Moderación de las negociaciones bilaterales:

Las partes acordaron solicitar al Secretario General de las Naciones Unidas que designe un representante para que asuma la función de Moderador de las negociaciones bilaterales entre el gobierno y la URNG.

III- Sociedad Civil:

Ambas partes reconocen el aporte de los sectores que, como resultado del acuerdo de Oslo, participaron en las reuniones de El Escorial, Ottawa, Quito, Metepec y Atlixco con la URNG. Dichas reuniones dieron impulso al proceso de negociación en Guatemala. Su participación y aportes contribuyeron a hacer posible el inicio de las negociaciones directas entre el gobierno y la comandancia de la URNG. Las partes coinciden en que la sociedad guatemalteca continúe teniendo un papel esencial en la consecución de la paz y en el proceso de reconciliación.

IV- Papel de los Países Amigos:

Las partes solicitan a los gobiernos de Colombia, España, Estados Unidos, México, Noruega y Venezuela que integren un grupo de amigos del proceso de paz guatemalteco. Los países amigos fueron debidamente informados sobre el avance y contenido de las negociaciones entre las partes.

V- Procedimiento:

- a- Divulgación
- b- Marco Temporal
- c- En el marco de sus esfuerzos para agilizar el proceso de negociación.

VI- Mecanismos de Verificación:

La verificación es un elemento fundamental para garantizar que se cumplan y respeten los acuerdos en consecuencia. Las partes reiteran que todos los Acuerdos deben ir acompañados de mecanismos de verificación apropiados, nacionales e internacionales. Firmado entre las partes en la ciudad de México el 10 de enero de 1994. (6,1)

3.1- ACUERDOS DE PAZ: CRONOLOGIA DE ACUERDOS ALCANZADOS

ACUERDO	FECHAS
1- Acuerdo Global Sobre Derechos Humanos	México D.F. 29 de marzo de 1994
2- Acuerdo Para el Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado	Oslo, 17 de junio de 1994
3- Acuerdo Sobre el Establecimiento de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico De las Violaciones a los Derechos Humanos Y los hechos de Violencia que han Causado Sufrimiento a la Población Guatemalteca.	Oslo, 23 de junio de 1994
4- Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas	México D.F. 31 de marzo de 1995
5- Acuerdo Sobre Aspecto Socioeconómico y Situación Agraria.	México D.F. 6 de Mayo de 1996
6- Acuerdo Sobre Fortalecimiento del Poder Civil y Función del Ejercito en una Sociedad Democrática.	México D.F. 19 de sep. de 1996
7- Acuerdo Sobre El Definitivo Cese al Fuego	Oslo, 4 de diciembre de 1996
8- Acuerdo Sobre Reformas Constitucionales y Régimen Electoral	Estocolmo, 7 de Dic. de 1996
9- Acuerdo Sobre Bases Para la Incorporación de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca a la Legalidad	Madrid, 12 de Dic. de 1996

- 10- Acuerdo Sobre Cronograma Para la Implementaron, Cumplimiento y Verificación de los Acuerdos de Paz (6,1) Guatemala, 29 de dic. de 1996

4- SINTESIS DE LA POLITICA SECTORIAL DE SALUD 1996-1999

La salud es reconocida como derecho fundamental y como bien público, que los funcionarios e instituciones del estado están obligados a proveer a la población, según lo establecido por la Constitución Política de la República.

La estrategia de salud actual se orienta a lograr que la salud preventiva y curativa se traduzca en una mejoría del bienestar físico, mental y social, y no únicamente en la ausencia de la enfermedad. Se fijó el objetivo de favorecer el acceso de la población a los servicios de salud, extendiendo la cobertura de sistema de salud y promoviendo la responsabilidad familiar.

4.1- Sistema Integral de Atención en Salud:

Uno de los principales resultados de la Reforma del Sector Salud, es que se amplió la cobertura de salud, en el primer nivel de atención, a 3.7 millones de habitantes que en 1995 carecían de este servicio social básico. Se estima que la población sin acceso a servicios se redujo de un 47% en 1995 a un 11.5% en 1999. El MSPAS y el IGSS cubren aproximadamente el 74.3% de la población. El resto lo atiende el sector privado.

GUATEMALA
COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
1995-1999

Institución	1995		1999	
	Millones de P.	% de P.*	Millones de P.*	% de P.
Ministerio de Salud	2.5	25	6.2	54.9
IGSS	1.4	14	2.2	19.5
Privados	1.4	14	1.6	14.1
Población sin Cobertura	4.7	47	1.3	11.5
TOTAL	10	100	11.3	100

Fuente: MSPAS * Población

La extensión de cobertura a poblaciones donde no existe infraestructura pública, fue posible gracias a una alianza estratégica con instituciones privadas. Hasta diciembre de 1999 se había establecido 123 convenios con 78 ONG's, distribuidas en 21 de los 22 departamentos del país. (17)

5- BALANCE DE LA SITUACION GENERAL: INFORME DE MINUGUA

Este informe presenta el conjunto de medidas que correspondía implementar al gobierno en lo que restaba del año de 1999 y a las siguientes autoridades a partir del año 2,000.

También merece atención especial la temática laboral, la política de vivienda, la reinserción sostenible de los desarraigados y desmovilizados, la problemática del resarcimiento y de la reconciliación nacional.

En cuanto a educación y salud, además de los logros en materia de gastos ejecutados y de ampliación de cobertura afirma que es necesario dar sostenibilidad a los nuevos esquemas de prestación de servicios y mejorar su calidad.

En la parte correspondiente al ACUERDO SOBRE ASPECTOS SOCIOECONOMICOS Y SITUACION AGRARIA en lo que respecta a salud dice:

En salud los compromisos se han cumplido parcialmente. Se ha destinado un mayor porcentaje del gasto a la salud preventiva y se ha disminuido la mortalidad infantil de 51 a 45 por mil durante el periodo de 95-98, pero se está muy lejos de cumplir con el compromiso de reducirla en un 50% del índice observado en 1995.(12).

6- LA SALUD EN GUATEMALA:

En el informe del Sistema de las Naciones Unidas, Guatemala: el rostro rural del desarrollo humano, incluye la esperanza de vida como un indicador de la situación de la salud, sin embargo, este indicador no puede reflejar en su totalidad las características específicas de la salud de un país, en el caso de Guatemala que es un país en vías de desarrollo se deben de tomar en cuenta otros factores como sus políticas y estrategias de salud. Las políticas de salud impulsadas en el año de 1996, en el proceso de reforma del sector salud, tienen el propósito de atacar determinantes esenciales de la enfermedad, y de ampliar la calidad y cobertura de servicios para que lleguen a toda la población. El objetivo es la transformación integral del modo de producción de salud a través de lograr una respuesta social organizada para que las intervenciones sectoriales afecten las causas fundamentales de la enfermedad y no solo los daños causados a la salud. Los objetivos básicos de la reforma son:

- a- Extender la cobertura de los servicios básicos de salud, principalmente en los más pobres
- b- Aumentar los gastos públicos y ampliar las fuentes de financiamiento del sector, asegurando su sustentabilidad
- c- Reorientar la asignación de los recursos para aumentar la eficiencia del sector público y
- d- Generar una respuesta social organizada.

