



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

República de Guatemala, Centro América.

**EXPERIENCIAS DE UN MEDICO
EN EL MEDIO RURAL**

TESIS

**PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
POR**

CARLOS ESTRADA SANDOVAL

Ex-practicante interno en el Hospital General de los siguientes servicios: 1a. Cirugía de hombres Sec. "A", 3a. Medicina de mujeres, Medicina de niñas, Oftalmología de niños; ex-primer auxiliar del laboratorio clínico Sec. de Química Sanguínea, ex-primer auxiliar del Depto. de Fotografía Clínica, Sec. de Esquemas y Dibujo, de la Fac. de Ciencias Médicas, ex-miembro de las Directivas de la Asociación de Estudiantes de Medicina y la Juventud Médica, ex-médico asistente de la Unidad Asistencial y Colonia Infantil del Club de Leones de San Juan Sacatepéquez, actual médico jefe en ambas instituciones.

**EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO**

PLAN DE EXPOSICION

INTRODUCCION

CAPITULO I

MI SITUACION AL TERMINO DE MIS ESTUDIOS

- a) Consideraciones generales
- b) Mi preparación facultativa
- c) Principales deficiencias
- d) Contacto con el medio rural

CAPITULO II

EL MEDIO RURAL, SUS ASPECTOS.

- a) Estudio del medio
- b) El grupo étnico
- c) Costumbres
- d) Vivienda y hábitos
- e) Alimentación
- f) La familia y el hogar
- g) Condición social del indio
- h) Cómo adaptarse al medio

CAPITULO III

BOSQUEJO DE UNA ORGANIZACIÓN MEDICA EN EL MEDIO RURAL

- a) Dependencia de la Unidad Asistencial
- b) Remuneración de los servicios por el beneficiario
- c) Adaptación de servicios con relación al indio.
- d) Creación de Comités Auxiliares
- e) Elementos técnicos con que se debe contar, Equipos Mínimos
- f) Servicios que presta la Unidad Asistencial

CAPITULO IV

SITUACION DE LA ASISTENCIA RURAL EN EL RESTO DE LA REPUBLICA

- a) Distribución de médicos, enfermeras, comadronas y hospitales en la república.
- b) Falta de organizaciones adaptadas.
- c) Urgencia de estudiar la mejor repartición de elementos dándoles facilidades técnicas y económicas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

INTRODUCCION

En el mes de agosto del presente año, se desarrollaba en Guatemala, con sede en el Centro Educativo Asistencial, el Seminario Nacional de Protección a la Infancia auspiciado por la Organización de Estados Americanos y el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia; como médico de la Unidad Asistencial de San Juan Sacatepéquez y en calidad de Delegado de la misma, tuve la oportunidad de escuchar y conocer por la opinión y el comentario desapasionado de eminentes profesionales y personas suficientemente capacitadas en el asunto, el estado lamentable de la situación Médico-Social-Asistencial en que se encuentra nuestra población extraurbana en el resto de la república.

Los diversos estudios presentados, aún abordando el problema parcialmente, dejaron traslucir que no bastaban la voluntad enérgica y el optimismo desplegados en buscar remedio a la incalificable situación, para borrar en el porvenir los horizontes desalentadores.

A pesar de ello algo se hacía ya, el primer engranaje de la máquina civilizadora se había echado a andar: las escuelas funcionales con su aporte educativo, la Unidad de San Juan Sacatepéquez con su aporte médico-asistencial, mostraban los primeros y promisorios frutos de una labor desinteresada y loable tendiente a incorporar nuestras clases olvidadas a niveles más humanos, de acuerdo con nuestra civilización y democráticos conceptos.

Yo, en mi doble calidad de médico en fieri y estudiante universitario, no pude menos de preguntarme cuál era la contribución de esa escuela mía a la que quiero, respeto y me enorgullezco de pertenecer, de esa Universidad que sé es el Alma Máter, el faro más alto de dimensión de la cultura de nuestro pueblo, en qué proporción habíamos contribuido nosotros, los estudiantes, a llevar un poco de lo nuestro en favor de esas clases urgidas de los más elementales principios educacionales.

Pero nuestro aporte, de Universidad, de Facultad, de estudiantes, tiene casi caracteres de desierto, ha dejado vacío su lado y la balanza se inclina, toda, hacia

nosotros sin haber ni un signo de comprensión a ese desequilibrio.

En mayo de 1952 iniciaba yo mis labores como Médico Asistente de la Unidad Asistencial, en aquel entonces mi objetivo principal era compenetrarme más en el aspecto sanitario y social de la medicina así como completar principios que consideraba indispensables y que me permití exponer en el desarrollo de esta tesis, pero conforme me me adentraba en ese medio hasta entonces desconocido para mí, se me fueron presentando otras facetas y aspectos tan importantes del ambiente rural en todas sus manifestaciones que más tarde, al verlos enfocados con tanta realidad en el Seminario antes aludido, me inclinaron a adoptarlos como el tema previo a mi licenciatura.

En este sentido sabía que la considerable experiencia acumulada por el Dr. Ernesto Cofino, podría orientar y canalizar mejor lo que para mí sólo eran capítulos separados de este trabajo; con su asesoría atenta y entusiasta he logrado completarlo.

No pretende éste ser un estudio, únicamente recoge mi experiencia, pequeña en sus realidades pero enorme en sus alcances, en relación con nuestras clases pobres, más específicamente con el indio, en el medio rural.

Ojalá en un futuro próximo alguien llegue a comprender y a interpretar a ese ser abandonado y mísero auxiliando en su ayuda con inquietudes apostólicas para transformarlo en un torrente de incorporación humana hacia planos más equitativos.

Ojalá muy pronto el indio ocupe el puesto que le corresponde en la gran familia de la patria.

