

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**“LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN LA PREVENCION DE LA MORBILIDAD
Y MORTALIDAD INFANTIL DE LA COMUNIDAD DE CHONOXTE DEL MUNICIPIO
DE SAN MARTIN JILOTEPEQUE DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO”**

TESIS

Presentada a la Dirección de la
Escuela de Trabajo Social de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR
BRENDA PATRICIA CATALAN REVOLORIO

Previo a conferírsele el título de

TRABAJADORA SOCIAL

En el grado académico de

LICENCIADA

Guatemala, Octubre de 2006

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR	Lic. Carlos Estuardo Gálvez Barrios
SECRETARIO	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTORA	Licda. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda
SECRETARIA	Licda. Carolina de la Rosa de Martínez

CONSEJO DIRECTIVO

REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciada	Alma Lilian Rodríguez Tello
Licenciado	Edwin Gerardo Velásquez

REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES

Licenciado	Rómulo Teodoro Rojas Ajquí
------------	----------------------------

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Estudiante	Isabel del Carmen Santos Chinchilla
Estudiante	Mario Rolando Rojas Pérez

TRIBUNAL EXAMINADOR

Directora	Licda. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda
Secretaria	Licda. Carolina de la Rosa de Martínez
Coordinadora IIETS	Licda. María del Carmen Galicia Guillén
Tutor – Revisor	MSc. Carlos F. Noriega Castillo
Coordinadora Área de Formación Profesional Específica	Mtra. Ada Priscila Del Cid

“Los autores serán los responsables de las
opiniones y criterios expresados en sus obras”.

Artículo 11 del Reglamento del Consejo Editorial de
La Universidad de San Carlos de Guatemala.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y LA VIRGENCITA DE LA MEDALLITA MILAGROSA

Les agradezco Padres Celestiales por haberme dado la oportunidad de vivir este momento por ser la luz en los momentos de debilidad, darme la oportunidad de alcanzar esta meta.

A MIS PADRES

Instrumentos utilizados por DIOS para darme la oportunidad de ver la luz en este mundo por su amor y apoyo, especialmente a mi padre Juan José Catalán Muralles por quien luché por esta meta le agradezco de todo corazón su sacrificio, esfuerzo, comprensión, apoyo moral y económico que esta meta sea una satisfacción en su vida.

A MIS HERMANOS

Pablo, Maco, Ángela, Roberto, Carmen Raquel, Adolfo y Amarilis a quienes agradezco todos los momentos de felicidad en el transcurso de nuestra vida, solo espero que nuestra madre espiritual nos siga guiando con todo su amor.

A MIS SOBRINOS Y SOBRINA

Andreita, José y Javier, que esta meta sea un ejemplo en su futuro.

CON ESPECIAL APRECIO Y AMOR

A mi novio Aníbal Duarte por todo su cariño y apoyo a quien le agradezco ser parte de mi vida.

A MIS COMPAÑERAS Y AMIGAS DE ESTUDIO

Ingrid Polanco, Mayté Toño, Noemí López y Karina Velásquez, gracias por compartir esfuerzos que ahora se convierten en triunfo para mí. Les deseo éxitos en su vida profesional.

TESIS QUE DEDICO

A LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

Con admiración ya que fue para mí un hogar de formación profesional gracias a cada uno de sus catedráticos quienes siempre estarán presentes en mi mente y corazón.

A MI TUTOR – REVISOR

MSc. Carlos F. Noriega Castillo, por su orientación profesional en el proceso de elaboración de tesis con respeto y admiración por considerarlo como un ejemplo profesional a seguir.

A LA ASOCIACION INTERVIDA GUATEMALA

Por el apoyo brindado en el desarrollo de mi tesis y por darme la oportunidad de ejercer mi profesión, con especial cariño al Equipo Materno Infantil.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	i
CAPITULO 1	
ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL	
1.1 Morbilidad y Mortalidad Infantil	1
CAPITULO 2	
NINEZ Y FAMILIA	
2.1 Discriminación de la Niñez	7
2.2 Exclusión de la Niñez	8
2.3 Niveles de Enfermedades Respiratorias, Gastrointestinales y Desnutrición en la Niñez Guatemala	12
CAPITULO 3	
PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO.	
3.1 Aspectos Introductorios	18
3.2 Presentación e Interpretación de Resultados	22
3.2.1 Aspectos Generales de la Investigación de Campo	22
3.2.2 Aspectos Particulares de la Investigación de Campo	26
CAPITULO 4	
PROPUESTA METODOLOGICA DEL TRABAJO SOCIAL Y LA PARTICIPACION COMUNITARIA PARA CONTRARRESTAR LOS NIVELES DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD INFANTIL EN EL CASERIO CHONOXTE	
4.1 Justificación	35

4.2 Estrategia de Intervención	38
4.3 Metodología	39
4.4 Cronograma	40
4.5 Presupuesto	40
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFIA	43

INTRODUCCION

Se considera que Guatemala es un país con gran riqueza natural, pluricultural y multilingüe, pero la realidad que enfrentamos día a día en nuestra sociedad se observa de manera ascendente cuando nos referimos a la condición de salud, provocada por la pobreza, que es considerada como el problema que enfrentan las familias tanto en el área urbana como en el área rural, quienes se encuentran actualmente sin contar con oportunidades de mejorar la condición de vida producto del incumplimiento y violación de los derechos humanos. Es importante mencionar que la salud es el estado físico y emocional en la que se encuentra la persona.

En la presente investigación se hace referencia especialmente al niño o a la niña que es víctima de las enfermedades gastrointestinales, respiratorias y de desnutrición lo que provoca la morbilidad y mortalidad infantil considerando que los factores generadores de esta realidad es la falta de empleo, educación y servicios básicos.

Se considera importante conocer la morbilidad y mortalidad infantil como punto de investigación ya que Guatemala es parte de la problemática social que se vive en América Latina, la que genera altos índices de muertes infantiles que contiene esta investigación.

En el documento se dan a conocer las causas de morbilidad y mortalidad infantil conocidas como la mala nutrición, saneamiento ambiental, infecciones respiratorias y gastrointestinales provocadas por la pobreza, analfabetismo y el desempleo.

Es importante tomar en cuenta el tema de estudio como parte del ámbito del Trabajo Social que en esta ocasión, puesto que le corresponde a este profesional intervenir en las comunidades para promover el desarrollo integral a través de la planificación, ejecución y evaluación de proyectos de desarrollo.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL

A continuación se darán a conocer de manera general aspectos relacionados con la morbilidad y mortalidad infantil, considerando que es importante que el lector identifique y conozca aspectos relacionados con el objeto de estudio de esta investigación

1.1 Morbilidad y Mortalidad Infantil

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con otras organizaciones ha trabajado en años anteriores “la encuesta de salud materno infantil, para el año 2002 se obtuvo la información sobre la historia de cada uno de los nacimientos, en el caso de los nacidos vivos que fallecieron se tomaba en cuenta la unidad de tiempo, en días, meses o años. Las tasas de mortalidad infantil en las Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil son calculadas de acuerdo a los procedimientos estándar del llamado método directo de estimación para la construcción de tablas de mortalidad a partir de la historia de nacimientos y defunciones, información que proviene de las mujeres entrevistadas en edad reproductiva y que declararon nacidos vivos”¹.

Según la Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil (ENSMI), para los años 1997, 2002 se estima en 39 por mil nacidos vivos, siendo menor a la tasa de los años 1992-1997 que fue de 48, los resultados muestran que la magnitud del descenso entre ambos quinquenios fue mayor en el área urbana comparada con el área rural,

¹ Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil 2002, Informe Resumido, MSPAS, INE, UVG, CDC, USAID, ASDI, PNUD, UNICEF, FNUAP, POLICY II, CARE, Guatemala, Pág. 24

ya que en el área rural mueren 53 de cada mil nacidos antes de cumplir su primer año de vida, por lo que se puede comparar que la tasa de mortalidad en la niñez fue de 53 para los años 1997-2002 comparado con 65 para los años 1992-1997. Por lo que podemos decir que el comportamiento de la mortalidad en los primeros cinco años en cuanto a disminución es diferente a la tasa de mortalidad infantil, observándose un mayor descenso en el área rural que el área urbana”²

A través de la historia se conoce que uno de los factores generadores de la morbilidad y mortalidad infantil ha sido la ausencia de los servicios de salud en áreas urbanas y rurales, escasa infraestructura sanitaria básica y poca educación en salud por lo que se considera que la mayoría de los problemas necesitan de un gran trabajo a nivel local, donde realmente se vea la participación de organismos gubernamentales y no gubernamentales apoyando y facilitando la participación organizada de las comunidades en la solución de sus propios problemas; es por esto que el “Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha hecho una gran inversión en la prestación de servicios por medio de una red de establecimientos de salud, utilizando la estrategia de prestación de servicios desde los centros y puestos de salud. En los últimos años ha variado su estrategia con la Extensión de Cobertura en Servicios de Salud en el Primer Nivel de Atención, por medio de la coordinación con ONG’S que realizan el trabajo operativo a nivel local desarrollando proyectos enfocados a la salud infantil con mayor presencia en el área rural donde se brinda la atención obstétrica, pediátrica, saneamiento del medio, seguridad alimentaria entre otros, pero los resultados no han sido satisfactorios y los problemas de salud continúan en el país, siendo los de mayor gravedad, la morbilidad y mortalidad materna e infantil, por lo mismo Guatemala sigue siendo uno de los países de América Latina con peores indicadores de salud”³.