Además tomando en cuenta los compromisos adquiridos en los Acuerdos de Paz, se definieron políticas nacionales de salud que incluyen:

- a- El reordenamiento, integración y modernización del sector.
- b- El aumento de las coberturas y mejoramiento de la calidad de atención con énfasis en prevención y control de problemas prioritarios.
- c- El mejoramiento de la gestión hospitalaria.
- d- La promoción de la salud y del ambiente saludable.
- e- El aumento de la cobertura y mejoramiento de la calidad del agua y ampliación de cobertura de saneamiento básico en zonas rurales.
- f- La participación y fiscalización social en la gestión pública de los servicios
- g- La coordinación de la cooperación técnica internacional y
- h- El desarrollo de los recursos humanos.(19)

En el Informe Sobre Desarrollo Humano, a Guatemala se le coloca en el lugar numero 111 según el Índice de Desarrollo Humano, presentando una Esperanza de Vida de 66.1 años y una mortalidad infantil de 56 por 1000 nacidos vivos, lo que refleja la realidad social de nuestro País. (16)

No existe diferencia significativa de datos entre el Informe de Desarrollo Humano con lo publicado en la Encuesta Nacional de Salud del año de 1999, ya que ambos establecen la tasa de mortalidad infantil en 45 por mil nacidos vivos y que de cada mil nacidos vivos, 56 mueren durante los primeros cinco años de vida (11)

La salud es reconocida como derecho fundamental y como bien público, y los funcionarios e instituciones del estado están obligados a proveer a la población general servicios básicos de salud, según lo establecido por la Constitución Política de la República. El último informe de gobierno de Alvaro Arzú establece que se utilizó una estrategia de salud orientada a lograr que la salud preventiva y curativa se traduzca en una mejoría del bienestar físico, mental y social, y no únicamente en la ausencia de la enfermedad.

Según este informe de gobierno, basándose en lo establecido en los Acuerdos de Paz, en cuanto al programa de inmunización, en 1998, la cobertura para niños menores de un año llegó a 90% para las vacunas antisarampionosa, triple, BCG y Poliomielitis. En 1999, se vacunaron también a jóvenes menores de 15 años, y en el mismo año se alcanzó también el 95 % de cobertura en menores de un año. La mortalidad infantil alcanzó en el año de 1999 una tasa de 33 por mil nacidos vivos.(17)

Las principales causas de muerte varían según la condición socioeconómica, el género y la etnia. Mientras que las enfermedades respiratorias y la diarrea son las causas más importantes en ambos sexos, la tercera entre hombres-homicidio no aparece entre las mujeres. Después de la firma de los Acuerdos de Paz, las tasas de homicidio tienen poco que ver con acciones militares. Las diferencias regionales también demuestran que los indígenas han sido más vulnerables a las infecciones respiratorias y a las asociadas con el embarazo que los no indígenas. (19)

Es importante anotar que para el caso de las mujeres, la tercera causa de muerte es la desnutrición, que estaría relacionada con un desigual acceso a los recursos alimentarios en función del género, ya que para los hombres esa es la sexta causa de muerte. Asimismo, la desnutrición tiene efectos directos en la salud de las mujeres en su etapa reproductora.(19,16)

En el 4to informe del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la verificación del cumplimiento de los Acuerdos de Paz (1º de julio de 1998 al 31 de octubre de 1999), se recomienda corregir las deficiencias internas del Ministerio de Salud Pública, relacionadas con el manejo del sistema, así como ampliar y mejorar la supervisión sobre la calidad del trabajo, ya que según la síntesis del estado de cumplimiento, no se alcanzaron las metas en cuanto a la reducción de la tasa de mortalidad infantil y materna y no se logró alcanzar una buena cobertura en la erradicación de la poliomielitis y el sarampión, por lo que insta al gobierno a cumplir con lo establecido.(12)

7- NUTRICION EN GUATEMALA:

La desnutrición sigue siendo una de las enfermedades subyacentes de las causas de mortalidad y morbilidad en los países en desarrollo de todo el mundo se incrementa actualmente la necesidad de adquirir alimentos, los problemas socio-políticos de este país como causa determinante de la desnutrición en los infantes, se suma ahora el desastre natural del huracán Mitch ocurrido en noviembre de 1998 que azotó al país, por lo que se incrementaría la desnutrición infantil en toda la población guatemalteca. (13,14)

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1998-99 demuestra que la desnutrición continua siendo un problema serio en Guatemala, aún cuando se ha reducido en los últimos años. Así, la desnutrición crónica y aguda se redujeron entre 1995 y 1998-99 en mayor medida entre los niños que entre las niñas y entre los no indígenas, manteniéndose casi constante la proporción de indígenas que sufría de desnutrición crónica y global. Hubo en cambio una mayor reducción de la desnutrición global para las niñas que para los niños.(11)

En general predominó la reducción de las tasas de desnutrición, pero hubo excepciones importantes, que incluyeron los aumentos de desnutrición crónica entre niños y niñas de 6 años y de aquellos de entre 4 y 5 años, además de aumentos leves de desnutrición aguda, e incremento de la desnutrición global de niños y niñas entre 6 meses y un año.

La desnutrición crónica aumentó en tres regiones, y la brecha se mantuvo entre el área rural y urbana. Entre indígenas y no indígenas aumento en el caso de la desnutrición global, por lo tanto la desnutrición que se presenta y que ataca a la población infantil es un indicador de injusticia social. (19,11)

8- EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL:

La evaluación del estado nutricional individual, refleja en su conjunto el estado nutricional de una comunidad, tomando en cuenta los factores que determinan la malnutrición de una comunidad como son:

- La pobreza (factor económico)
- Disponibilidad
- Saneamiento del medio ambiente
- Suministro de agua
- Analfabetismo
- Factores biológicos
- Factores psicológicos, social y culturales (14,15)

8.1- INDICE E INDICADORES ANTROPOMETRICOS:

Los índices antropométricos más utilizados son: Talla/Edad, Peso/Talla y Peso/Edad

8.1.1- TALLA PARA LA EDAD: Evalúa los niveles de desnutrición crónica, es decir, retardo en el crecimiento en talla para la edad, se determinan al comparar la talla del niño con la esperada a su edad y sexo. Los niveles de desnutrición crónica en niños próximos a cumplir cinco años son un indicador de los efectos acumulativos del retraso en el crecimiento.

8.1.2- PESO PARA LA TALLA: Evalúa la desnutrición aguda (emaciación). El peso para la talla es un indicador de desnutrición reciente, conocido también como desnutrición aguda o emaciación, que mide el efecto del deterioro en la alimentación y de la presencia de enfermedades en el pasado inmediato. Se diría que obedece a situaciones de coyuntura.

8.1.3- PESO PARA LA EDAD: Evalúa la desnutrición global (o desnutrición general). El peso para la edad es considerado como un indicador general de la desnutrición, pues no diferencia la desnutrición crónica, que se debería a factores estructurales de la sociedad, de la aguda que corresponde a pérdida de peso reciente. (11,13)

8.2- MEDIDAS ANTROPOMETRICAS:

En los estudios transversales en cuanto a determinar el estado nutricional de una población infantil se realizan las siguientes mediciones:

Peso/Talla= $\frac{\text{Peso del niño estudiado en kilogramos}}{\text{valor de la medida de peso de niños de la misma talla y sexo de la referencia seleccionada.}} \times 100$

Talla/Edad= $\frac{\text{Talla del niño estudiado en cm.}}{\text{valor de la mediana de talla de niños de la misma edad y sexo de la referencia seleccionada.}} \times 100$

Peso/Edad= $\frac{\text{Peso del niño estudiado en kilogramos}}{\text{valor de la mediana de peso de niños de la misma edad y sexo de la referencia seleccionada.}} \times 100$ (9,8)

8.3- CATEGORIAS DE PESO/EDAD O CLASIFICACION DE GOMEZ

Porcentaje de adecuación	Categorías en la clasificación de Gómez	Otros nombre
90% y mas	Normales	Normales
75% - 89%	Desnutrición Grado I	Delgados o Desnutridos Leves
80% - 74%	Desnutrición Grado II	Desnutridos Moderados
Menos de 60%	Desnutrición Grado III	Desnutridos Severos