Ojalá, y esto lo deseo de todo corazón, algún día llene su destino.

- 5 -
CAPITULO I

MI SITUACION AL TERMINO DE MIS ESTUDIOS

a) Consideraciones generales

Cuando me encontraba en el último año de la carrera de medicina, tuve que hacer el balance de lo que había aprovechado en mis estudios; la sensación de la responsabilidad que pronto tendría que asumir pesaba en mis espaldas de un modo abrumador, yo sabía que a pesar de haber ganado ya todos mis cursos, me faltaba ese elemento esencial: la seguridad en mí mismo, seguridad de poder desenvolverse bien en un medio social completamente diferente, ajeno a la rutina de la facultad y a los sistemas hospitalarios. Tenía la certidumbre de que a pesar de ser un pasante, médico infieri, no estaba aún capacitado en el sentido total de la palabra, para ejercer mi profesión con éxito.

Este balance, equitativo, sincero, arrojó un saldo en contra por varios factores, los principales de los cuales me permitire considerar en seguida

b) Mi preparación facultativa

El plan de estudios que fue introducido a la facultad cuando me encontraba en el 4o. año, incluía las clases de Propedéutica y Semiologías médica y quirúrgica, esenciales para el buen diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, clases básicas que contribuyeron enormemente en el aprovechamiento de todas las asignaturas posteriores dejando al final una masa de conocimientos que en el sentido de preparación teórica y práctica, demostraban que mis estudios habían sido aprovechados en su parte esencial para su aplicación próxima fuera de las aulas académicas; en lo referente a mis prácticas hospitalarias los diferentes externados y, en especial, el desempeño en la sala de medicina de niños como complemento de la cátedra de Pediatría determinaron una preparación mas o menos buena para asumir los internados como etapa final. Pero al cabo, el vacío y la inseguridad en el futuro persistían con cierta sensación de angustia a pesar del em-

peño puesto a cubrir las deficiencias que notaba en mis estudios por lo que en seguida expongo.

c) Principales deficiencias:

Las prácticas obligatorias en las salas de especialidades no bastan para crear en el cursante la seguridad de haberles sacado todo el provecho necesario, evidentemente allí queda un lago en nuestra preparación final. Pero esto en realidad solo representa lo mínimo si lo asociamos con otros aspectos que ya en la práctica privada resaltan de un modo notorio. En efecto, no puede menos de señalarse el conocimiento limitado adquirido por ejemplo, en lo que se refiere a la Puericultura, al estudio del escolar y pre-escolar normales que reviste una importancia indudable en toda su vida futura.

Es notoria también la insuficiencia de conocimientos adquiridos, aun los mas sencillos, en la práctica de rayos X. Puedo asegurar que de los muchachos que se gradúan se pueden contar con los dedos aquellos que pueden tomar una radiografía, sin exigir que ésta sea precisamente buena; y son menos aun los que sepan emplear un tanque de fijación o revelado. Sin embargo de ello, las técnicas necesarias para los exámenes más corrientes no son cosa del otro mundo; con un poco de teoría y otro poco más de práctica serían perfectamente realizables.

La Fluoroscopia también requiere una técnica sencilla que sólo con la práctica se puede perfeccionar, pero aquí está el punto flojo: carecemos de práctica y carecemos de práctica también para la interpretación de radiografías.

Naturalmente al hablar de estas técnicas me refiero a las mas corrientes y que debieramos conocer dentro de nuestra preparación general, de ninguna manera profundizando en detalles que competen al campo del especialista cuya preparación está muy por encima de los conocimientos básicos de que hablo y que para el vienen a constituir tal vez el punto de partida.

El laboratorio asimismo es para el estudiante de egreso, una práctica casi desconocida, aprendemos a interpretar mas o menos bien los resultados pero desconocemos

las técnicas seguidas para efectuar los exámenes. Hay cursos en la carrera para cubrir esta necesidad pero es notorio que no bastan siendo puntos débiles en la sustentación de los exámenes parciales y verdaderas deficiencias para el ejercicio de la profesión fuera de la ciudad donde se requiere que el médico, personalmente, verifique e interprete dichos exámenes. También en este caso me refiero a los exámenes más corrientes y obligados, no a las minuciosidades del laboratorio.

Hay otro aspecto en mi opinión muy importante, la absoluta falta de preparación para abordar la sociedad que en definitiva será nuestro campo de acción en el sentido médico social. En efecto, en el hospital nosotros actuamos sabiendo que cualquier error o deficiencia será corregido por nuestros superiores, actuamos amparados y respaldados por la opinión y la consulta de otros médicos, como debe ser; pero al sentirnos solos hay vacilación y duda, a pesar de proceder con criterio recto y con conocimiento de nuestra terapéutica, al ser llamados en la calle "porque hay un enfermo grave" afrontamos la situación con temor, nos falta el sentido de capacitación plena y al asumir la responsabilidad nos sentimos agobiados, carentes de ese aplomo que la experiencia acumula y que respalda tan sólidamente la confianza en el médico consultado.

Durante mi carrera yo traté de cubrir en parte estos vacíos pero la tarea no es fácil y al término se me presentaban siempre claramente, el tiempo que trabajé como auxiliar del laboratorio clínico y mis prácticas llenadas voluntariamente, fuera de lo establecido en el plan de estudios, en salas que consideré imprescindibles, llenaban parcialmente algunos de ellos pero quedaba el más importante -¿cómo sostendría mi posición al salir de médico? - ¿Estaba ya apto, capacitado para actuar en la práctica privada?. Económicamente hablando sabía que atendido a empleos pequeños en la capital podía vivir pero no progresar, se resolvería en parte el inmediato económico, pero el futuro médico, mi independencia como profesional tendería a estancarse y mi ejercicio limitarse.