² Ibíd. Pág. 24

³ Matriz del Programa Salud Materno Infantil, Intervida Guatemala 2006. Pág. 1

- Uno de los factores relacionados con la morbilidad y mortalidad infantil podemos decir que es la desnutrición crónica de niños menores de cinco años “en Guatemala es el más alto de América latina (46.4 por ciento), afecta casi por igual a niños y niñas pero aumenta rápidamente con la edad desde el 26 por ciento entre los niños(as) de 6-11 meses hasta alcanzar más del 50 por ciento después de esa edad; el indicador se evidencia mucho más alto que el observado en Haití (32 por ciento); en Bolivia y Perú (26 por ciento). Dos terceras partes de los niños(as) de madres sin educación o indígenas sufren retardo en su crecimiento, el doble del nivel de desnutrición observado entre los niños ladinos. Las diferencias regionales son igualmente importantes ya que casi el 70 por ciento de los niños de la región noroccidental sufren de desnutrición crónica (39 por ciento severa) en comparación con el 29 por ciento en la región Metropolitana”⁴.

Se considera que otro de los problemas que afecta a toda la población es la contaminación ambiental, por basura, descarga de aguas servidas a nivel de superficie, uso inadecuado de plaguicidas, esta contaminación trae proliferación de vectores siendo vehículo para una serie de enfermedades. Otro elemento de amplia contaminación, es la disposición de excretas a cielo abierto, las cuales contaminan los mantos acuíferos, ríos y otros.

La suma de estos factores provoca enfermedades gastrointestinales que conducen en algunos casos a la muerte principalmente de niños menores de cinco años, problemática no afrontada adecuadamente por el gobierno central, dejando mayores responsabilidades al gobierno local, en donde las organizaciones privadas ven necesidad de apoyar.

⁴ Ibíd. Pág. 3

En la población materna de Guatemala se consideran factores negativos referente a la salud de la mujer, la pobreza, el alto grado de analfabetismo, la ruralidad y el escaso acceso a los servicios de atención médica, lo que no permite una atención oportuna a las complicaciones durante el embarazo. Como consecuencia tenemos una tasa de mortalidad a nivel nacional de 153 x 100,000 nacidos vivos, siendo la tasa más elevada a nivel de los países de Latinoamérica, el comportamiento de la muerte materna tiene indicadores más elevadas que las observadas en el promedio nacional, siendo el departamento de Sololá con 397 muertes maternas x 100,000 nacidos vivos, sigue El Quiché con 264; Totonicapán 271, San Marcos 183 muertes maternas, encontrando que en los primeros seis meses la causa más frecuente es el aborto y sus complicaciones y en el último trimestre las causas son hemorragias vaginales secundario a problemas placentarios, toxemia gravídica e infecciones. Los servicios de salud en esos departamentos son insuficientes y de poca capacidad resolutive a las complicaciones que originan la muerte materna.

“Respecto al uso de los servicios de salud, la mayor prevalencia se encontró en madres sin ningún control prenatal, observándose una reducción de los porcentajes de bajo peso conforme aumenta el número de visitas prenatales”⁵.

“Es indiscutible que la mortalidad infantil ha sido uno de los mayores problemas que vive Guatemala reflejado en la tasa de mortalidad en niños/as menores de cinco años, que es de 74 por mil nacidos vivos, siendo las principales causa las neumonías (15.99%), diarreas (17.21%) y desnutrición (4.92%)”⁶.

Las condiciones de pobreza de la mayoría de la población dentro del ámbito de

⁵ Sistema de Naciones Unidas Grupo de Seguridad Alimentaria Nutricional, Situación de la Seguridad Alimentaria y Nutricional de Guatemala, septiembre 2003, Pág. 79

⁶ Memoria anual del Ministerio de Salud, Guatemala 2004. Pág. 2

trabajo, mantienen un perfil epidemiológico de hace cincuenta años, con persistencia de enfermedades infecciosas gastrointestinales y pulmonares entre otras los niños y las niñas que viven en la pobreza se enfrentan a la privación de muchos de sus derechos, a la supervivencia, a la salud y nutrición, la educación, la participación y la protección contra los daños, la explotación y la discriminación. A nivel mundial más de 1,000 millones de niños y niñas sufren graves privaciones de por lo menos uno de los bienes y servicios esenciales que necesitan para sobrevivir, crecer y desarrollarse.

Es preciso mencionar que el “modelo de desarrollo de Guatemala ha creado insuficiencias estructurales, generando desigualdades en la distribución de la tierra (2.2% de los terratenientes tienen el 65% de la tierra útil), y en la distribución del ingreso (10% de la población capta el 44% del ingreso). Como consecuencia, el 76% de todas las familias viven actualmente bajo la línea de pobreza”⁷.

Por lo anterior se considera que la morbilidad y mortalidad infantil proviene de una secuencia de factores generadores, entre estos podemos mencionar: la pobreza, el desempleo, la guerra interna y el de mayor incidencia el factor económico ya que entre los años 1980 a 1992, ha generado una crisis de impacto entre la sociedad por la “disminución de los niveles de consumo; se desestimó la inversión y se generó un fuerte proceso inflacionario. También se agudizaron las desigualdades sociales: aumentó la concentración de la riqueza, se deterioró el poder adquisitivo, hubo devaluación monetaria, desempleo y aumento de la pobreza”⁸.

Por tales razones, debemos considerar que “todas las personas cualquiera que sea su condición económica y/o social tienen derecho a estar sanos, por varias razones,

⁷ UNICEF - SEGEPLAN, Realidad Socio Económica de Guatemala, Con Énfasis en la Situación del Niño y la Mujer, , Editorial Piedra Santa, Guatemala, 1994, Pág. 15

⁸ Ibíd. Pág. 21

pero principalmente para poderse realizar, es decir para estar en la plenitud de condiciones de ser los protagonistas de su propio destino”⁹.

Ahora bien, como un elemento relativamente importante dentro de los aspectos de la salud, especialmente en la niñez guatemalteca, se encuentra lo tipificado como Alimentación y nutrición, que indica que “el Estado velará porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos de salud. Las instituciones especializadas del Estado deberán coordinar sus acciones entre sí o con organismos internacionales dedicados a la salud, para lograr un sistema alimentario nacional efectivo”¹⁰.

Analizando lo anterior se considera que los derechos de los guatemaltecos especialmente los niños y las niñas, son excluidos a través de la historia por no contar con la atención en salud necesaria ya que en la “cobertura de los servicios de salud para 2005, se estima una población de 14.280.596 de habitantes, la que, por ley, debería ser atendida por el Ministerio de Salud Pública”¹¹.

⁹ Gehlert Mata, Carlos. Vida, Enfermedad y Muerte en Guatemala, Editorial Universitaria, Colección Monografías Vol. No. 8, de la División Editorial de la Dirección General de Extensión Universitaria Universidad de San Carlos de Guatemala, 1980. Pág. 11

¹⁰ Constitución Política de la República de Guatemala, Artículo 94, Decretada por la Asamblea Nacional Constituyente 31 de mayo de 1985, Reformada por Consulta Popular Acuerdo Legislativo 18-93, Pág. 17

¹¹ UNICEF- SEGEPLAN, Realidad Socio Económica de Guatemala, Con Énfasis en la Situación del Niño y la Mujer, Op cit. Pág. 64

CAPITULO 2

NIÑEZ Y FAMILIA

2.1. Discriminación de la Niñez

Se entiende por discriminación del niño y la niña la exclusión y desigualdad así como las “violaciones a los derechos de los niños de Guatemala que alcanzan un número considerable de rubros, entre los que se cuentan el reclutamiento militar forzoso; el maltrato, el abuso sexual y los efectos de la guerra”¹².

La situación económica de Guatemala, es un factor generador de pobreza y pobreza extrema, siendo la población más vulnerable los niños quienes a consecuencia de ella quienes a consecuencia de ella sufren necesidades y servicios esenciales para sobrevivir, crecer y desarrollarse. Millones de niños y niñas padecen graves privaciones que no les permiten su desarrollo como: agua, instalaciones de saneamiento, acceso a los servicios básicos de atención de la salud, vivienda adecuada, educación y recreación.