Fuente: Clasificación de Gómez

8.4- CATEGORIAS DE TALLA PARA EDAD:

Porcentaje en relación a la mediana	Nombres.
95% y mas	Normales
94% - 90%	Retardo Leve
89% - 85%	Retardo Moderado
Menos de 85%	Retardo Leve

Fuente: Clasificación de Gómez

8.5- CATEGORIAS DE PESO PARA TALLA

Porcentaje de adecuación en relación a la mediana	Nombres
90% - 100%	Normales
80% - 89%	Retardo Leve
70% - 79%	Retardo Moderado
Menos de 70% o con edema	Retardo Severo

Fuente: Clasificación de Gómez

9-CARACTERISTICAS DE LAS COMUNIDADES:

9.1-GUANAGAZAPA:

Geografía:

El municipio de Guanagazapa se encuentra ubicada en la parte sur del territorio de Guatemala, y al oriente de la cabecera departamental de Escuintla, con una extensión territorial de 229 kilómetros cuadrados. Colinda al norte con San Vicente Pacaya, al este con Pueblo Nuevo Viñas y Taxisco departamento de Santa Rosa Cuilapa, al sur con Itzapa departamento de Escuintla y se encuentra a 25 Kilómetros de la cabecera departamental.

9.2-CARACTERISTICA DE LA COMUNIDAD DE RETORNADO DE SAN VICENTE DE BAUL:

Según datos obtenidos por CAPACITACION Y DESARROLLO COMUNITARIO (CADECO), la población se asentó en Guanagazapa, Escuintla el 28 de julio de 1998, todos procedentes de campamentos de refugiados de los estados de Morelos, Campeche y Chiapas, México con un total de 300 habitantes distribuidos en 75 familias, siendo en su mayoría de origen Maya.

Las condiciones preparadas para el retorno de la comunidad estuvieron financiadas por el Alto Comando de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR), con la colaboración de IDEAS en el sistema de capacitación y distribución de agua potable; HABITAT en la notificación y construcción del techo mínimo y las letrinas; y Médicos sin Fronteras en el plan de emergencia en salud, brindando materiales médicos, muebles, medicamentos y capacitación.

Características Geográficas:

La comunidad se encuentra a 80 kms de la ciudad capital, a 20 kms de la cabecera departamental de Escuintla y a 4 kms de la carretera asfaltada que conduce al municipio de Taxisco, Santa Rosa. Existe actualmente dos vías de acceso, una sobre el Kms 76 de la carretera a Taxisco y la otra, la mas utilizada por los habitantes a 8 kms de la carretera a Guanagazapa, Escuintla. Las dos vías son de terraceria con pocas posibilidades de acceso a transporte.

Características Sociales:

Los habitantes de la comunidad de San Vicente de Baúl en su mayoría pertenecen a las etnias: K'iche, kanjobal y Mam. Actualmente funciona un comité de desarrollo integrado en su mayoría por hombres, que trabajan para el mejoramiento de su comunidad.

Situación de Salud:

La comunidad cuenta con una clínica médica construida por Médicos sin Fronteras con el financiamiento de ACNUR, con el objetivo de ofertar a la población servicios básicos de salud en el primer mes de estadía de los retornados de la comunidad.

Cuenta actualmente con varios promotores de salud, seleccionadas por la comunidad, todos ellos no cuentan con un entrenamiento adecuado para desempeñar eficazmente su papel, únicamente han recibido algunas capacitaciones por parte del SIAS de Guanagazapa

Saneamiento Ambiental:

Agua: La comunidad cuenta con dos ríos, "Asucillo" que es el mas caudaloso y corre a la orilla de la finca del lado oeste, y el río "Aguas Vivas" que se forma de pequeños nacimientos y corre del lado oeste. El sistema de distribución de agua es de tipo entubado y fue instalado para la comunidad. No existe un sistema de distribución de agua hasta los lotes familiares, la población se desplaza hacia estos lugares para captación de agua en tinacos para sus necesidades domiciliarias.

Desagüe y/o Drenajes:

La comunidad no cuenta con la infraestructura adecuada para un buen tratamiento y manejo de las aguas y desechos residuales. Actualmente cuentan con un sistema de letrinas, que ocupa una unidad por cada dos lotes familiares, las cuales según el informe se encuentran en situaciones críticas.

Cultivo: Maíz y frijol

9.3-CARACTERISTICAS DE LA COMUNIDAD DE BRITO:

Según datos obtenidos por la promotora de salud de la comunidad de Brito, la población se encuentra a 15 Kms de guanagazapa, con una extensión territorial de 3000 metros cuadrados. Ubicada al oriente por la cinta asfáltica que conduce a Taxisco, Santa Rosa, al sur por la cabecera departamental de Escuintla. El último censo poblacional reporta 963 habitantes distribuidos en 320 familias. En cuanto a la vía de acceso, la comunidad se encuentra a orillas de la cinta asfáltica.

Características Sociales

La comunidad cuenta con un comité de desarrollo que se encarga de velar por la infraestructura de su población. También existe una escuela primaria que imparte de primero a sexto año con el apoyo de 4 maestros.

Infraestructura:

Las casas están construidas en su mayoría de paredes de block, madera y bambú, todas con techo de lámina y el piso de tierra. La comunidad cuenta con energía eléctrica, un teléfono celular para uso de la comunidad y una cancha deportiva.

Saneamiento Ambiental:

El agua que consumen es de pozo, las letrinas son de pozo ciego y la basura la depositan individualmente en césped.

Situación de Salud:

La comunidad cuenta con un Puesto de Salud, atendida de lunes a viernes por una enfermera auxiliar, los medicamentos son proporcionados por el Ministerio de Salud Pública, además en la comunidad existen 5 colaboradores voluntarios de vectores, un promotor comunitario y 2 comadronas.

Cultivos: Frijol y maíz

VI- MATERIAL Y METODOS

A- METODOLOGIA

1- TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo

2- SUJETO DE ESTUDIO:

Los niños y niñas retornados y no retornados menores de 5 años de las comunidades de San Vicente y Brito respectivamente, Guanagazapa, Escuintla, durante los meses de mayo y junio del 2000

3- TAMAÑO DE LA POBLACION:

A- Para el estudio de la morbilidad y mortalidad el universo lo constituyó el 100% de la población infantil menores de cinco años de ambas comunidades.

B- Para el estudio antropométrico se evaluó el 100% de los niños retornados y una muestra representativa en el grupo de no retornados siendo el 48%.

4- CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

CRITERIOS DE INCLUSION

- Todos los niños menores de 5 años en la comunidad de retornados de San Vicente.
- Los niños menores de 5 años de la comunidad de Brito tomando al azar, hasta completar la misma cantidad con la de no retornados.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Todos los niños mayores de 5 años de ambas comunidad.
- Niños con anomalías congénitas en ambas comunidades.
- Niños que no pertenezcan a las comunidades de San Vicente y Brito

5- VARIABLES DE ESTUDIO:

A- SITUACION DE SALUD:

Definición Conceptual:

Es el proceso de producción de salud, referido a determinado espacio-población. Dicho proceso tiene como característica la interrelación de variables de cuatro dimensiones, a saber, social, biológico, ecológico y de servicios de salud.

Definición Operacional:

Se tomará en cuenta el estado nutricional, la morbilidad y la mortalidad de los niños menores de 5 años de las comunidades de San Vicente y Brito

Escala de medición: nominal

Unidad de medida: % (porcentaje) y tasas

B- ESTADO NUTRICIONAL

Definición Conceptual:

Conjunto de medidas utilizadas para determinar el estado Nutricional.

Definición Operacional:

Relación del peso/talla y talla/edad.