Por lo demás sabía que abrirse paso en un medio donde se encuentra el mayor número de profesionales no era lo más indicado y hoy estoy perfectamente convencido de que los médicos jóvenes, los muchachos próximos a e-

gresar deben ser aprovechados en otro medio donde en realidad hace falta la medicina a torrentes y donde, con verdadero espíritu humanitario y social, se crea el concepto cabal del papel noble y alto que toca al médico desempeñar.

d) Contacto con el medio rural

En abril de 1952, en la Unidad Asistencial de San Juan Sacatepéquez, bajo la dirección técnica del Dr. Ernesto Cofiño, se despedía a uno de sus médicos que se retiraba para asumir otro cargo; tuve la sensación de que en el medio rural encontraría yo lo que andaba buscando: completar mi capacitación práctica, humanizar mis conocimientos técnicos.

En esta virtud solicité el puesto vacante al Dr. Cofiño, presenté, llenando los requisitos necesarios, mi currículum de estudios, calificaciones y promedios, recomendaciones médicas y constancias de solvencia con la facultad. La selección excesivamente minuciosa del personal técnico que labora en la Unidad Asistencial requirió días de gestiones pero al final fui nombrado Médico Asistente de la Institución, puesto que asumí en el mes de mayo del mismo año.



CAPITULO II

EL MEDIO RURAL. SUS ASPECTOS.

a) Estudio del medio

Indudablemente las condiciones que se encuentran en lo que viene a ser la casi totalidad de la población nuestra, no son ni siquiera imaginables por quien no se ha acercado a las aldeas, caseríos y ranchos aislados que constituyen el núcleo de la población rural. Para más o menos dar una idea de esto me permito hacer las siguientes consideraciones:

b) El grupo étnico

El grupo étnico indígena de Guatemala está compuesto por el 53.5 % (censo de 1950) de la población total. Sin embargo, la población rural no clasificada como indígena, está también en situación asistencial precaria, casi tanto como la indígena. Y la población rural en su conjunto, forma la gran mayoría de la población guatemalteca.

La población de San Juan Sacatepéquez está situada dentro de la región lingüística cackchiquel, la lengua que ocupa el segundo lugar numérico entre la veintena de lenguas que se hablan en el país. Los indígenas que hablan el cackchiquel como lengua materna constituyen aproximadamente el 10% de la población total del país, y el 20% de la población indígena.

Para dar una idea de la magnitud del problema étnico en San Juan basta dar un vistazo al censo de la población de 1950: 06.2% de indígenas y 13.8% de no indígenas.

Según el propio censo recibe educación el 5.91% y no la recibe el 94.09% del total de población mayor de 7 años. El resto de la región cackchiquel corre parejas con este municipio.

De esta considerable mayoría de indios casi la totalidad se encuentran dispersos en zonas alejadas de los centros urbanos, a donde únicamente concurren para efectuar sus pequeños negocios y a donde llegan la mayoría de

las veces a pie, los medios de locomoción mecanizados prácticamente se quedan sólo para ocasiones especiales cuando las distancias a recorrer son verdaderamente considerables.

El indio, satisfecho con sus escasos y limitados medios de vida se mantiene verdaderamente aislado en lugares a veces inaccesibles constituyendo una familia o una comunidad pequeña en la cual cada quien vive aisladamente; es difícil encontrar una aldea que reúna en su núcleo principal, un número ni siquiera mediano de ranchos lo corriente es que éstos se encuentren separados por distancias considerables.

c) Costumbres

La educación del indio recibida casi en su totalidad en el hogar, no le permite gozar sino de un nivel de vida comparativamente muy rudimentario; los conocimientos básicos: escritura, lectura, etc. son para ellos asuntos desconocidos y fuera de su alcance. Como vimos antes, el porcentaje de niños que acuden a las escuelas (menos del 6%) es bajísimo, pues la mayoría de ellos se dedican a trabajar desde los primeros años en compañía de sus padres, quienes mas bien les inculcan principios tendientes a aliviar sus necesidades de subsistencia no contando para nada la educación formal.

Juzgado aisladamente, el indio es huraño, retraído, desconfiado, al extremo de exagerar su ignorancia para evitar su colaboración, especialmente hacia el ladino, lo cual en cierto modo es aprovechable pues con este objeto se compactan entre sí haciendo causa común y esta compactación bien orientada, produce resultados beneficiosos para ellos.

Desde el punto de vista médico-sanitario-social sus recursos son verdaderamente lamentables ya que cuando se ven afectados por alguna enfermedad o malestar, recurren al zahorí o al brujo para conseguir alivio y cuando llegan al médico, muchas veces es porque previamente han consultado a estos personajes quienes les han aconsejado su consulta viéndose impotentes o porque no han conseguido ningún alivio o han empeorado. Es cosa rutinaria ver llegar a los indios en los estados finales de las enfermedades solicitando y exigiendo curarse cuando ya sólo pueden esperarse milagros para lograr la superviven-



Frecuentemente el médico tiene que recorrer distancias considerables guiado por el familiar del enfermo.

cia. En otras ocasiones recurren a los responsos siendo ésta una ceremonia premortem en la cual por medio del alcohol derramado sobre el suelo, creen aplacar los maleficios que afectan a su enfermo; naturalmente éste casi siempre muere.

Muchas veces el médico puede llegar hasta ellos sólo acompañado del sacerdote, lográndose en muchos casos tratar y rescatar estas vidas.

Las hermandades y cofradías son asociaciones en las cuales al ganar la confianza de un miembro es relativamente fácil captar la simpatía de los demás, siendo este aspecto de sus creencias religiosas una ayuda para abordar a las familias.