“La pobreza también afecta a los niños y niñas que sufren la violación de sus derechos a la seguridad y la dignidad. Todos los años, decenas de millones de niños y niñas son víctimas de la explotación, la violencia y el abuso, que les priva de su infancia y les impide alcanzar plenamente su potencial”¹³.

La falta de servicios médicos en nuestro país es un factor consecuente a la economía actual afectando esto al niño y la niña desde el momento de su

¹² Comisión, Pro convención sobre los Derechos del Niño PRODEN, Entre el olvido y la Esperanza la Niñez de Guatemala. Editorial HIGSA/GALA, Guatemala, noviembre de 1996. Pág. 19

¹³ UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2005, La Infancia Amenazada, Nueva York, USA. Pág.15

fecundación por lo que desde este momento se inicia la discriminación por no contar con la atención obstétrica necesaria según “las coberturas de primeras consultas de crecimiento y desarrollo, tanto en menores de un año, como en niños de uno o cuatro años, muestran un estancamiento para el período 1985 – 1988. Para el caso de menores de un año se pasó a nivel nacional de un 67%, en 1985, a un 64% en 1988. Para los niños de uno a cuatro años, los indicadores respectivos fueron 31% y 32%”¹⁴.

Es importante mencionar que la salud del niño y de la niña es un factor primordial especialmente en el recién nacido ya que el estado de salud al nacer de la niña o del niño es un factor determinante para su supervivencia y calidad de vida. La Investigación Interamericana de Mortalidad de la Niñez reveló que la inmadurez y la deficiencia nutricional eran causas asociadas a la alta mortalidad en menores de 1 año.

La falta de hospitales, centros y puestos de salud no son suficientes para la atención pediátrica y obstétrica por lo que el “sistema de salud no tiene aún la capacidad para asegurar un acceso universal – ni siquiera en servicios básicos – a la población. Se estima que persiste poco menos del 20% de los habitantes del país sin acceso a ningún tipo de apoyo institucional en este tema”¹⁵.

2.2 Exclusión de la Niñez

Es notorio que la mayor parte de los habitantes de Guatemala se “encuentra en

¹⁴ UNICEF-SEGEPLAN, Realidad Socioeconómica de Guatemala, Con Énfasis en la Situación del Niño y la Mujer, Op Cit. Pág. 117

¹⁵ Sistema de Naciones Unidas de Guatemala. Una Agenda para el Desarrollo Humano, Informe de Desarrollo Humano 2003, Pág. 18

situación de marginalidad como consecuencia de la crisis económica y social prevaleciente, a su interior hay diferencias sustantivas entre la población indígena y no indígena, y entre hombres y mujeres. Los indígenas y las mujeres son los grupos que tradicionalmente han sido excluidos de la estrategia de desarrollo”¹⁶.

“Considerando que Guatemala, es un país multilingüe, pluricultural y multiétnico, y que gran porcentaje de su población es descendiente de una de las 23 étnias mayas y que además existen diferencias sustantivas entre la población indígena y la no indígena y que los grupos indígenas especialmente las mujeres, han sido excluidos desde siempre, en una estrategia de desarrollo, desde el Estado y el Gobierno, es de comprenderse entonces, que un 51% de la población, siendo ésta femenina, en su mayoría indígena, no ha tenido la oportunidad de ser incluida en las estrategias de desarrollo, considerándose esta acción, como un movimiento político de exclusión social hacia la mujer, y por consecuencia hacia la niñez”¹⁷.

“Ser pobre es ya de por sí una condición de desigualdad, el ser mujer conduce a una situación de la doble exclusión. Por un lado sufre un alto grado de marginación ante los embates de la pobreza, lo cual mina las capacidades tanto físicas y psíquicas como espirituales de las personas. Por el otro, el ser mujer hace que se agreguen otras situaciones de desigualdad en una sociedad caracterizada por la violencia y el machismo. Así solamente un cuarto del total de las mujeres de edad laboral forma parte de la población económicamente activa. Además, el 12% de la población femenina desempeña la jefatura de su hogar”¹⁸.

¹⁶ Comisión Pro-Convención Sobre los Derechos del Niño –PRODEN-, Entre el Olvido y la Esperanza, La Niñez de Guatemala, Op Cit. Pág. 5

¹⁷ Polanco M. Ingrid B. Tesis, Aporte del Trabajo Social, para Contrarrestar los Niveles de desnutrición en Escolares Guatemaltecos, 2005, Pág. 25

¹⁸ Comisión Pro-Convención Sobre los Derechos del Niño –PRODEN-, Entre el Olvido y la Esperanza, La Niñez de Guatemala, Op Cit. Pág. 12

Hacer mayor relevancia a los estados y condiciones que limitan a la mujer, es importante ya que uno de sus entornos, son sus hijos y en la medida en que ella se encuentre limitada para su superación moral y económica, así se encontrarán sus hijos e hijas, especialmente ellas, ya que también son víctimas de manifestaciones de discriminación, exclusión y violencia por mencionar algunas.

“La capacidad de socialización de las familias también se ve afectada directa e indirectamente por su situación social y económica. La escasez de medios, la ineludible concentración en los problemas de la subsistencia cotidiana, la falta de una vivienda adecuada y el hacinamiento afectan directamente la nutrición, la salud, la madurez emocional y cognoscitiva de los niños y niñas guatemaltecos, la capacidad familiar para completar la labor educativa de las escuelas, e incluso para tener a los hijos en el hogar. Como efectos indirectos de esos factores, la inestabilidad de las familias pobres, en particular la ausencia o el cambio de la figura paterna, limitan aún más su capacidad de socialización”¹⁹.

Es evidente que vivir en la pobreza y pobreza extrema, genera en el ser humano, niños, niñas, mujeres como grupos vulnerables de la sociedad, efectos no solo en el aspecto físico – biológico, sino además en el aspecto emocional, espiritual y psicológico, que de alguna manera se vuelven irreversibles, y con el transcurrir de la vida, y la pérdida de la esperanza por optar a mejores condiciones de vida, la pobreza se vuelve parte normal del desarrollo enajenado del hombre y la sociedad, a menos que se tome conciencia de la realidad, y se determine la estrategia de acción, no precisamente a nivel de gobierno, sino a nivel personal, familiar y comunal, que les permita cambiar los elementos necesarios para mejorar sus condiciones generales de vida.

¹⁹ Ibíd. Pág. 40

“La situación de los niños y jóvenes menores de 19 años es alarmante, si consideramos que el 83% del total nacional comprendido en este rango de edad ha nacido y crecido en medio de la pobreza, con las consecuentes implicaciones negativas para su desarrollo físico, personal y profesional. Es significativa la relación entre pobreza, y sus secuelas si consideramos que 8 de cada 10 niños presentan algún grado de desnutrición; 6 de cada 100 niños mueren antes de cumplir un año de edad, y las 10 principales causas de muerte son de índole prevenible. Además, 60% de la población no posee agua potable, y el porcentaje de analfabetismo alcanza del 65% al 80% de la población, dependiendo del área donde radique”²⁰.

“Si el 83% de la población de niños y jóvenes menores de 19 años, ha nacido y crecido en medio de la pobreza, es necesario analizar que ese 83% de niños y jóvenes, se encuentran limitados al acceso de salud, con altos índices de desnutrición, lo que conlleva al bajo rendimiento escolar y en consecuencia a la mala o poca preparación en educación, además de otros factores colaterales que limitan su desarrollo, como lo es la falta de acceso a los servicios básicos, servicios de salud, oportunidad de recreación, etc.”²¹.

Las Naciones Unidas consideran la pobreza como una condición humana que se caracteriza por la privación continua o crónica de los recursos, la capacidad, las opciones, la seguridad y el poder necesarios para disfrutar de un nivel de vida adecuado y de otros derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales.

La pobreza incluye la privación de bienes y servicios básicos, también incluye privaciones de otros derechos humanos fundamentales como el descanso y la

²⁰ Ibid. Pág. 11

²¹ Polanco Monzón, Ingrid B. Tesis, Op Cit Pág. 28

recreación, y la protección contra la violencia y los conflictos y debido a que los niños y niñas experimentan la pobreza como un entorno que perjudica su desarrollo mental, físico, emocional y espiritual, es especialmente importante ampliar la definición de pobreza infantil más allá de conceptos tradicionales como bajos ingresos de las familias o bajos niveles de consumo.

Analizar entonces la pobreza, más allá de la forma tradicional con indicadores de bajos ingresos de las familias o bajos niveles de consumo y poder adquisitivo, implica desglosar y profundizar en cada uno de los elementos y factores que afectan a los niños y niñas tanto a nivel mundial como en Guatemala. Por lo que por implicaciones directas en esta investigación, nos referiremos especialmente al aspecto de desnutrición, poco o nulo acceso a los servicios de salud y a la salud propia enfocada de una manera integral. Para realizar un poco mas detallada esta investigación, tomaremos en base estos factores considerando que son los principales generadores de la mortalidad y morbilidad infantil.