Escala de Medición: Nominal

Unidad de Medida: Clasificación de Gómez

C- PESO/TALLA:

Definición Conceptual:

El peso para la talla es un indicador de desnutrición reciente, que mide el efecto del deterioro en la alimentación y de la presencia de enfermedades en el pasado inmediato

Definición Operacional:

Se utilizó la siguiente fórmula:

$$\text{Peso/talla} = \frac{\text{Peso del niño estudiado en Kgs.}}{\text{Valor de la medida de peso de niños de la misma talla y sexo de la referencia seleccionada.}} \times 100$$

Escala de Medición: Nominal

Unidad de Medida: tablas del INCAP y Clasificación de Gómez.

D- TALLA/EDAD:

Definición Conceptual:

Evalúa los niveles de desnutrición crónica, es decir, retardo en el crecimiento en la talla para la edad. Los niveles de desnutrición crónica en niños próximos a cumplir cinco años son un indicador de los efectos acumulativos del retraso en el crecimiento.

Definición Operacional:

Se utilizó para el presente estudio la siguiente fórmula:

$$\text{Talla/Edad} = \frac{\text{Talla del niño estudiado en cms.}}{\text{Valor de la mediana de talla de niños de la misma edad y sexo de la referencia seleccionada.}} \times 100$$

Escala de Medición: Nominal

Unidad de Medida: tablas del INCAP y Clasificación de Gómez.

E- MORBILIDAD EN LA NIÑEZ:

Definición Conceptual:

Frecuencia con la que se produce una enfermedad en una determinada población o área.

Definición Operacional:

Todos los registros de enfermedades que se encuentra en las evaluaciones clínicas de los niños de estudio de las comunidades de San Vicente y Brito de julio de 1998 a junio del 2000

Escala de Medición: Nominal

Unidad de Medida: Nombre de las enfermedades.

F- MORTALIDAD EN LA NIÑEZ:

Definición conceptual:

Número de muertes por unidad de población en cualquier región grupo de edad o enfermedad específica

Definición Operacional:

Todos los registrados de defunciones de niños menores de 5 años De las comunidades de San Vicente y Brito obtenidas en el Centro de Salud y Municipalidad de Guanagazapa, Escuintla de julio de 1998 a junio del 2000.

Escala de Medición: Nominal

Unidad de medida: tasas.

6- INSTRUMENTO DE RECOLECCION Y MEDICION DE LAS VARIABLES O DATOS:

Se utilizó una boleta de recolección de datos compuesta de la siguiente manera:

A-Datos Generales: esto incluye el nombre del niño, la edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, peso y talla

B-Adecuación Nutricional: esto incluye las dos medidas antropométricas P/T y T/E.

C- Registro de morbilidad y mortalidad

7- EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

- 1- Solicitud a las autoridades de las comunidades de San Vicente y Brito para la realización del estudio.
- 2- Recolección de datos generales a través de la encuesta a los niños menores de 5 años de las comunidades de San Vicente y Brito.
- 3- Medición y peso de todos los niños menores de 5 años que cumplan con los criterios de inclusión en ambas comunidades.
- 4- Recolección de datos de morbilidad y mortalidad de los niños menores de 5 años de ambas comunidades, a través de los registros del Centro de Salud y la municipalidad de Guanagazapa, Escuintla.
- 5- Realización de adecuaciones para clasificar el estado nutricional de los niños de ambas comunidades.
- 6- Tabulación de datos obtenidos de las comunidades de San Vicente y Brito.
- 7- Elaboración de cuadros y gráficas que registren los datos obtenidos de ambas comunidades.
- 8- Análisis e interpretación de datos.
- 9- Presentación de resultados a las autoridades de la comunidad, así como a la unidad de tesis para su aprobación.
- 10- Impresión de tesis.

8- ANALISIS ESTADISTICOS:

- Frecuencia y porcentaje.

9- ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

Se obtuvo autorización de las autoridades de ambas comunidades y de los padres de los niños que formaron parte del estudio, previa explicación de los objetivos del mismo.

B- RECURSOS

1- Humanos:

- Niños menores de 5 años de ambas comunidades de estudio
- Informantes claves
- Promotores de salud
- Lideres comunitarios

2- Materiales

- Balanza pediátrica
- Balanza de resorte y de palanca
- Revisión bibliográfica obtenidos en los diferentes centros:
 - Universidad de San Carlos de Guatemala
 - CCPP
 - UNICEF(Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia)
 - INCAP(Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá)
 - SEGEPLAN(Secretaria de Planificación Nacional)
 - PNUD(Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo)
 - CADECO(Capacitación y Desarrollo Comunitario)
 - OPS/OMS(Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud)
- Tallímetro e infantómetro
- Computadora
- Lápiz y papel
- Físico:
 - Centro de Salud de Guanagazapa
 - Clínica comunitario de San Vicente
 - Puesto de Salud de Brito

3- ECONOMICOS:

Transporte:	Q	600.00
Fotocopias	Q	300.00
Impresión	Q	2000.00
Material de computo	Q	300.00
	Q	<u>3200.00</u>

VII- PRESENTACIÓN, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS Y NO
RETORNADOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y
BRITO DE JULIO DE 1998 A JUNIO DEL 2000**

CUADRO 1

NUMERO Y SEXO DE LOS NIÑOS POR COMUNIDAD

COMU- NIDAD:	MASC.		FEM.		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
BRITO.	65	48.5	69	51.5	134	100
SAN VICENTE.	27	52.9	24	47.1	51	100

FUENTE: CENTRO DE SALUD.

ANALISIS:

En la comunidad de Brito (no retornados) hay 2.4 niños por familia (320/134) y en la comunidad de San Vicente (retornados) 1.5 niños por familia (75/51). Llama la atención que en la comunidad de no retornados probablemente existe mayor control de natalidad con relación a la otra comunidad, posiblemente por la información que recibieron en México. En Guatemala la tasa de natalidad es elevada por la misma escasez de programas del Ministerio de Salud Pública (20).

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS Y NO
RETORNADOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y
BRITO DE JULIO DE 1998 A JUNIO DEL 2000**

CUADRO 2

FRECUENCIA DE LA MORBILIDAD EN LA COMUNIDAD DE
BRITO

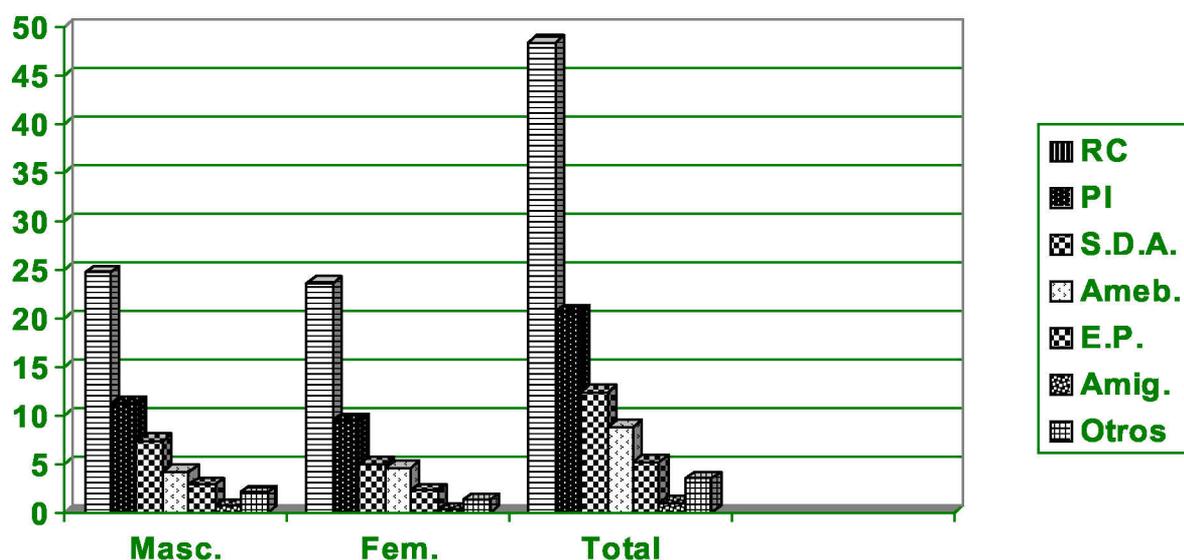
MORBI- LIDAD	Masc.	%	Fem.	%	TOTAL	%
Resfriado Común (RC)	277	24.8	264	23.6	541	48.4
Parasitismo (PI)	125	11.2	106	9.5	231	20.7
S.D.A.*	83	7.4	56	5	139	12.4
Amebiasis (Ameb)	47	4.2	52	4.6	99	8.8
Enfermedad de piel (E.P.)	33	2.9	25	2.3	58	5.2
Amigdalitis (Amig)	8	0.7	3	0.3	11	1.0
Otros	24	2.1	15	1.3	39	3.5
				TOTAL	1118	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