Pero dentro de este campo relativamente restringido de comprensión, toca al médico encontrar el medio de acercarse y congraciarse, lo cual con voluntad y sentido social bien orientado puede lograrse a la larga.

d) Vivienda y hábitos

He dejado apuntada ya la forma en que se integran la mayoría de las aldeas de los indios, con viviendas muy separadas entre sí y en lugares a veces verdaderamente aislados; veamos ahora cual es la condición de la habitación propiamente, del interior.

Un rancho se compone, y esto es constante, de una pieza cuyo uso es polivalente, pues sirve de dormitorio, comedor, cocina, sala de visitas, santuario, corral, etc. Calculo que comprende 30 vrs. cuadradas, como promedio, limitadas por cuatro paredes que pueden ser de caña o cañas, todo y pino, pedazos de madera, cartón, y con bastante frecuencia, una mixtura de todo por agujeros o grietas formadas con el tiempo. El techo es un caballete de madera y caña cubiertos de paja, teniendo como cielo muchos de ellos algunos troncos o varas dispuestos transversalmente y de los cuales penden mazorcas, tocomates, candelas, trapos, etc. Los pisos son de tierra donde se disponen petates y ponchos en algún extremo que constituye el dormitorio, los más acomodados disponen de tablas para acostarse; es en este lado del piso también que se arregla la cocina (tres piedras o pedazos de ladrillo dispuestos en ángulo) para colocar las ollas, comales, etc. El santuario y la sala de visitas se disponen casi siempre en el

lado opuesto y la puerta de acceso queda al medio o en un extremo.

El dormitorio da cabida a toda la familia (a veces hasta 8 ó 10 miembros). En ocasiones al hacer algunas visitas he encontrado tal cantidad de gentes arropadas bajo un poncho, que en vez de constreñirme me ha llamado a risa ver las caras de los pequeñitos saliendo por los cuatro extremos en los momentos más inoportunos. Es claro que al hablar de sala me refiero al suelo donde hallan acogida, muy cómodamente por fuerza de la costumbre, las visitas corrientes, pues al médico se le atiende con un banco, un cajón o una sillita para niño cuando los visitados pueden ofrecer esa galantería.

La cocina que funciona ininterrumpidamente, marca su edad en las paredes y el techo ennegrecidos por el humo que a ratos llena la habitación y hace llorar al médico por falta de costumbre mientras examina a su paciente.

El santuario es una tabla o repisa donde se acumulan imágenes, hechas por ellos mismos o compradas, medallas, láminas, flores, flecos, adornos de papel, candelas y otras cosas; es indudable la devoción del indio en sus creencias, pero existe un nexo claro entre las prácticas de los brujos y estas creencias, lo que obstaculiza enormemente la labor del médico.

Cuando la familia es de posición económica regular, en la parte exterior del rancho se hace un cerco para gallinas o cerdos; el retrete o la letrina encuentran su sustituto en el campo abierto a veces muy cerca del rancho.

Fácil es comprender que en estas condiciones el aseo personal y la higiene se encuentran reducidos a sumísima expresión considerando el baño, por ejemplo, como una costumbre dañina y productora de enfermedades, especialmente pulmonares.

El vestuario es otro aspecto importante, pues el indio conserva un vestido a veces hasta meses sin cambiarlo o lavarlo constituyéndolo en verdadera carga de suciedad y gérmenes; indudablemente en esto interviene en gran manera el factor económico, pues los más acomodados gozan del privilegio de los cambios con alguna frecuencia, especialmente los domingos y días festivos; pero muchos de ellos vuelven en seguida al mismo vestido sin ha-

berlo limpiado.

e) Alimentación

Es este un aspecto en el cual a diario me he podido dar cuenta cuán deficiente es la dieta seguida por el indio desde su más tierna infancia hasta la vejez. No es necesario conocer mucho de dietética para comprenderlo.

Las indias alimentan a sus niños corrientemente hasta los dos o tres años de edad, únicamente con el pecho, la incidencia de las carencias en esta edad es frecuentísima y por lo general los niños llevados en consulta por otras afecciones deben sumar a su diagnóstico el de multicarencia en ocasiones con carácter principal. Conforme avanzan en su edad mejoran su comida con frijol, tortillas y café, en raras ocasiones huevos o carne, más frecuentemente verduras cocidas y atoles de maíz, elote o yuquilla; la alimentación del adulto es esencialmente con frijol, tortilla, café, verduras y chile en chirmoles. Esto es más o menos en aquellos que pueden tener una comida relativamente estable, porque con una frecuencia que acongoja, he visto diariamente infelices cuyos recursos no les permiten sino dietas tan escasas que no creo alcanzen ni a apagar el hambre.

No son estas apreciaciones producto de exageración, más adelante podremos ver cómo la Unidad Asistencial tiene que compensar estas deficiencias en algunos de sus enfermitos, proporcionándoles la comida que ellos no pueden adquirir.

f) La familia y el hogar

En realidad mucho podría escribirse bajo este acápite. He visto manifestaciones tan encontradas, hechos tan opuestos, que no creo poder dar siquiera una idea de lo que la familia significa para el indígena. Citaré un ejemplo: un indio desea casarse con la mujer que cree ha de satisfacerle en el futuro, a veces la pide a los padres, otras veces simplemente la toma y se la lleva a prueba, caso sumamente frecuente; si le satisface se queda con ella, si no, la deja y se busca otra. Probablemente el marido no tenga que preocuparse por la situación en que quede la mujer, aunque a veces se encuentre en estado de embarazo. Sin embargo de ello, he visto familias grandes y estabilizadas que no tuvieron necesidad de ha-

cer ninguna formalidad posterior y aún viven en el período "de prueba", y actos de verdadero sacrificio del hombre a la mujer o viceversa (recién llegado yo a San Juan no me fué posible visitar a una enfermita en un rancho situado a más o menos 22 kms. dentro de la montaña; el marido, en una silla amarrada a la espalda caminó esa distancia con la mujer a cuestas hasta dejarla en la Unidad). En cambio he visto marido o mujer en matrimonios ya legalizados, en estado de gravedad o de abandono sin que la otra parte se preocupe en lo mínimo, por buscar alivio alguno. Indudablemente los particulares principios morales y las costumbres de los indígenas podrían justificar en parte estas actitudes, si no fuera porque la facilidad para desorganizar así una familia entorpece tanto el trabajo asistencial.