2.3 Niveles de Enfermedades Respiratorias, Gastrointestinales y Desnutrición en la Niñez Guatemalteca

Es preciso mencionar que la morbilidad y mortalidad infantil en Guatemala se puede observar en forma paralela en el entorno de las viviendas y de las comunidades de la región noroccidental del país ya que se observa amplia contaminación ambiental y carencia del suministro de agua. “Estos dos factores contribuyen a que el nivel de enfermedades en las comunidades sea de tipo infeccioso, particularmente de origen gastrointestinal y respiratorio, según la memoria anual 2004 del Ministerio de Salud reporta que en niños menores de un año existió un 13.64% de neumonías, 12.03% de bronconeumonías no específicas y 10.43 de síndrome diarreico agudo haciendo estas tres causas un total de 36.1%. En niños de uno a cuatro años existen

problemas de síndrome diarreico agudo con 17.21%, neumonías 9.02%, bronconeumonías 6.97% y de desnutrición con 4.92% haciendo un total de 38.12%”²².

De acuerdo a los datos estadísticos anteriormente presentados podemos observar que los problemas de contaminación ambiental tienen incidencia directa en la mortalidad infantil principalmente en niños de uno a cuatro años de edad, por lo que se considera que es preciso que las autoridades e instituciones extranjeras desarrollen proyectos en prevención de las enfermedades con el fin de reducir los niveles de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y la desnutrición en la niñez guatemalteca.

“Durante los últimos 25 años de estudio el nivel de las tasas de mortalidad muestra una tendencia descendente por categorías específicas tales como: grupo étnico, sexo, lugar de residencia y nivel de educación de la madre, teniendo la tasa post-infantil una disminución de 71% y la tasa de mortalidad en la niñez un descenso de 57% en el mismo período, ambas a nivel nacional. Por otro lado, las tasas neonatal y post-neonatal sólo han descendido 48 por ciento, lo que puede atribuirse a la estrecha relación en el nivel de las mismas con las coberturas de atención del embarazo y el parto”²³.

Con relación a la desnutrición considerada como el punto de partida para el deterioro de la salud en la niñez, se puede afirmar que ella propicia mayor oportunidad para adquirir enfermedades, agravar y aumentar los altos índices de mortalidad infantil.

²² Programa Salud Materno Infantil, Intervida Guatemala, Matriz de Proyecto Saneamiento Ambiental, 2006. Pág. 1

²³ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Op Cit. Pág. 52

“La salud de los guatemaltecos está además vinculada a condiciones higiénicas inadecuadas, mala nutrición, bajo nivel educativo y, sobre todo, a un limitado acceso a los servicios de salud”²⁴.

“La categoría salud, es una categoría compleja que implica elementos directos e indirectos sobre el ser humano, se mencionan las condiciones higiénicas inadecuadas, relacionadas con la poca cultura ecológica y el medio ambiente, el mal manejo de recursos naturales y turísticos, así también se menciona la mala nutrición, vinculada al poco poder adquisitivo de las familias guatemaltecas, que en la realidad, únicamente les permite el acceso a la compra de un 56% de alimentos de la canasta básica, para un grupo familiar promedio de 5 miembros, cuando conocemos que las familias mayas “se conciben como la unidad de la comunidad o pueblo donde se encuentra establecida, y es extensa, por el papel que desempeñan cada uno de los elementos que la conforman, desde los abuelos maternos y paternos, la madre y el padre, los tíos maternos y paternos, los hijos y las hijas, incorporando incluso a los primos y sobrinos como parte de la familia”²⁵.

“Los datos anteriores de una familia maya extensa, que es la que predomina en el área rural y a nivel nacional, concluye con un promedio de 14 a 16 personas integrantes de la misma, lo que nos indica que con una familia de 5 miembros (familia tradicional) se tiene un 56% de poder adquisitivo de alimentos de la canasta básica, con un grupo de 14 personas baja de un 56% a un 39% el poder adquisitivo para alimentos de la canasta básica, que es lo que permite un salario mínimo, esto sin incluir educación, vivienda, salud, recreación, etc.”²⁶.

²⁴ UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2005. La Infancia Amenazada, Op Cit. Pág. 49.

²⁵ UNICEF – SEGEPLAN, Realidad Socioeconómica de Guatemala, Con Énfasis en la Situación del niño y la Mujer, Op Cit Pág. 45

²⁶ Polanco Monzón, Ingrid B. Tesis, Op Cit. Pág. 31

En el área rural la atención a las madres indígenas, la realizan con comadronas o promotores de salud, antes de consultar con un médico, debido a que el machismo en nuestras comunidades predomina a tal grado, que impide a la mujer tener un mejor y mayor acceso a los servicios de salud. A esto, habrá que sumarle, que en la realidad guatemalteca, los servicios de salud, no tienen la capacidad de cobertura para satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones guatemaltecas.

“Existe una estrecha correlación entre la pobreza, la infancia y la desnutrición, en Guatemala, ya que de cada 100 niños menores de 5 años padecen de desnutrición aguda, esta cifra se eleva a un 72% en las áreas rurales y áreas precarias de Guatemala; el existir un 72% de niños menores de 5 años, que padecen de desnutrición aguda, es un reflejo de las precarias condiciones en que vive la población guatemalteca, especialmente las familias en el área rural. Esta condición de salud de los niños, conlleva a los altos índices de morbilidad y mortalidad infantil y como contrapeso a la situación anterior, ha sido demostrado que los incrementos salariales y el suministro de maíz enriquecido con proteína redujo la incidencia del bajo peso, de un 32% a un 22% en el grupo muestra de los niños de más de 17 meses de edad. El promedio de incidencia de bajo peso en los hijos de campesinos con acceso a 1.4 hectáreas de tierra, descendió del 37% a un promedio de 17.5% en las familias de acceso a 3.5 hectáreas de terreno”²⁷.

“Han existido programas de salud y nutrición, que han dado como resultado la mejora en el suministro de maíz enriquecido, provocando una disminución de la desnutrición del 10% en niños de más de 17 meses de edad, y que paralelamente los hijos de campesinos con mayor acceso a la tierra, representaron otra disminución en la desnutrición. Es necesario que el Estado y el Gobierno, se apropie de cambios sociales sustanciales, y la implementación de programas de nutrición que constituyan

²⁷ UNICEF – SEGEPLAN, Realidad Socioeconómica de Guatemala, Con Énfasis en la Situación del niño y la Mujer, Op Cit. Pág. 106

un impacto real y positivo en la salud en la población guatemalteca; que permitan: 1. el acceso a una alimentación más completa; 2. la distribución de tierra a campesinos; 3. que las personas tengan la oportunidad de acceso a empleo y trabajo con un salario estable, de forma que estos factores, incidan en la disminución parcial y por qué no total de los niveles de desnutrición que actualmente acosan a la niñez guatemalteca”²⁸.

“Persiste en el país un patrón de enfermedad y muerte que se caracteriza por la preeminencia de enfermedades infecciosas y nutricionales, que si bien afectan principalmente a la niñez y a los adultos mayores, continúan presentándose en todos los grupos de edad, entre la población en situación de pobreza, los indígenas y las personas que viven en el área rural.

Aún no se ha logrado liberar a importantes sectores de la población del hambre y la desnutrición. La desnutrición se concentra además en la población indígena, el área rural y en las regiones del Nor y Sur occidente y la región Norte del país”²⁹.

En la zona occidental de Guatemala se marca la crisis de pobreza y salud siendo afectada en su mayoría la población indígena, especialmente los niños y niñas, por concentrarse en ésta región geográfica del país. Así también “La reubicación de los desplazados se ha establecido principalmente en Quiché, especialmente en el Triángulo Ixil. Traumas psicológicos, desnutrición, orfandad, falta de atención en educación y salud, inestabilidad emocional y social, son algunos de los problemas que aquejan a los niños afectados por el conflicto interno”³⁰.

²⁸ Polanco Monzón, Ingrid B. Tesis, Op Cit. Pág. 33

²⁹ Sistema de Naciones Unidas de Guatemala, Una Agenda para el Desarrollo Humano, Informe de Desarrollo Humano, Op Cit. Pág. 17.

³⁰ UNICEF - SEGEPLAN, Realidad Socioeconómica de Guatemala, Con Énfasis en la Situación del Niño y la Mujer, Op Cit. Pág.153

Es importante mencionar que las familias que perciben un ingreso económico, por debajo del salario mínimo, no tienen la oportunidad de tener una alimentación nutricional conveniente para cada uno de sus miembros, además de no tener mayores oportunidades en los aspectos de vivienda, servicios básicos, salud, educación, recreación, entre otros.

Un factor de mucho peso se puede observar en lo relacionado con “el costo de la alimentación en relación al poder adquisitivo del salario, del ingreso familiar o del ingreso per cápita, es un indicador socio económico que permite sugerir el deterioro de las consecuencias alimentarias y nutricionales en una familia o grupo de población. Para 1988 el salario mínimo completo apenas alcanzaba a cubrir el 56% del costo de una canasta básica de alimentos”³¹.