*Síndrome Diarreico Agudo

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS Y NO
RETORNADOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y
BRITO DE JULIO DE 1998 A JUNIO DEL 2000**

GRAFICA No 2



Fuente: CUADRO No 2

ANALISIS:

El cuadro 2 presenta el número de consultas que los 134 niños menores de 5 años de la comunidad de Brito originaron durante los últimos 22 meses. Sé evidencia que la frecuencia de consulta por niño es de 9 en los niños (597casos/65 niños) y 7 (521 casos/69 niñas) en las niñas y promediando entre niño y niña, 8 consulta/niño (1118/134) similar a lo reportado por la OPS, que indica que en Guatemala un niño consulta de 4 a 6 veces por año(16). Este resultado se atribuye a que la comunidad cuenta con un centro de convergencia que es atendido por una enfermera auxiliar y un médico que atiende por lo menos 1 vez por mes según políticas del SIAS. En orden de frecuencia las Infecciones del Tracto Respiratorio fueron las que alcanzaron un alto porcentaje en ambos sexos, similar al reporte a nivel nacional que es la primera causa de enfermedad en este grupo de edad (20).

Seguidamente encontramos las Infecciones del Sistema Gastrointestinal alcanzando un 42 % del total de los casos. Si bien en el cuadro se presentan separadamente el P.I., SDA y Amebiasis, estas son entidades clínicas que afectan básicamente el mismo sistema y su causa esta relacionada a los mismos factores de riesgo (mala higiene, agua contaminada hacinamiento etc.). El sexo masculino es el mas afectado. Siendo el Parasitismo Intestinal la causa mas frecuente con 20.7 % afectando mas a los varones. Las dos entidades clínicas mencionadas anteriormente son las mismas reportadas en el ámbito nacional a diferencia que no existe similitud de sexo (20)

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS Y NO
RETORNADOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y
BRITO DE JULIO DE 1998 A JUNIO DEL 2000**

CUADRO 3

FRECUENCIA DE LA MORBILIDAD DE LA COMUNIDAD DE
SAN VICENTE

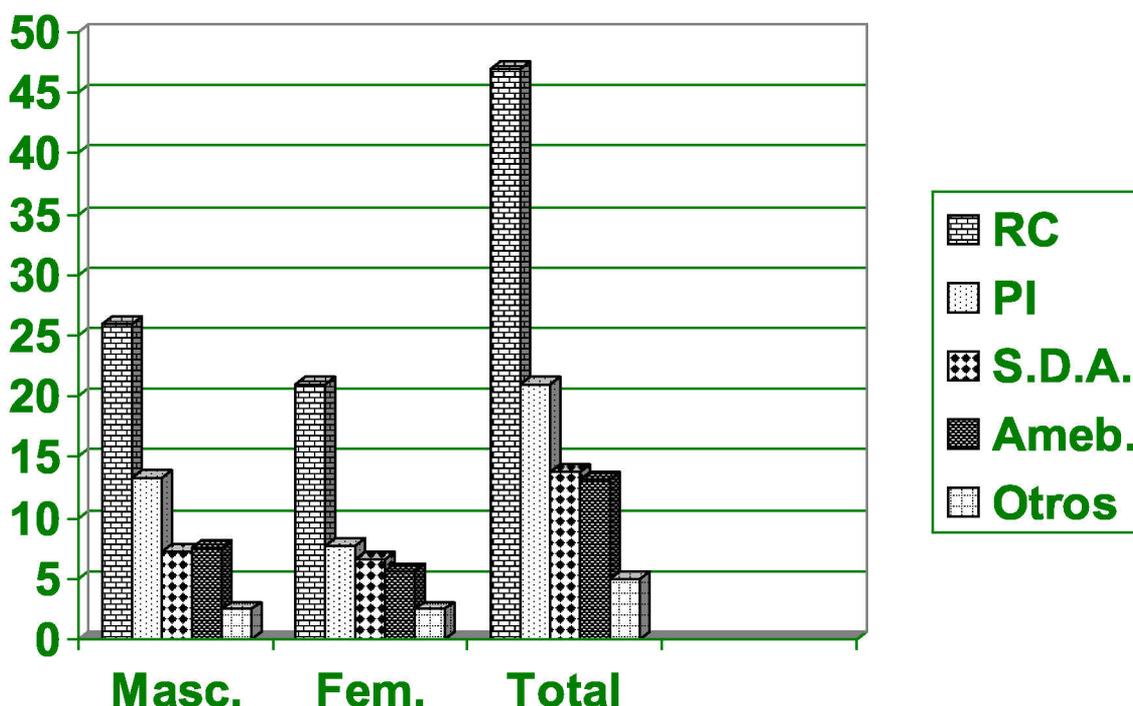
MORBI- LIDAD	Masc.	%	Fem.	%	TOTAL	%	
Resfriado Común (RC)	51	26	41	21	92	47	
Parasitismo Intestinal (PI)	26	13.3	15	7.7	41	21	
S.D.A. *	14	7.2	13	6.6	27	13.8	
Amebiasis (Ameb)	15	7.6	11	5.6	26	13.2	
Otros	5	2.5	5	2.5	10	5.0	
					TO TA L	196	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

* Síndrome Diarreico Agudo

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS Y NO
RETORNADOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y
BRITO DE JULIO DE 1998 A JUNIO DEL 2000**

GRAFICA No 3



FUENTE: CUADRO No 3

ANALISIS: El cuadro 3 presenta el número de consultas que los 51 niños menores de 5 años de la comunidad de San Vicente (retornados) originaron durante los 22 meses evaluados. Se evidencia que la frecuencia de consulta por niño y niña es de 4 (111 casos/27 niños) y 3 (85 casos/24 niñas) respectivamente, promediando entre niño y niña 4 (196 casos/51 niños). En esta población se encuentra diferencia a lo reportado por la OPS (4 a 6 consultas por año), atribuyéndose a que esta comunidad recibe atención medica como mínimo de 1 a 2 veces por mes como lo establecido en la política del SIAS.

En cuanto a la morbilidad las Infecciones del Tracto Respiratorio alcanzaron un porcentaje elevado sin diferencia entre sexos. Al englobar las patologías del Sistema Gastrointestinal (P.I, SDA, Amebiasis) alcanzaron un 48% de todos los casos reportados, de éstos sobresale el Parasitismo Intestinal con un 21%, afectando en su mayoría al sexo masculino coincidiendo estos resultados con lo reportado a nivel nacional(20). Se atribuye estos resultados a los factores de riesgo que están expuestos como la mala higiene, agua contaminada, hacinamiento etc.

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS Y NO
RETORNADOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y
BRITO DE JULIO DE 1998 A JUNIO DEL 2000**

CUADRO 4

NUMERO Y SEXO DE LOS NIÑOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO.