El factor sentimental es algo difícil de analizar, pues si bien es cierto que cuando se enferman los hijos, algunos recurren a todos los medios posibles, buenos y malos, para lograr su recuperación, otros por el contrario ven en la muerte la solución de sus tribulaciones y casi hasta dan la impresión de desear que ésta llegue pronto; y sin embargo de ello, el hombre como jefe de la casa, merece un respeto claro que une a los suyos en cualquiera de las condiciones mencionadas. Es difícil llegar a un rancho si previamente no se ha consultado con el jefe y es casi imposible hacerlo si no ha dado su consentimiento, pero ¿puede ser esto un hogar bien consolidado? ¿qué clase de familia es aquella en la cual se respeta al padre, pero un hermano no vacila en machetear al otro por una mujer, por un terreno o por X causa?

En cambio hay también familias en que el respeto es mutuo y completo, donde la solidaridad se deja ver en cosas mínimas y la labor diaria es producto de un trabajo mancomunado.

Estas condiciones se encuentran en un porcentaje más o menos igual de familias, de aldeas, de comunidades.

g) Condición social del indio

Mueve a la acción inmediata ver el escalón que en nuestra sociedad ocupa el indio relegado por virtud del abandono al último peldaño, cuando en realidad constituye el núcleo y la masa vital de nuestra población. Me re-

fiero aquí al indio como yo tuve oportunidad de conocer, pobre, miserable, degradado, a ese habitante ignorado que lejos de asimilarse al desarrollo de nuestras poblaciones urbanas, se encuentra como un producto residual oculto en una especie de remanso lento, imperceptible, sin que se haya hecho mayor esfuerzo por incorporarlo a nuestro medio y para quien hasta los enseres más indispensables (una cama, una mesa) constituyen casi fobias.

En la actualidad el gobierno de la república y nuestros organismos educativos han establecido reformas y creado sistemas que aspiran a lograr en parte esta incorporación. La dotación de tierras a los campesinos contribuirá indudablemente a aliviar en parte esa tirantez económica que padecen, estimulando al mismo tiempo la iniciativa personal para mejorar sus medios; la labor que la Dirección General de los Núcleos Escolares Campesinos desarrolla por medio de sus Escuelas Funcionales, llevando sus enseñanzas de la escuela al hogar y del hogar a la comunidad, es tarea noble, patriótica y verdaderamente humana, pues despierta en ellos el sentido de superación y asimilación hacia nuestros niveles de vida más sanos y eficientes.

En cambio nuestra autónoma universidad aún no ha tomado su puesto en esta lucha fundamental y trascendente; contamos con 8 facultades y sin embargo de ello, el indio, nuestro verdadero pueblo, para nada cuenta en el alcance de sus planes.

Lo que se ha hecho hasta hoy por quienes han abordado el problema, todavía está muy cerca de su punto de partida y la condición social del indio continúa en el sótano de nuestro edificio educacional.

h) Cómo adaptarse al medio

Las consideraciones que he dejado apuntadas, reflejan mi impresión general en el tiempo que he trabajado en el medio rural.

Cuando yo llegué a San Juan Sacatepéquez desconocía gran parte de estas condiciones, pero insensiblemente y conforme corrían las semanas fui familiarizándome con la manera de actuar y de pensar del indio, tratando poco a poco de comprender mejor sus sistemas y procedimientos. En realidad desde que inicié mis gestiones para tra-

bajar en la Unidad Asistencial, el Director Médico de la misma me había prevenido que debía llegar dispuesto a hacer, no sólo una labor médica eficiente, sino también a ejercer una función altamente social y de acercamiento y comprensión para con ese grupo poco favorecido, cuya educación y nivel de vida les impide aceptar y aprovechar las ventajas que ofrece la medicina científica moderna, permaneciendo en cambio apegados a las prácticas de curanderos y de brujos.

Y no podía ser de otra manera; es indispensable que el médico rural posea un espíritu y tendencias sociales firmemente sustentadas, para saber y poder adaptarse al medio. Es necesario renunciar a la comodidad y al confort de la ciudad, a las diversiones y a veces al descanso, para colocarse en el plano requerido siempre con espíritu de lucha, con ánimo de triunfo, no puedo menos de mencionar aquí aquellas palabras tan ajustadas a la realidad que en una ocasión me dijera el Dr. Cofiño: "No hay que esperar que el indio ascienda a nuestras alturas sino por el contrario descender nosotros hasta el plano de ellos tratando de comprenderlos plenamente infundiéndoles la confianza necesaria para mejor lograr nuestros propósitos".

Debo manifestar que uno de mis mayores valladares ha sido el desconocimiento de la lengua que en muchos casos me ha impedido expresar mis verdaderos deseos o sentimientos, entorpeciendo también la comprensión de algunas indicaciones médicas pues, teniendo que recurrir a intérpretes, muchas veces deficientes, las posibilidades de ganar la confianza de quienes recurrían a mi ayuda se vieron limitadas por el cerco de la mutua incomprensión.