³¹ Ibíd. Pág. 111

CAPITULO 3

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

3.1 Aspectos Introductorios

En la presente investigación de campo se tomó en cuenta las diferentes organizaciones entre estas: Caserío Chonoxte, del Municipio de San Martín Jilotepeque del Departamento de Chimaltenango, Hospital General de Joyabaj el Quiché, Asociación para la ayuda al Tercer Mundo Intervida Guatemala, Centro de Salud del Distrito Central de San Martín Jilotepeque e Instituto Nacional de Estadística Guatemala.

Es importante mencionar que como unidad de análisis se tomó un universo de 41 familias total de la muestra de 480 habitantes del caserío Chonoxte del municipio de San Martín Jilotepeque del Departamento Chimaltenango. Considerando que la problemática de la morbilidad y mortalidad infantil se encuentra relacionada con las investigaciones realizadas en las anteriores organizaciones, ampliando esta información con la investigación realizada.

Según observación realizada directamente en la comunidad se considera que los habitantes del caserío Chonoxte se caracterizan por formar parte de la etnia maya lo que significa que ha sido afectada por la discriminación, exclusión pobreza y pobreza extrema que afecta a los habitantes, aunado a esto debemos de tomar en cuenta el difícil acceso al lugar, la falta de servicios básicos e infraestructura, y las secuelas psicológicas que dejó el conflicto armado interno.

Para el estudio y análisis de la presente investigación se considero importante lo siguiente:

Objetivo General

Establecer los niveles de intervención del Trabajo Social para contrarrestar los niveles de morbilidad y mortalidad infantil en el caserío de Chonoxte, municipio de San Martín Jilotepeque, Departamento de Chimaltenango.

Objetivos Específicos

1. Involucrar de manera directa a la comunidad de Chonoxte en proyectos de Prevención de Atención Integral en las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
2. Dar a conocer a la comunidad y a las autoridades gubernamentales, la importancia de la participación comunitaria del caserío de Chonoxte, municipio de San Martín Jilotepeque Departamento de Chimalteanango, en beneficio de la salud de los miembros de la comunidad.

Se considera que las metas propuestas fueron alcanzadas, ya que se logró analizar la situación en que viven las familias de la comunidad del caserío Chonoxte, municipio de San Martín Jilotepeque departamento de Chimaltenango así como se establecieron los niveles de la morbilidad y mortalidad infantil con el fin de determinar el aporte del Trabajo Social para lograr la organización de la comunidad en búsqueda de soluciones a la situación de dicha comunidad.

Hipótesis General

La morbilidad y mortalidad infantil es consecuencia de las enfermedades gastrointestinales, respiratorias y de desnutrición provocada por los altos índices de pobreza.

Hipótesis Específicas

1. Las enfermedades gastrointestinales, respiratorias y de desnutrición son las causantes de la Morbilidad y Mortalidad infantil debido al poco acceso a servicios de salud de los habitantes de la comunidad.
2. La Morbilidad y la Mortalidad infantil pueden ser el resultado del poco acceso a la educación especialmente de la madre, debido a los altos índices de analfabetismo de la comunidad de Chonoxte.

Métodos y Técnicas de Investigación

En lo relacionado a los métodos y técnicas para la realización de esta investigación, se tomó en cuenta el Método de Investigación Inductivo - Deductivo y Cualitativo de la siguiente forma:

Se partió de lo particular a lo general en busca de aspectos peculiares, tomando como punto de referencia, en lo particular a los miembros de la comunidad objeto de

estudio y su realidad, en el aspecto general la salud de niños y las niñas como parte de la presencia de enfermedades gastrointestinales, respiratorias y de desnutrición además se logró conocer generalidades de la morbilidad y mortalidad infantil con relación a la pobreza y analfabetismo, la exclusión de la niñez así como la estrategia de intervención en prevención de las enfermedades gastrointestinales, respiratorias y de desnutrición y luego del análisis de los resultados del trabajo de campo, se determinó la intervención y propuesta del Trabajo Social para contrarrestar la morbilidad y mortalidad infantil.

Con relación a la encuesta dirigida se logró obtener información respecto al nivel de escolaridad, intervención de los comunitarios en proyectos de prevención de la morbilidad y mortalidad infantil, la existencia de medios de atención en la comunidad, intervención de organizaciones no gubernamentales, frecuencia de atención médica y el nivel de las enfermedades gastrointestinales, respiratorias y de desnutrición con el fin de determinar el grado de morbilidad y mortalidad infantil y las causas que generan esta problemática.

Es importante mencionar que para obtener información teórica se consultó bibliografía relacionada con el tema; con relación a la investigación de campo, se realizaron visitas domiciliarias a las 41 familias encuestadas considerando que se logró realizar la observación directa del medio en el que reside cada una de ellas.

Los contactos con el caserío Chonoxte se realizaron en coordinación con el equipo de Materno Infantil de la Asociación para la Ayuda al Tercer Mundo Intervida Guatemala quienes desarrollan los proyectos de: Seguridad Alimentaria, Saneamiento del Medio, Atención Obstétrica y Pediátrica a partir del año 2,006. Se contó con el apoyo a nivel local de los miembros del comité local y maestros de la escuela oficial del caserío.

3.2 Presentación e interpretación de Resultados

3.2.1 Aspectos generales de la Investigación de Campo

A continuación se darán a conocer los resultados de la investigación de campo en base a la aplicación del instrumento de encuesta dirigida a la muestra de estudio de la comunidad de caserío Chonoxte entre estos: nivel de escolaridad, conocimientos, medios de atención, participación de la comunidad, presencia de organizaciones no gubernamentales y el tipo de enfermedades.

CUADRO 1

Nivel de Escolaridad de la Comunidad del Caserío Chonoxte con relación a la Morbilidad y Mortalidad infantil

Representantes de familias encuestadas	Primaria completa	Primaria incompleta	Ninguna escolaridad	Otros estudios	Total
	9	15	19	-----	42

Fuente. Investigación de campo, Caserío Chonoxte, Julio y Agosto de 2006.

Con relación al nivel de escolaridad del total de personas entrevistadas, se puede observar en el cuadro anterior que 19 personas no cuentan con ninguna escolaridad ni otros estudios, por lo que se puede determinar que en la comunidad existe un nivel alto de analfabetismo considerando que existe relación con la morbilidad y mortalidad

infantil, ya que no se cuenta con conocimientos básicos para la prevención de las enfermedades.

En la comunidad de Chonoxte la población adulta no cuenta con un nivel de escolaridad superior lo que significa que no cuentan con los conocimientos básicos para actuar al momento de enfrentar las enfermedades de sus hijos. A pesar que la educación es un derecho fundamental de los seres humanos y un factor clave para reducir la pobreza y promover la democracia, la paz, la tolerancia y el desarrollo. La comunidad no goza de este derecho.

En Guatemala se cuenta con altas tasas de analfabetismo, 37% de acuerdo al Comité Nacional de Alfabetización (CONALFA). La tasa de repitencia se sitúa en 17.1% en hombres, y 15% en mujeres, además existe una alta tasa de deserción escolar, 14.2% en el área rural (Informe PNUD, 1999).

El 99% de los habitantes del caserío corresponde a la etnia maya, en donde existen grandes diferencias económicas y sociales. Por lo que se puede establecer que es una comunidad pobre, por el hecho de encontrarse fuera del desarrollo económico.

Esta comunidad forma parte del aislacionismo de los gobiernos, en donde no existe infraestructura básica, transporte, servicios básicos y medios de atención para la salud de los comunitarios, actualmente cuentan con una escuela con dos aulas y dos maestros quienes brindan la educación primaria completa. No todos los habitantes gozan de la educación, alimentación y salud necesaria para sobrevivir, lo que significa que es preocupante la situación que enfrentan los niños y las niñas menores de cinco años quienes son afectados por las enfermedades gastrointestinales, respiratorias y de desnutrición.

Para el desarrollo de la comunidad de Chonoxte es indispensable contar con elementos básicos de supervivencia como son: alimentación, techo y trabajo. En estos casos la educación se convierte en un elemento secundario, dada la gravedad de la situación educativa en Guatemala.

CUADRO 2

Medios de atención en salud de la Comunidad del Caserío Chonoxte con relación a la Morbilidad y Mortalidad infantil

Representantes de familias encuestadas	Si	No	Total
	17	25	42

Fuente. Investigación de campo, Caserío Chonoxte, Julio y Agosto de 2006

Del total de personas entrevistadas 25 responden que no cuentan con el apoyo de instituciones para la atención en salud, haciendo mención que existe un puesto de salud a más de cinco kilómetros de distancia de su comunidad y la atención médica es irregular, por lo que se considera que la falta de medios de atención es un factor generador de las enfermedades que atacan a los niños y las niñas de la comunidad.