COMU- NIDAD:	MASC.		FEM.		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
BRITO.	34	52.3	31	47.7	65	100
SAN VICENTE.	27	52.9	24	47.1	51	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

ANALISIS: El cuadro número 4 presenta la población de niños menores de 5 años de las comunidades de Brito y San Vicente Guanagazapa Escuintla a quienes se evaluó el estado nutricional. En la comunidad de San Vicente se evaluó el 100% de los niños (51), mientras que en la población de Brito se evaluó solo el 48.5 % (134) del total de los niños menores de 5 años, debido que al momento de realizar el estudio las madres no aceptaron el procedimiento.

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS Y NO
RETORNADOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y
BRITO DE JULIO DE 1998 A JUNIO DEL 2000**

CUADRO 5

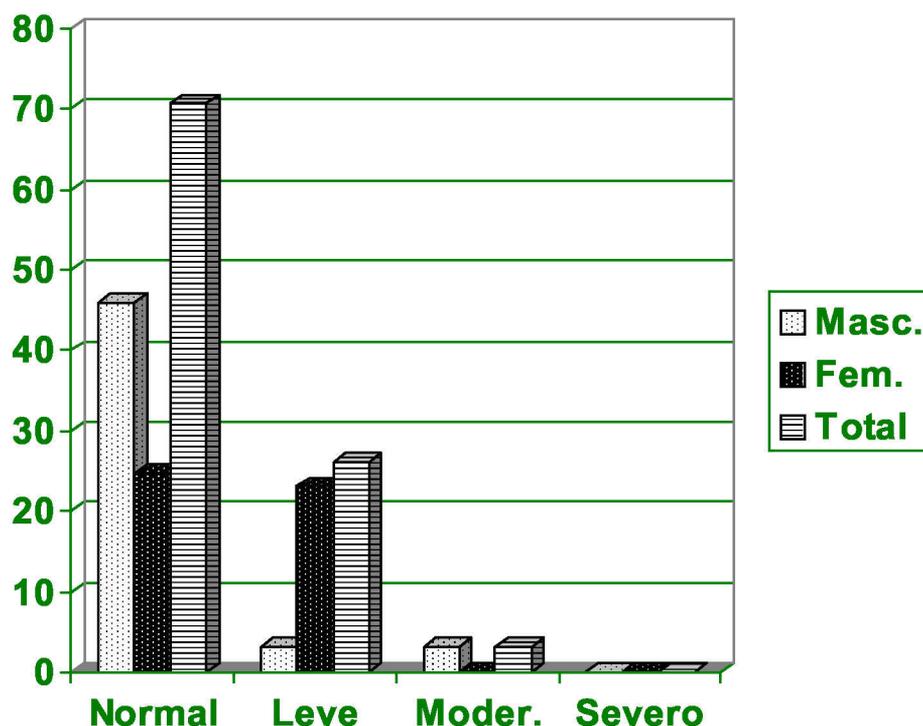
PESO/TALLA. COMUNIDAD DE BRITO

GRADO DE DESNU- TRICION	MASC.	%	FEM.	%	TOTAL	%
NORMAL	30	46	16	24.5	46	70.7
LEVE	2	3.1	15	23.1	17	26.2
MODERADO	2	3.1	0	0	2	3.1
SEVERO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	34	52	31	48	65	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS Y NO
RETORNADOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y
BRITO DE JULIO DE 1998 A JUNIO DEL 2000**

GRAFICA No 5



FUENTE: CUADRO No 5

ANALISIS:

El cuadro y la gráfica demuestran que la población femenina se encuentra en peores condiciones nutricionales, alcanzando un porcentaje elevado, posiblemente se relacione el trato cultural de los padres como de la misma sociedad, ya que la mujer continua siendo aislada y marginada recibiendo escasa educación y poca atención en el cuidado de su salud. Estos resultados coinciden con los datos de desnutrición aguda a nivel nacional afectando a la población femenina (11,20). La nutrición en Guatemala esta estrechamente relacionada con el nivel cultural, la educación, grupo étnico y estado socioeconómico de las familias.

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS Y NO
RETORNADOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y
BRITO DE JULIO DE 1998 A JUNIO DEL 2000**

CUADRO 6

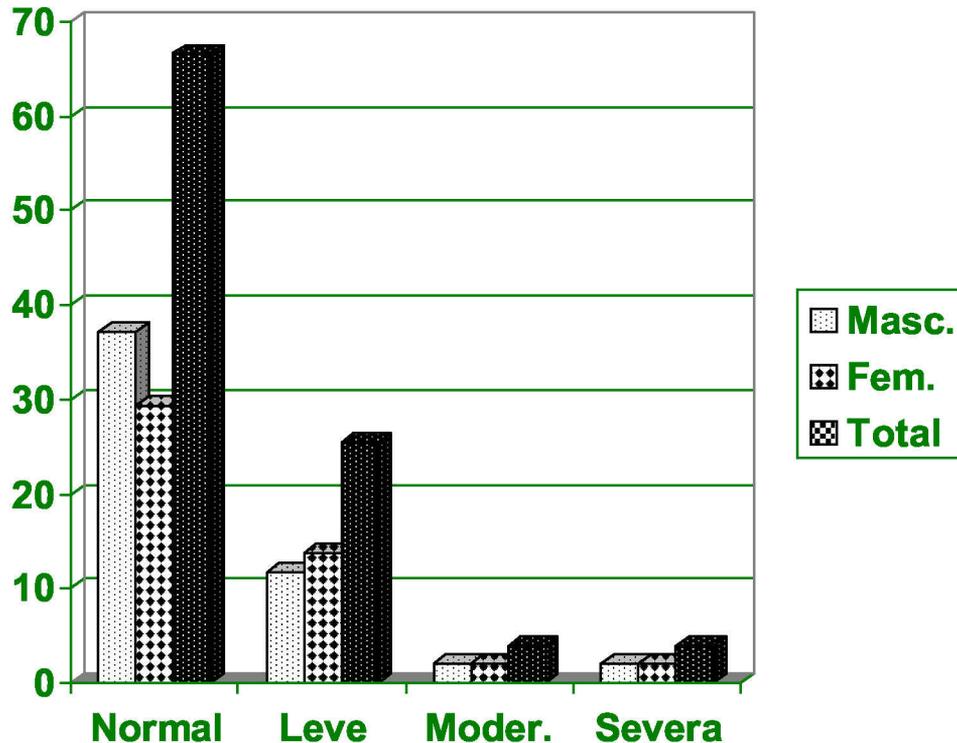
PESO/TALLA. COMUNIDAD DE SAN VICENTE

GRADO DE DESNU- TRICION	MASC.	%	FEM.	%	TOTAL	%
NORMAL	19	37.2	15	29.4	34	66.6
LEVE	6	11.8	7	13.7	13	25.5
MODERADO	1	2	1	2	2	4
SEVERO	1	2	1	2	2	4
TOTAL	27	52.9	24	47.1	51	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS Y NO
RETORNADOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y
BRITO DE JULIO DE 1998 A JUNIO DEL 2000**

GRAFICA No 6



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

ANALISIS: En esta población no se evidencia una marcada diferencia de desnutrición en ambos sexos. Existe similitud con los datos obtenidos en la población anterior, sin embargo, al comparar el estado nutricional de la población femenina de este grupo con el de no retornados vemos diferencia,

posiblemente por la educación que recibieron los padres en el refugio en donde se incluían temas de igualdad y equidad de genero. Los datos revelan desnutrición moderada a severa en ambos sexos no encontrando en la población de no retornados, lo que refleja la poca disponibilidad de los servicios de salud, escasa educación, desempleo, infraestructura inapropiada y una baja disponibilidad de alimentos lo que repercute en la nutrición y en la salud-enfermedad de las comunidades.