En este aspecto puedo decir que los mayores éxitos los logré aprovechando el pequeño núcleo de los niños escolares como un puente de aproximación a los hogares. Es formidable la influencia de la propaganda hecha por las manifestaciones infantiles en el ánimo de las comunidades y si un médico obtiene el afecto de estos niños es seguro que gana también la simpatía de la familia pero desgraciadamente la proporción de niños de edad escolar que acuden a la escuela es muy baja, y no todos manifiestan las mismas inclinaciones, pues en algunos lugares

bandadas de pequeños que huyen despavoridos a los cerros o a sus ranchos.

Puedo pues decir que la adaptación al medio rural depende exclusivamente de la comprensión y del sentido social y humanista del médico, de ver en el indio o el enfermo menesteroso al semejante necesitado tratándolo sin recelo, a corazón abierto, acudiendo a él a donde quiera que sea aunque sea a costa de verdaderos sacrificios, ganándose su respeto y adhesión por el mérito propio de nuestra actuación solícita, voluntariosa, prestada sin disgustos y sin regateos.



BOSQUEJO DE UNA ORGANIZACION MEDICA EN EL MEDIO RURAL

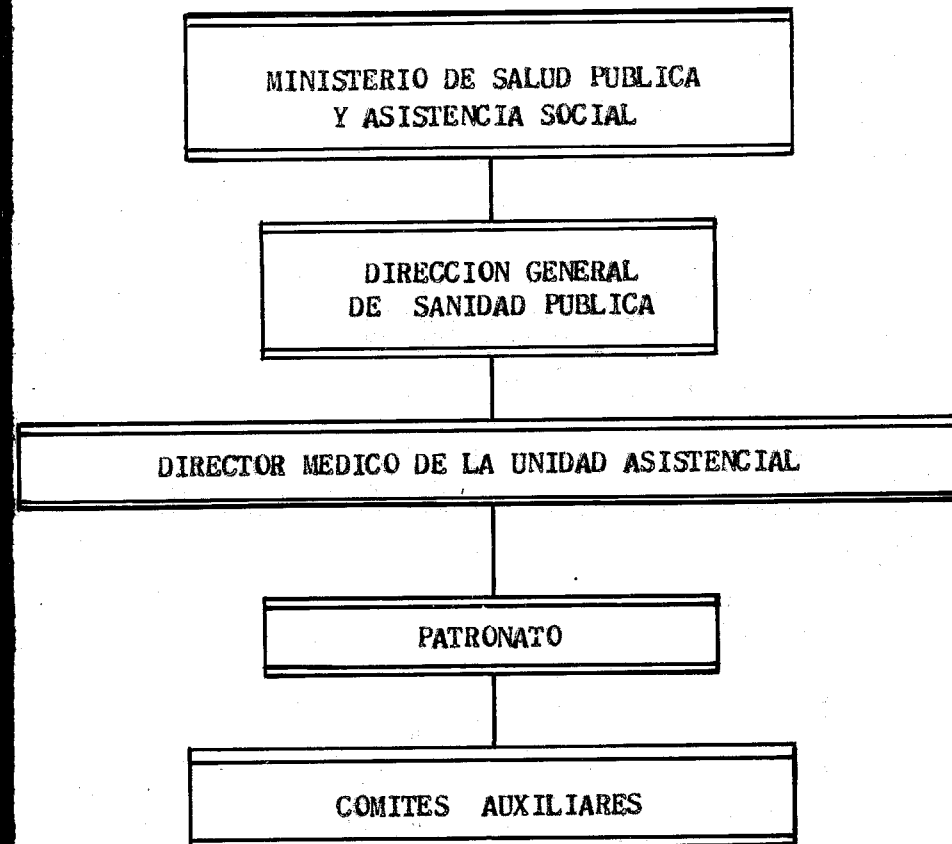
Es fácil comprender por las consideraciones que he dejado apuntadas, que el éxito de una organización médica de asistencia rural estriba en su adaptación al medio y en colocar sus elementos técnicos y científicos en planos accesibles, cediendo un poco en las rigideces que establecen las instituciones citadinas, aceptando aún en parte la práctica de las costumbres del indígena en favor de un reacondicionamiento progresivo de las mismas, que están a la espera de su pulimento civilizante.

La Unidad Asistencial de San Juan Sacatepéquez, ha llenado plenamente este objetivo al adoptar sistemas que según mi opinión, hacen que su organización marche sobre líneas seguras a la conquista de ese medio ignorando ampliando año con año su campo de acción y beneficio, enalteciendo así también, la nobleza y el ejercicio de una profesión médica más humanizada.

No voy pues en este capítulo, a hacer la descripción de la forma en que funciona la Unidad Asistencial; ya con anterioridad el doctor Cofiño y sus colaboradores Dr. Hurtado y Dr. Alvarado, presentaron estudios completos sobre este aspecto por lo cual considero innecesaria su repetición.

Quiero, eso sí, dar una idea general previa, para en seguida analizar algunos de esos sistemas de que hablé con anterioridad y que considero que son, repito, la base que sustenta con firmeza, por sus lineamientos más que democráticos, el amplio programa Médico-Social-Asistencial que cubre la Institución.

El siguiente cuadro facilitará mejor mi exposición:

ORGANIZACION FUNDAMENTALCOORDINACION ESTADO-INICIATIVA PRIVADA

El estado da la orientación general y mantiene la descentralización que permite el libre desarrollo de la iniciativa privada.