Una razón por la cual la comunidad se encuentra en el rango de subdesarrollo es por la secuelas que dejó el conflicto armado interno (las cuales son: la desconfianza, miedo a la participación y liderazgo comunitario, resentimientos, intolerancia, inconformidades), que afectó el entorno socio-económico, religioso y político. Que a nivel nacional “esta problemática social interna ya ha cobrado un estimado de 100,000 vidas en la última década, provocando la existencia de más de 43,000

refugiados, oficialmente registrados por ACNUR, y alrededor de medio millón de desplazados (hasta un millón según estimaciones de la iglesia católica). Además el conflicto mantiene un ambiente de violencia y de no respeto a los derechos humanos en el país”³².

CUADRO 3

Intervención de organizaciones no gubernamentales en la Comunidad del Caserío Chonoxte con relación a la Morbilidad y Mortalidad infantil

Representantes de familias encuestadas	Si	No	Total
	8	34	42

Fuente. Investigación de campo, Caserío Chonoxte, Julio y Agosto de 2006

El 80% respondió que las instituciones de apoyo en la comunidad son: Intervida Guatemala con Proyectos de salud dos veces al mes y la organización norteamericana en salud (BPD) ha apoyado con un botiquín comunitario.

El Caserío de Chonoxte, ha sido apoyado por varias instituciones, entre éstas la Asociación para la Ayuda al Tercer mundo Intervida Guatemala, siendo esta organización, la que más ha apoyado en proyectos de salud a través de la atención con el programa Salud Materno Infantil con el desarrollo de los Proyecto de Atención Obstétrica, Atención Pediátrica, Saneamiento del Medio y Seguridad Alimentaría.

³² UNICEF-SEGEPLAN, Realidad Socioeconómica de Guatemala, Con Énfasis en la Situación del niño y la Mujer, Editorial Piedra Santa, Guatemala, 1994. Pág.36

La Organización Norteamericana (BPD), apoya actualmente con el proyecto de medicamentos y botiquín comunitario.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social brinda el apoyo a través de un puesto de salud el cual se encuentra ubicado a cinco kilómetros de la comunidad por lo que los miembros de la comunidad no asisten regularmente a este servicio.

3.2.2 Aspectos Particulares de la Investigación de Campo

A continuación se presenta la información relacionada con el problema de la morbilidad y mortalidad infantil en el caserío Chonoxte.

CUADRO 4

La participación de la Comunidad del Caserío Chonoxte en la coordinación y gestión de proyectos relacionados con la salud de la niñez con relación a la Morbilidad y Mortalidad infantil

Representantes de familias encuestadas	Si	No	Total
	7	35	42

Fuente. Investigación de campo, Caserío Chonoxte, Julio y Agosto de 2006

Es importante mencionar que las 7 personas que han participado en la coordinación de proyectos de salud son los miembros del comité de salud, a través de la coordinación, reuniones y visitas a organizaciones para la gestión de proyectos.

Un aspecto importante es que los comunitarios participan a las reuniones y asambleas pero no quieren asumir una responsabilidad de líder.

Se considera que la poca participación de la comunidad es por la falta de instituciones que promuevan o desarrollen proyectos de beneficio a la comunidad.

El 90% de las personas de la comunidad consideran que es importante la organización de la comunidad para contrarrestar los problemas que actualmente enfrentan.

CUADRO 5

Frecuencia de atención medica en la Comunidad del Caserío Chonoxte con relación a la Morbilidad y Mortalidad infantil

Representantes de familias encuestadas	Cada mes	Cada tres meses	Cada seis meses	Una vez al año	No existe atención medica	Total
	37	1	--	2	2	42

Fuente. Investigación de campo, Caserío Chonoxte, Julio y Agosto de 2006

Los entrevistados consideraron que actualmente reciben ayuda de una organización con atención médica especialmente los niños y embarazadas en donde se les brinda el medicamento sin ningún costo.

La comunidad recibe atención por un equipo multidisciplinario en salud, el cual esta conformado por un pediatra, un enfermero, un técnico es salud rural, una educadora

para el hogar, un auxiliar pecuario y una trabajadora social quienes brindan consultas médicas, capacitaciones cada 15 días.

Algunos de los entrevistados mencionaron que no tienen tiempo de asistir a las consultas por dedicarse al cultivo de sus tierras debido a que este es el medio de subsistencia.

La comunidad de Chonoxte para el año 2006 cuenta con el apoyo de la Asociación para la Ayuda al Tercer Mundo Intervida Guatemala con el desarrollo del Programa Salud Materno Infantil que comprende los proyectos de Atención Obstétrica, Pediátrica, Saneamiento del Medio y Seguridad Alimentaria con lo cual se pretende: disminuir la muerte materna e infantil, mejorar el medio ambiente, erradicar la desnutrición a través de la capacitación y organización comunitaria con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad infantil.

El medio de atención utilizado por el equipo Materno Infantil se refiere a la estrategia de intervención AIEPI definida como: la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, es una “estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos.

La AIEPI incorpora, además, un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Así contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y

atención de los menores de cinco años en el hogar, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo saludable.

La implementación de la AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes:

- El primero está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y para su tratamiento.
- El segundo, se dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada.
- El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez³³.

Por lo anterior se considera que la AIEPI “es una estrategia que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad, esta estrategia brinda los conocimientos y habilidades para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud del niño de esta manera se detectaran las enfermedades o problemas que más frecuentemente la afectan, según el perfil epidemiológico de cada lugar. A partir de esta evaluación, la AIEPI brinda instrucciones claras sobre la clasificación de las enfermedades, establece el tratamiento que debe administrarse para cada una de ellas. La estrategia también contiene las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento e identificar la necesidad de aplicar medidas de prevención, la AIEPI es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población,

³³ Manual del Programa Materno Infantil, Intervida Guatemala, Joyabaj el Quiché 2006, Pág. 20

además para contribuir a un crecimiento y desarrollo saludable durante los primeros cinco años de vida”³⁴.

Por lo anterior se considera que los medios de atención en salud de la niñez son una esperanza para los niños y las niñas, especialmente en el área rural, al momento en que algunas ONG’S con enfoque a reducir la mortalidad y morbilidad infantil intervienen en las comunidades utilizando el medio de la AIEPI ya que dentro de sus objetivos se considera: “reducir la mortalidad infantil así como la incidencia, gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas mejorando el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida”³⁵.

Es importante mencionar que los medios utilizados por organizaciones nacionales o internacionales con el fin de mejorar la morbilidad y mortalidad infantil cuentan con elementos necesarios que permitan el desarrollo de atención con calidad en este caso la AIEPI tiene tres componentes fundamentales tales como: “mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias, mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada, Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar”³⁶.

Se considera que la AIEPI es una estrategia de atención muy completa ya que en el contenido de atención incluye que durante la primera semana de vida del infante a cinco años de edad, diagnosticar signos inespecíficos de enfermedades graves tales como: “tos, diarrea, deshidratación, disentería, fiebre, malaria, sarampión, desnutrición, problemas alimentarios y bajo peso.

³⁴ Ibid. Pág. 21

³⁵ Ibid. Pág. 23

³⁶ Ibid. Pág. 24

Entre los contenidos adicionales que se encuentran en diferentes fases de implementación, se pueden mencionar: atención Peri natal, atención neonatal, asma bronquial, crecimiento y desarrollo, salud oral, maltrato infantil, violencia en el hogar, accidentes, diabetes y obesidad³⁷.

CUADRO 6

Morbilidad y Mortalidad infantil con relación, a la valoración de la atención medica en la Comunidad del Caserío Chonoxte.

Representant es de familias encuestadas	Excelente	Buena	Regular	Mala	Total
	7	24	6	5	42

Fuente. Investigación de campo, Caserío Chonoxte, Julio y Agosto de 2006

La mayoría de encuestados consideran que la atención es buena a pesar que no es local. Pero al momento de una emergencia se dirigen al centro de salud de San Martín Jilotepeque.

Los miembros de la comunidad no cuentan con un nivel económico que les permita contar los recursos para poder pagar un médico particular aunque es presiso mencionar que a nivel nacional la economía familiar guatemalteca atraviesa una situación alarmante provocando problemas como la mala alimentación, desempleo,

³⁷ Ibíd. Pág. 24

cuyas consecuencias son las enfermedades gastrointestinales y respiratorias afectando especialmente a la niñez lo que aumenta la morbilidad y mortalidad, además con la presencia del conflicto “se agudizaron las desigualdades sociales: aumentó la concentración de la riqueza, se deterioró el poder adquisitivo, hubo devaluación monetaria, desempleo y aumento de la pobreza”³⁸.