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS Y NO
RETORNADOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y
BRITO DE JULIO DE 1998 A JUNIO DEL 2000**

CUADRO 7

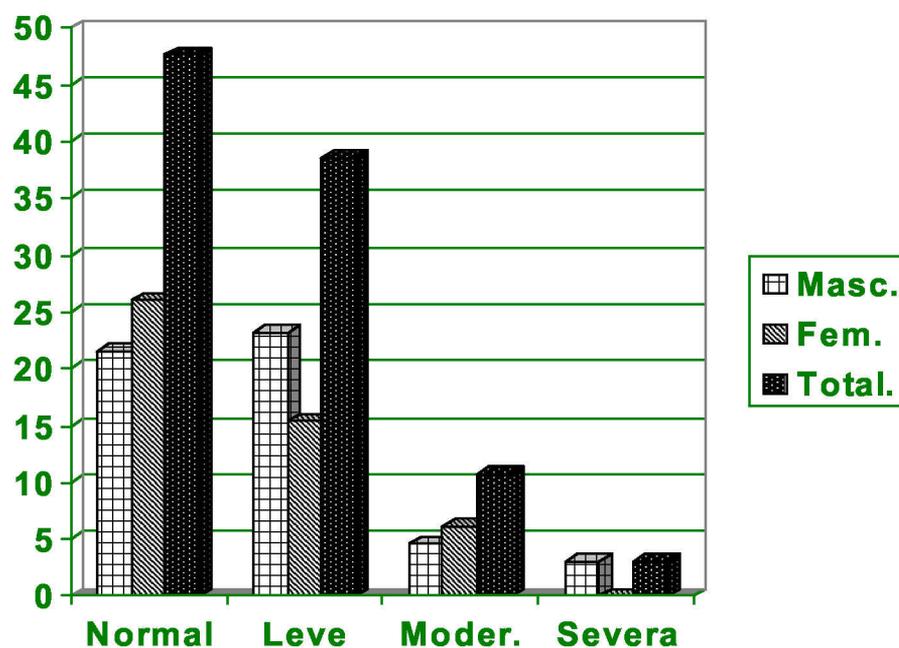
TALLA/EDAD. COMUNIDAD DE BRITO

GRADO	MASC.	%	FEM.	%	TOTAL	%
NORMAL	14	21.5	17	26	31	47.6
LEVE	15	23.1	10	15.4	25	38.5
MODERADO	3	4.6	4	6.2	7	10.8
SEVERO	2	3.1	0	0	2	3.1
TOTAL	34	52.3	31	47.7	65	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS Y NO
RETORNADOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y
BRITO DE JULIO DE 1998 A JUNIO DEL 2000**

GRAFICA No 7



FUENTE: CUADRO No 7

ANALISIS: Este indicador que evalúa antecedentes de desnutrición o retardo en el crecimiento presenta resultados similares del resto de los niños menores de cinco años en Guatemala (11). Se reporta que no existe diferencia significativa de desnutrición en ambos sexos a nivel nacional, sin embargo en esta comunidad los mas afectados fueron los niños presentando casos con desnutrición severa. La economía del hogar, el desempleo, la escasa educación de los progenitores y la poca disponibilidad de los servicios de salud contribuyen al deterioro de la nutrición de los niños.

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS Y NO
RETORNADOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y
BRITO DE JULIO DE 1998 A JUNIO DEL 2000**

CUADRO 8

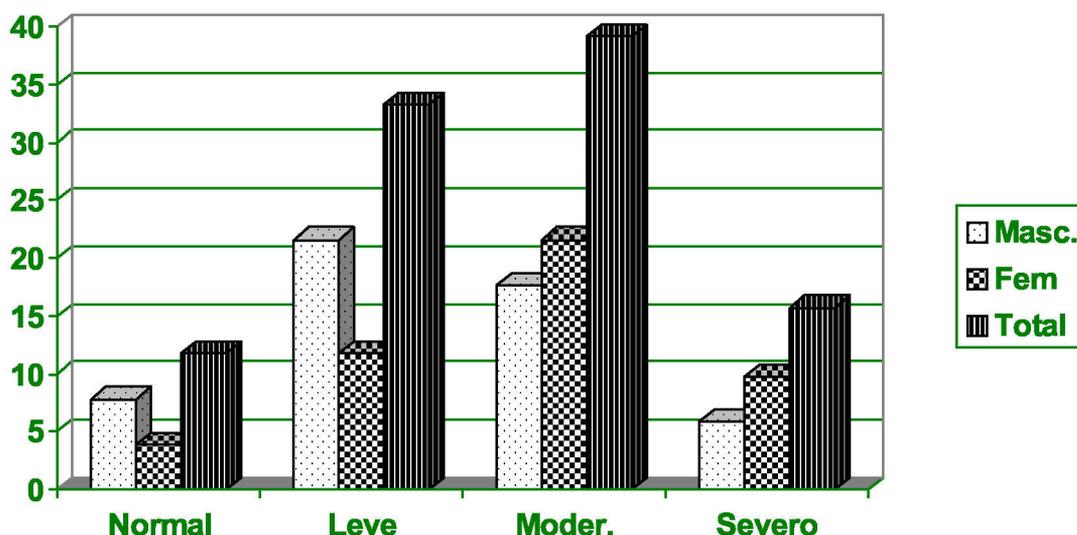
TALLA/EDAD. COMUNIDAD DE SAN VICENTE

GRADO DE DESNU- TRICION	MASC.	%	FEM.	%	TOTAL	%
NORMAL	4	7.8	2	3.9	6	11.8
LEVE	11	21.6	6	11.8	17	33.3
MODERADO	9	17.6	11	21.6	20	39.2
SEVERO	3	5.9	5	9.8	8	15.7
TOTAL	27	52.9	24	47.1	51	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS Y NO
RETORNADOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y
BRITO DE JULIO DE 1998 A JUNIO DEL 2000**

GRAFICA No 8



FUENTE: CUADRO No 8

ANALISIS: Los datos obtenidos en la comunidad de retornados duplican los resultados de los niños desnutridos menores de 5 años en Guatemala (46%)(11), siendo las niñas las mas afectadas. La comunidad de San Vicente, una población indígena, se encuentra en peores condiciones nutricionales respecto a la comunidad de Brito, ya que se reportan casos de desnutrición moderada a severa. Según el Informe sobre Desarrollo Humano las poblaciones indígenas son mas propensas a desnutrirse que las poblaciones no indígenas, aunque allí mismo se señala que estos problemas son de origen rural y no étnico.

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS Y NO
RETORNADOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y
BRITO DE JULIO DE 1998 A JUNIO DEL 2000**

CUADRO 9

MORTALIDAD DE LA COMUNIDAD DE BRITO

CAUSA	SEXO				TOTAL	
	M	%	F	%	N	%
S.D.A.	1	0.7	1	0.7	2	1.5
CAUSA DESC.	1	0.7	0	0.7	1	0.7
TOTAL	2	1.5	1	0.7	3	2.2

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

ANALISIS: Se evidencian resultados similares a nivel nacional en donde se reporta que las primeras causas de mortalidad son las enfermedades respiratorias y las diarreicas. Lo que se puede atribuir a que existe escasa educación en salud, poca disponibilidad de alimentos y limitados servicios de salud especialmente en el área rural que contribuyen al deterioro de la salud de los niños y a la muerte.

**SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS Y NO
RETORNADOS DE LAS COMUNIDADES DE SAN VICENTE Y
BRITO DE JULIO DE 1998 A JUNIO DEL 2000**

CUADRO 10

MORTALIDAD DE LA COMUNIDAD DE SAN VICENTE

CAUSA	SEXO				TOTAL	
	M	%	F	%	N	%
S.D.A.	0	0	1	2	1	2
CAUSA DESC.	1	2	0	0	1	2
HIDROCEFA LIA	1	2	0	0	1	2
TOTAL	2	4	1	2	3	6

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

ANALISIS: Se evidencia diferencia con relación a la comunidad de Brito, sin embargo, siguen siendo las mismas causas como se reportan a nivel nacional, las enfermedades respiratorias y las diarreicas (20). Estos resultados reflejan el abandono e incumplimiento de los compromisos suscritos en los Acuerdos de Paz por el gobierno y las instituciones encargadas de velar por estas comunidades.

VIII- CONCLUSIONES

- 1- La condición de salud de los niños menores de cinco años de la San Vicente (retornados), se encuentra más afectada que la de los niños de la comunidad de Brito (no retornados).
- 2- Las acciones de salud, que desarrolla el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en la comunidad de San Vicente no cumplen con lo establecido en los Acuerdos de Paz, de aumentar la cobertura de atención.
- 3- Después de 22 meses de haber retornado la situación de salud de los niños de san Vicente, refleja la falta de organización de la comunidad para reclamar ante las autoridades el cumplimiento de los Acuerdos de Paz y alcanzar de esta forma su bienestar social.
- 4- La participación de las ONGs en la comunidad de San Vicente para mejorar las condiciones sociales y económicas no ha tenido el impacto esperado.

IX- RECOMENDACIONES

- 1- Las actuales autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deben realizar análisis como éste, para evaluar el grado de cumplimiento de los Acuerdos de Paz y planificar las acciones correctivas cuando sea necesario.

- 2- Las comunidades, especialmente las de población retornada deben fortalecer su organización local, para poder así demandar a las instancias correspondientes el cumplimiento de los acuerdos y para gestionar ante el gobierno la implementación de servicios básicos de infraestructura, vivienda y servicios.

- 3- Las Organizaciones No Gubernamentales deben reevaluar sus programas y reorientarlos hacia la atención de los problemas que se van presentando en las comunidades.

X- RESUMEN

El presente trabajo realizado, es un estudio de tipo descriptivo que determina la situación de salud de niños menores de 5 años de las comunidades de Brito (retornados) y de San Vicente (retornados), evaluando la frecuencia de la morbilidad, el estado nutricional y la tasa de mortalidad durante de julio de 1998 a junio del 2000.

La frecuencia de la morbilidad y la mortalidad fue evaluada a través de los registros de SIGSA 3 y 6, respectivamente, del Ministerio de Salud Pública, posteriormente se realizó un análisis comparativo. Para la evaluación del estado nutricional se utilizaron los índices antropométricos de Peso para la Talla y Talla para la Edad, lo cual fue posteriormente comparado con las tablas de la NCHS

Los resultados revelaron, que la comunidad de retornados carece de servicios básicos de salud, y un creciente deterioro de la salud de los niños. Entre las patologías más relevantes encontramos las del sistema respiratorio y las gastrointestinales afectando en la mayoría de los casos al sexo masculino en ambas comunidades.

Se demostró que en la comunidad de San Vicente prácticamente no existen servicios de salud, y existe alta mortalidad con relación a la otra población, el 33.5% de los niños presentan estado nutricional debajo de lo normal con casos de desnutrición severa con relación a la comunidad de no retornados según el indicador Peso para la Talla y con el 88.2% con retraso en el crecimiento.

Finalmente se recomendó que se debe de crear programas eficientes de salud, proyectos de desarrollo, educación, etc. encaminados a mejorar las condiciones de vida de ambas poblaciones.

XI-BIBLIOGRAFIA

- 1- Cabrera Rolando, Arlena D. Cifuentes. El Proceso de Negociaciones de Paz Guatemala 1997 pp 59-70
- 2- CADECO. Proyecto de Salud Comunitaria de Retornados Durante 1998
Escuintla, Guatemala 1999 pp 1-3
- 3- Camacho N. Carlos, Carla S. Aguilar. Memoria de la Esperanza
Publicaciones de CEAR. Guatemala 1997 pp IX-X, 24-25, 51-65, 85-99,155-158.
- 4- CEAR. Sistema Nacional de Información sobre Población Desplazada
Septiembre de 1995 pp 1-2
- 5- COPREDEH. Acuerdos de Paz, Acuerdos Sustantivos.
Guatemala Noviembre de 1998 pp11-20,49-53, 60-62
- 6- COPREDEH., FONAPAZ. Los Acuerdos de Paz
Presidencia de la República. Vol. I Marzo de 1997 pp 5-35
- 7- CIESAR, UNFRA. Fundamentos de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud Tema IV, Guatemala 1998 pp 15- 30
- 8- IGSS, Clínica de Riesgo Nutricional y Servicios de Nutrición Pediátrica.
Guía y Manejo del Niño con Desnutrición Proteica-Calórica. Guatemala 1997 pp 1-3

- 9- Maldonado Martínez, Isabel Cristina. Relación del Estado Nutricional y Ajuste Emocional de los Niños Retornados y no retornados. Tesis Mayo y Julio de 1998 (Medico y Cirujano). Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas Guatemala de 1998 pp 70
- 10- Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación, ACNUR. Diagnóstico Rural Participativo y Análisis de Género de La Comunidad de San Vicente el Baúl. INAB Volumen II, febrero de 1999 pp 13
- 11- Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno-infantil 1998-1999. Guatemala de 1999 pp 85-117
- 12- MINUGUA. Cuarto Informe Sobre la Verificación de los Acuerdos de Paz Guatemala, 1999 pp 51-62
- 13- Nelson. Tratado de Pediatría. Interamericana Mcgraw Hill. Décimo Quinta edición Vol. I pp 173-187
- 14- Nestle. Nutrición y Salud. Impreso en Suiza, Diciembre de 1997 pp. 4
- 15- Nestle Nutrición. Hacia una Mejor Nutrición en el Siglo XXI. Impreso en Suiza 1993 Pp 8-20
- 16- Organización Panamericana de la Salud. Atención del Niño con Infección Respiratoria aguda, Serie PALTEX No 21 1995 pp 1-2
- 17- PNUD. Informe Sobre Desarrollo Humano. Edición 1998. Guatemala 1998 pp 38
- 18- Presidencia de la República. Cuarto Informe de Gobierno Guatemala 1999 pp 51-61
- 19- Programa Mundial de Alimentos. Informe Anual 1998. Impreso en Italia 1998 Pp 3

- 20- Sistema de las Naciones Unidas. Guatemala: El Rostro Rural del Desarrollo Humano Edición 1999
- 21- Waterlow, J.C. Malnutricion Proteico Energética.
Washington D. C. OMS/OPS Publicación numero 555 Pp 266
- 22- Ziegler, Ekhard y L.J. Filer Jr. Conocimientos Actuales Sobre Nutrición,
OPS. Séptima edición, 1997 pp 3-5

XII- ANEXOS

ANEXO No 1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS: Grupo A:
COMUNIDAD: SAN VICENTE

Responsable: Jorge Mario Pérez Equilá

TEMA: SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS
Y NO RETORNADOS

A-DATOS GENERALES

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Peso: _____

Talla: _____

B-INDICADORES NUTRICIONALES:

Peso/Talla: _____ Talla/Edad: _____

ANEXO No 2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS: Grupo B:
COMUNIDAD: BRITO

Responsable: Jorge Mario Pérez Equilá

TEMA: SITUACION DE SALUD DE NIÑOS RETORNADOS
Y NO RETORNADOS

A-DATOS GENERALES

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Peso: _____

Talla: _____

B-INDICADORES NUTRICIONALES:

Peso/Talla: _____ Talla/Edad: _____