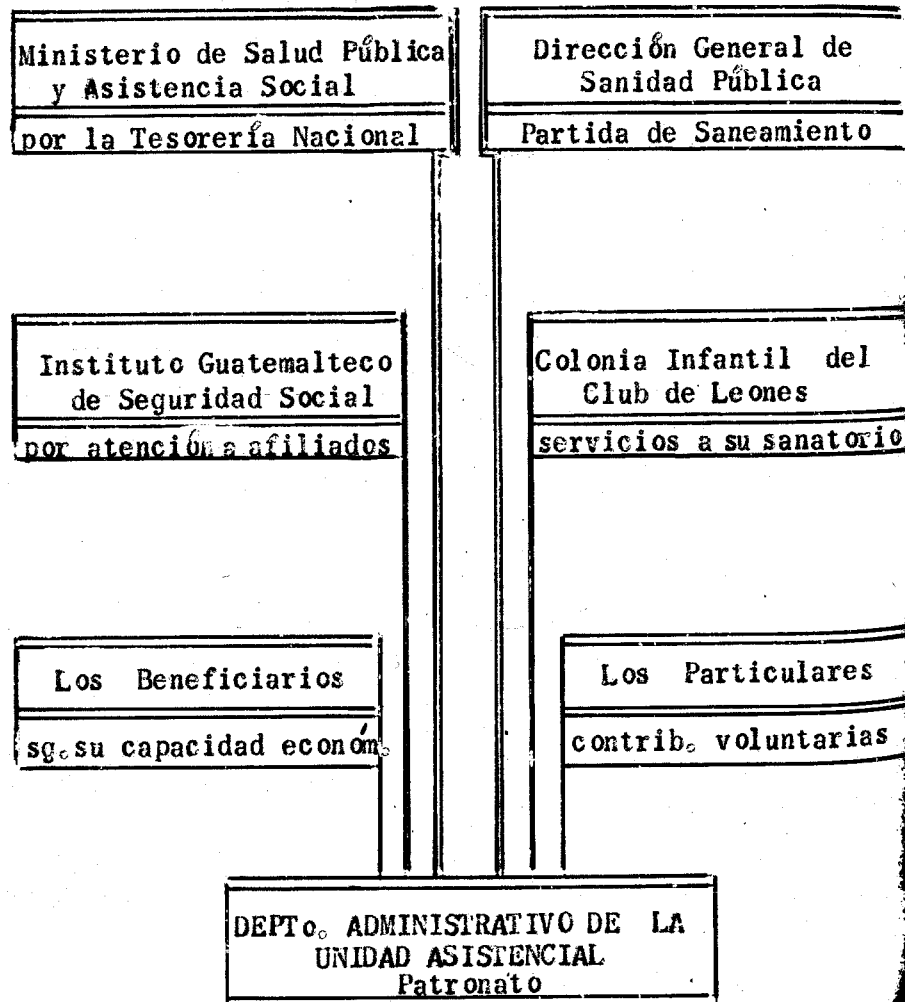
La Dirección Médica (ad-honorem) es el enlace entre el estado y la iniciativa privada representada por el patronato local.