CUADRO 7

Tipo de enfermedades que padecen los niños y las niñas de la comunidad del Caserío Chonoxte con relación al Morbilidad y Mortalidad infantil

Representantes de familias encuestadas	Respiratorias	Gastrointestinales	Desnutrición
	85%	90%	0%

Fuente. Investigación de campo, Caserío Chonoxte, Julio y Agosto de 2006

La mayoría de enfermedades observadas por los miembros de la comunidad están dentro de las gastrointestinales y respiratorias como la gripe, bronquitis, amigdalitis, diarrea, fiebre y dolor de estómago, según la encuesta realizada a los miembros de la comunidad.

La desnutrición al parecer no tiene mayor presencia en la comunidad según los las personas entrevistadas.

³⁸ Ibid. Pág. 21.

Es importante mencionar que una razón por la cual existe presencia de morbilidad infantil es provocada por la pobreza que enfrentan los miembros de la comunidad ya que según “la Encuesta Nacional Socioeconómica (ENS) de 1989 estimaba que el 80% de la población guatemalteca se encontraba bajo la línea de la pobreza, y el 59% en situación indigente. Mientras que en la áreas rurales ascienden a 87% y 71% respectivamente. En 1993, el costo de la canasta básica para una familia de cinco miembros ascendía a Q. 899.13, sin embargo, el salario mínimo era de sólo Q. 420.00. En otras palabras, el salario mínimo cubría únicamente el 47% del costo de la canasta básica. El ingreso promedio de la población asalariada ascendía a Q. 678.45, lo que significa sólo un 75.5% del costo de la canasta básica”³⁹.

Por lo anterior se considera que las familias de la comunidad de Chonoxte viven en pobreza o pobreza extrema, por lo que no logran cubrir con las necesidades de alimentación y menos aun contar con la atención de salud.

Al hablar de pobreza se hace referencia que la población más afectada son las nuevas generaciones como podemos observar la “situación de los niños y jóvenes menores de 19 años en el contexto descrito es alarmante, si consideramos que el 83% del total nacional comprendido en este rango de edad ha nacido y crecido en medio de la pobreza, con las consecuentes implicaciones negativas para su desarrollo físico, personal y profesional. Es significativa la relación entre pobreza y sus secuelas si consideramos que 8 de cada 10 niños presentan algún grado de desnutrición; 6 de cada 100 niños mueren antes de cumplir un año de edad, y las 10 principales causas de la muerte son de índole prevenible. Además, 60% de la población no posee agua potable, y el porcentaje de analfabetismo alcanza del 65% al 80% de la población, dependiendo del área donde radique”⁴⁰.

³⁹ Entre el Olvido y la Esperanza, La Niñez de Guatemala, Sub – Comisión Regional, Comisión Pro – Convención sobre los Derechos del Niño –PRODEN-, Editorial HIGSSA GALA, Guatemala, Noviembre de 1996, Pág. 11.

⁴⁰ Ibíd. Pág. 11.

Al hacer el análisis a lo anterior se determina que el 2 de cada 10 niños cuentan con un estado normal de nutrición siendo el resto de niños quienes sufren inestabilidad en salud y es en este caso la mayoría de niños que padece de morbilidad.

Otros aspectos importantes que se mencionan, y que agravan la situación de las familias guatemaltecas, especialmente las rurales son, los altos índices de analfabetismo, el poco o nulo acceso a la salud, los altos índices de natalidad, el elevado índice de desempleo, el escaso acceso a la tierra, la poca capacitación técnica, el poco acceso a los servicios básicos, entre otros, lo que motiva la migración de las personas a las grandes ciudades, tal es el caso de Guatemala; y en los casos extremos en el que “la baja productividad agrícola, el alto costo de la vida o el incremento en el precio de los insumos para la agricultura obligan a los y las guatemaltecas a abandonar sus países para sostener a sus familias”⁴¹.

El aspecto de la salud en una persona, no sólo significa su estado físico, sino el aspecto de la salud involucra elementos como el acceso a los servicios de salud, salud mental, emocional e inclusive espiritual, considerando que la salud, de acuerdo a las responsabilidades atribuidas al Estado, se le acredita como “el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna”⁴².

⁴¹ Villeda Erazo, Belia Aydee, Migraciones, Crisis Económica y Pobreza, Un análisis de las historias y vida obligadas al desarraigada (Primera Parte), Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Trabajo Social, Instituto de Investigaciones “IIETS” T. “Angela Ayala”, Guatemala, 2004, Pág. 19.

⁴² Constitución Política de la República de Guatemala, Artículo 94, Decretada por la Asamblea Nacional Constituyente 31 de mayo de 1985, Reformada por Consulta Popular Acuerdo Legislativo 18-93, Página 16.

CAPITULO 4

PROPUESTA METODOLOGICA DEL TRABAJO SOCIAL Y LA PARTICIPACION COMUNITARIA PARA CONTRARRESTAR LOS NIVELES DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD INFANTIL EN EL CASERIO CHONOXTE

4.1 Justificación

Se considera importante que el Trabajo Social tenga intervención dentro de la comunidad del Caserío Chonoxte en donde es necesario que a través de los diferentes métodos se promueva la participación comunitaria para el desarrollo integral especialmente para mejorar la salud de sus habitantes e implementar estrategias de acción para contrarrestar la morbilidad y mortalidad Infantil, ya que debido a que la salud y la seguridad son necesidades básicas del ser humano, que por diversas razones no son satisfechas.

El Trabajador Social bajo la misma responsabilidad de la Escuela de Trabajo Social, la Universidad de San Carlos y las Organizaciones con enfoque en desarrollo social y comunitario son responsables del cumplimiento de la legislación dirigida a disminuir tal problemática social, para el efecto al presente estudio, se considera que dentro de los campos de acción del quehacer profesional en este caso al Trabajador Social le corresponde promover la organización y participación de la población mediante prácticas democráticas, lo que significa que dentro del caserío Chonoxte es importante la formación y organización de comisiones que se dediquen al trabajo en salud de la niñez con el fin de promover el desarrollo integral de individuos, familias, grupos y comunidades, mediante la organización y promoción social la salud pública ambiental, que comprende el abastecimiento de agua potable, mejores sistemas de

alcantarillado, así como el control sanitario de suministro de alimentos para la autogestión y movilización popular, fomentar la práctica de valores humanos en individuos, grupos y comunidades para que su ejercicio cotidiano facilite sus procesos de desarrollo social, para que los comunitarios del caserío reconozcan que la fuerza de voluntad con la que se involucren al desarrollo de su comunidad, propicien la creación de un programa educacional con el objetivo de erradicar las enfermedades causantes de muertes infantiles; incluyendo orientación en cuidados prenatales, condiciones de higiene, trabajando conjuntamente con personal de salud.

Todo ser humano tiene derecho a la vida y a la salud, sin embargo por diferentes razones no todos los guatemaltecos tienen acceso a la misma, por múltiples causas dentro de ellas podemos mencionar la pobreza que atraviesa un porcentaje alto de los habitantes de nuestro país.

La pobreza ha sido considerada como indicador de desigualdad de clase social y sexo en las sociedades industriales, en donde las mujeres que viven solas y las familias de clase baja presentan el nivel más bajo de pobreza.

Debido a esta pobreza podemos expresar que los habitantes del caserío Chonoxte tienen los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimento, vivienda, vestido y educación, algunos habitantes no disponen de los alimentos necesarios para mantenerse sanos. Sin embargo, en el cálculo de la pobreza según los ingresos, hay que tener en cuenta otros elementos esenciales que contribuyen a una vida sana.

Así, por ejemplo, los individuos que no pueden acceder a la educación o a los servicios médicos deben ser considerados en situación de pobreza.

Las áreas rurales se encuentran con dificultades para desarrollarse, dentro de ellas la pobreza y pobreza extrema considerándolas como principales barreras que impiden el acceso a una vida plena, por lo anterior se considera que los habitantes de las comunidades rurales no cuentan con servicios de salud, educación, vivienda y alimentación lo que provoca un alto índice de desintegración familiar y embarazos a temprana edad, lo que induce a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad infantil.

Pertenecemos a una sociedad multicultural e intercultural, y no podemos construirla desde los y las adultos, tiene que empezarse por la niñez y la juventud actual, mejorando sus condiciones de vida y de salud a la vez dándoles los elementos socioculturales, emocionales, educativos y políticos que los liberen de las cadenas del pasado oprobioso de discriminación, marginación, explotación y opresión para dejar atrás el pasado de sangre y construir una sociedad justa, en paz y democrática.

La capacidad de socialización de las familias también se ve afectada directa e indirectamente por su situación social y económica. La escasez de medios, la ineludible concentración en los problemas de la subsistencia cotidiana, la falta de una vivienda adecuada y el hacinamiento afectan directamente la nutrición y la salud de los niños guatemaltecos, la capacidad familiar para completar la labor educativa de las escuelas, e incluso para tener a los hijos en el hogar. Como efectos indirectos de esos factores, la inestabilidad de las familias pobres, en particular la ausencia o el cambio de la figura paterna, limitan aún más su capacidad de socialización.

La niñez y la adolescencia no solo es una etapa en el crecimiento biológico, es en esta en donde se define su carácter, su orientación cultural, social y política y por consecuencia su actitud de práctica social, su desempeño como adultos y futuros reproductores de los pueblos y de la humanidad. El adolescente desea crecer

conocer y formarse como una persona adulta y desde luego la marcha desde una persona dependiente hasta otra independiente.

Como Universidad de San Carlos de Guatemala, como trabajadores y principalmente como seres humanos nos corresponde contribuir al desarrollo general de la nación no solo como entes de salud; también a nivel económica y social de nuestra sociedad.

Se considera que los miembros de la comunidad deben velar por el bienestar de sí mismos a través del cumplimiento de sus derechos y obligaciones de los vecinos como se hace referencia en la legislación con relación a la participación activa y voluntaria en la formulación, planificación, ejecución y evaluación de las políticas públicas, municipales y comunitarias.

Por lo anterior se entiende que los Gobiernos han tenido y tendrán bajo su responsabilidad la atención en salud de los ciudadanos como de brindar el apoyo a las pequeñas y grandes organizaciones bajo el régimen legal constituidos dentro de la legislación específica, aunque por el nivel económico de la deuda externa y la mala administración interna, han perjudicado el cumplimiento de los derechos especialmente en la salud de los niños, viéndose el ciudadano civil en la necesidad de buscar los medios de solución con el fin de lograr el desarrollo, económico y social.

4.2 Estrategia de Intervención

La participación del Trabajador Social en la comunidad del caserío Chonoxte es de

suma importancia para contrarrestar la morbilidad y la mortalidad infantil considerando indispensable la organización de comisiones para que a través de capacitaciones en aspectos organizativos se promueva el desarrollo de actividades con el fin de que los comunitarios sean protagonistas en el desarrollo de su propia comunidad.

Al Trabajador Social le corresponde a través de sus diferentes campos de acción, contribuir al desarrollo integral promoviendo acciones participativas en salud para contrarrestar la morbilidad y mortalidad infantil en este caso la función de sensibilizador juega un papel importante sobre el cambio de situaciones producto del conflicto armado interno que ha afectado a la comunidad tomando en cuenta los métodos propios de intervención entre estos: individual y familiar, grupo y comunidad al momento de brindar la asesoría, orientación y capacitación a los líderes y miembros de la comunidad con el fin de encontrar la solución a la problemática vivida.

4.3 Metodología

Para la intervención del Trabajo Social es indispensable utilizar el método de comunidad, considerando que este logra la participación en general de los miembros de la comunidad con el fin de que reconozcan sus necesidades, y logren despertar interés en la organización como punto clave del desarrollo de la comunidad.

Se considera importante someter a los líderes de la comunidad a un proceso de capacitación en componente organizativo y legislativo que permita conocer sus derechos y responsabilidades como vecinos con el fin de lograr una mejor organización comunitaria.

4.4 Cronograma

No.	Actividades	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul- Sep	Oct- Nov
1	Contactos	XXXXXXXXXXXX			
2	Proceso de Capacitación		XXXXXXXXXXXX		
3	Proceso de capacitación			XXXXXXX	
4	Asesoría en gestión				XXXXXXX

4.5 Presupuesto

Los recursos financieros estarán a cargo de la Asociación Inservida, de la siguiente manera:

Material didàctico	Q, 600,00
Fotocopias	Q, 500,00
Cuadernos	Q 50,00
Lapiceros	Q, 3,000,00
Equipo de oficina	Q, 7,000,00
Impresiones	Q, 600,00
Movilización	Q, 3,000,00
Servicios profesionales	Q, 5,000,00
Total	Q.19,750,00

CONCLUSIONES

1. Uno de los factores generadores de la Morbilidad y Mortalidad en la comunidad de Chonoxte es la falta de servicios de salud especialmente en el área rural.
2. La contaminación ambiental en la comunidad de Chonoxte es un problema que afecta a la salud de los niños y niñas y provoca las enfermedades respiratorias por lo que es considerado como factor generador de la Morbilidad y Mortalidad Infantil.
3. Los servicios de atención en salud no cubren el área geográfica de la comunidad de Chonoxte para la atención y prevención de las enfermedades que atacan a los niños y las niñas de Guatemala
4. La falta de empleo en Guatemala es un factor generador de pobreza lo que afecta a la economía de las familias y provoca la morbilidad y mortalidad infantil.

RECOMENDACIONES

1. Es importante que los habitantes de la comunidad del caserío Chonoxte cuenten con servicios básicos para la atención en salud con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad infantil.
2. Se considera de suma importancia que el Ministerio de Salud Pública implemente estrategias para generar los medios de atención en salud especialmente en el área rural para que las comunidades cuenten con el derecho a la salud y les permita gozar de una buena salud y para la prevención de las enfermedades que atacan a los niños y las niñas de Guatemala.
3. Es responsabilidad de las autoridades implementar programas y proyectos enfocados a la salud del medio ambiente con el fin de disminuir las enfermedades respiratorias y gastrointestinales que afectan a la niñez.
4. Es importante la organización de las comunidades y la participación de los vecinos en la búsqueda de las soluciones a los problemas de salud especialmente los relacionados con la morbilidad y mortalidad infantil.

BIBLIOGRAFIA

1. Área de Formación Profesional Específica. Escuela de Trabajo Social. Boletín Informativo. Guatemala. 1999.
2. Asti Vera Armando, Metodología de la investigación, editorial KAPELUSZ, Buenos Aires, Argentina, Biblioteca de cultura pedagógica, 1995
3. Comisión, Pro convención sobre los Derechos del niño PRODEN, Entre el olvido y la Esperanza la Niñez de Guatemala. Editorial HIGSA/GALA, Guatemala, noviembre de 1996.
4. Constitución Política de la República de Guatemala, Artículo 94, Decretada por la Asamblea Nacional Constituyente 31 de mayo de 1985, Reformada por Consulta Popular Acuerdo Legislativo 18-93.
5. Gehlert Mata, Carlos. Vida Enfermedad y Muerte en Guatemala Universidad de San Carlos de Guatemala, Editorial Universitaria, Colección Monografías Vol. No. 8, de la División Editorial de la Dirección General de Extensión Universitaria.
6. Gomezjara, Francisco. Técnicas de Desarrollo Comunitario; Edición Nueva Sociología. México. 1982.
7. Intervida Guatemala, Manual del Programa Materno Infantil, 2006.
8. Intervida Guatemala, Programa Salud Materno Infantil, Matriz de Proyecto Saneamiento Ambiental, 2006.
9. Matriz del Programa Salud Materno Infantil. Situación de la Seguridad Alimentaría y Nutricional de Guatemala, 2006.
10. Ministerio de Salud, Memoria anual del 2004.
11. MSPAS, INE, UVG, CDC, USAID, ASDI, PNUD, UNICEF, FNUAP, POLICY II, CARE. Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil 1995 y 2002, Informe Resumido,
12. Polanco M. Ingrid B. Tesis, Aporte del Trabajo Social, para Contrarrestar los Niveles de Desnutrición en Escolares Guatemaltecos, 2005.

13. Sánchez Guzmán, Francisco. La Dirección de la Empresa. Edición Visant. Madrid, España. .
14. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala, SNU Guatemala, Una Agenda para el Desarrollo Humano, 2003, Informa Nacional de Desarrollo Humano, 2003.
15. Sistema de Naciones Unidas Grupo de Seguridad Alimentaría Nutricional Situación de la Seguridad Alimentaría y Nutricional de Guatemala, Septiembre 2003.
16. Sub – Comisión Regional, Comisión Pro –Convención sobre los Derechos del Niño –PRODEN, Entre el Olvido y la Esperanza, La Niñez de Guatemala, Editorial HIGSSA GALA, Guatemala, Noviembre de 1996.
17. Tamayo y Tamayo Mario El proceso de la Investigación Científica, LUMISA NORIEGA EDITORES MEXICO, ESPAÑA VENEZUELA COLOMBIA, 1993.
18. Tecla J., Alfredo y Alberto Garza. Teoría Métodos y Técnicas de la Investigación Social, Departamento de Publicaciones de la Facultad de Ciencias Económicas de la USAC, Guatemala, 1,989.
19. UNICEF - SEGEPLAN, Realidad Socio Económica de Guatemala, Con Énfasis en la Situación del Niño y la Mujer, UNICEF, Editorial Piedra Santa, Guatemala, 1994.
20. UNICEF, Estado Mundial de la Infancia La Infancia Amenazada, UNICEF, House, 3 Un Plaza Nueva York, NY 10017, USA, 2005.
21. Villeda Erazo, Belia Aydee. Migraciones, Crisis Económica y Pobreza, Un análisis de las historias y vida obligadas al desarraigo (Primera Parte), Instituto de Investigaciones, Escuela de Trabajo Social, USAC, Guatemala, 2,004.