CUADRO No. 2

FINANCIAMIENTO

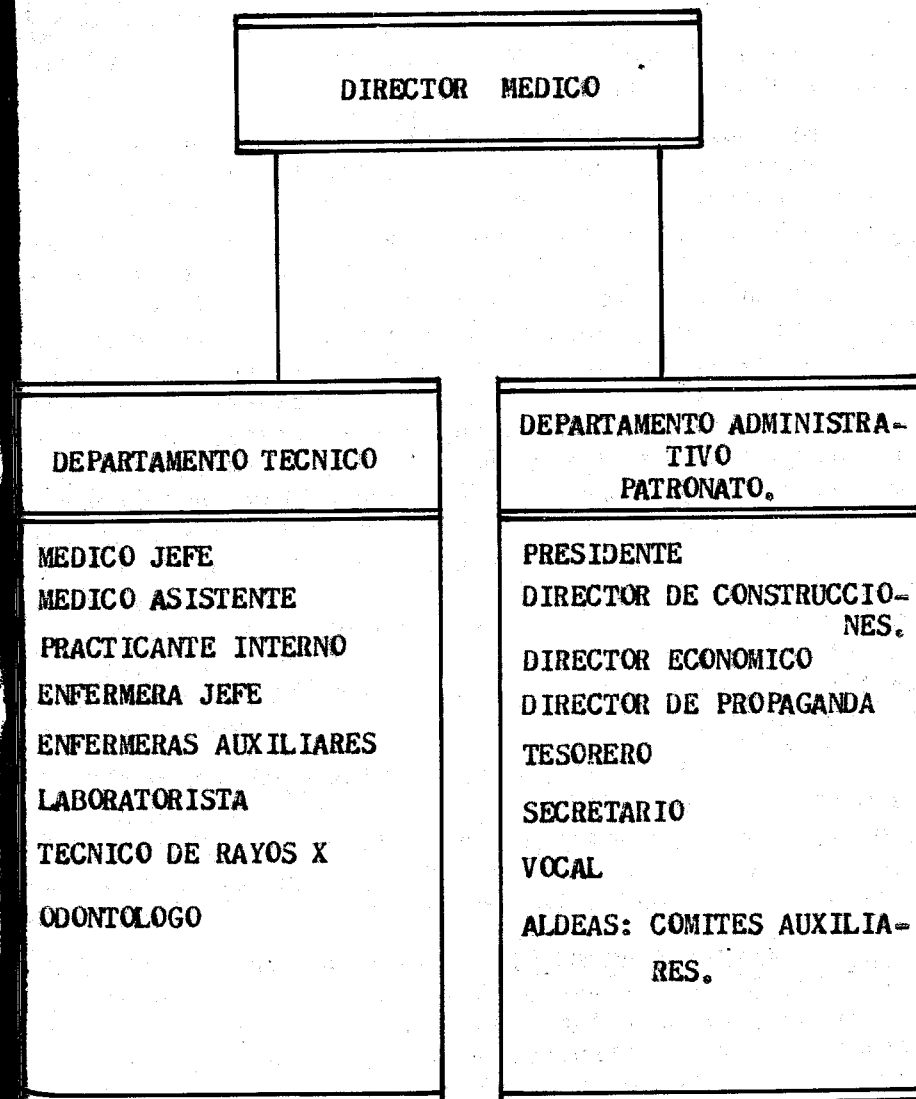
Los Ingresos

Subvenciones del Estado



CUADRO No. 3

ORGANIZACION TECNICO ADMINISTRATIVA



a) Dependencia de la Unidad Asistencial

Como se puede ver por el esquema, la Unidad Asistencial representa una coordinación entre el gobierno de la república representado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Dirección General de Sanidad Pública por una parte, y por otra, de la Iniciativa Privada representada por un Patronato de vecinos de la localidad. El lazo de unión entre ambos es el Director Médico de quien depende la organización técnica de la Institución (Cuadro No. 1).

Es aquí precisamente donde radica una de las primeras modalidades que quiero hacer resaltar: la asociación del estado y de la iniciativa privada, factor principal en el éxito de los resultados logrados por las razones siguientes: 1o. Por la participación de la comunidad que hace aprovechar la fuerza viva de elementos que desean mejorar el pueblo donde viven. 2o. Porque el centro de salud no representa un injerto extraño sino más bien una creación que el pueblo ve levantarse a sus ojos y, podemos decir, por la ayuda de sus brazos. 3o. Porque los fondos adquiridos con dificultad son manejados con decencia y parsimonia. 4o. Porque como genuinos representantes del pueblo se interesan en la supervisión de los servicios establecidos y hacen que se cumplan los reglamentos instituidos. 5o. Porque son fuente viva de estímulo dentro de los otros coterráneos y en las aldeas vecinas creando el espíritu de superación. 6o. Porque constituyen una fuente de economía incalculable en dinero y en personal.

El estado por su parte, no sólo contribuye sustancialmente en los gastos sino que proporciona elemento técnico y orientación general dentro de un plan nacional que aunque efectivamente se encuentra en su período inicial, no es menos una tendencia que requiere desarrollo.

La libertad de manejo y autonomía que se ha dejado a esta Unidad Piloto, permite la aplicación de sistemas nuevos y elimina las trabas de la complicada administración pública apartándose de los sistemas cuyo fracaso ya no necesita demostrarse al quedar escrito con caracteres penosos en las estadísticas médico sanitarias. De este modo se pueden buscar nuevos senderos y nuevos métodos, que traduciéndose en hechos reales, permitan el pa-

so que media entre el plan local y el plan nacional.

Es indudable, y esto merece resaltarse también, que esta asociación de estado e iniciativa privada establece nexos de mayor solidaridad entre pueblo y gobierno suprimiendo las vallas que antes hacían casi inasequibles los organismos estatales que por ello mismo ignoraban nuestras necesidades más urgentes.

b) Remuneración de los servicios por el beneficiario

La participación económica del individuo como beneficiario de servicios recibidos es otro factor importante, pues se tiende a crear en él en esta forma un sentido de valorización de su salud que es indispensable, y como paciente, conoce que ha adquirido un derecho que lo acredita y lo respalda para recibir un tratamiento en igualdad de condiciones con el resto de los consultantes. Yo no sé como reaccione el indio en su interior pero, probablemente, el efecto psicológico de esta medida debe ser efectivamente positivo pues sus manifestaciones externas, observadas personalmente, concuerdan con este criterio.

El arancel establecido es modesto no pesando prácticamente en la economía del enfermo. El servicio médico está facultado para variarlo evitando que grave a los que realmente carecen de posibilidades económicas, dando se el caso en ocasiones, de no sólo no cobrar el importe de la consulta o los servicios prestados sino de ayudarse con medicamentos y alimentación al consultante. El indio constituye así, un contribuyente más de una obra que redunda en su propio beneficio.

c) Adaptación de servicios con relación al indio.

Con gran visión e interpretación de la realidad, la Dirección Técnica de la Unidad Asistencial admite modificaciones en su reglamento que si bien, aparentemente, están en abierto desacuerdo con las más modernas disciplinas de hospital, logran sin embargo de ello, captarse la simpatía y la confianza de ese grupo étnico que viene a ser su meta principal: el indio.



La Unidad permite a los familiares cuidar a sus enfermos adaptándose a sus costumbres.

La primera vez que yo ví en la sala destinada a los niños un enfermito rodeado de sus familiares dedicados a comer sus tortillas con frijoles, expuse al médico jefe mi extrañeza de que se admitieran esas libertades; cómo me alegro ahora de no haber tomado otras medidas entonces; entre los indios es una costumbre sólidamente arraigada, estimular el apetito de sus enfermos comiendo delante de él; y el reglamento de la Unidad Asistencial permite esto. Y permite también que estos familiares dejen a alguno de ellos cuidando a su enfermo, acostándose en el suelo con su petate o su poncho, a veces bajando al enfermo para dormir juntos.

¿Ha sido un error? No, evidentemente no, yo mismo comprobé mas tarde que en estas libertades radicaba en un grado enorme, la aceptación lograda por sus servicios entre la población rural; y aunque parezca mentira, con estas libertades se ha logrado aún introducir ideas nuevas a costumbres viejas. Citaré un caso: en ocasión de hacer una visita a la aldea Vista Hermosa tuve necesidad de llevar a la Unidad al enfermito visitado, era este un viejo indio muy respetado en su comunidad, lo encontré en el suelo tapado con el típico poncho. Al llegar al hospital lo acomodamos en una cama pero él la rechazó, la sentía insegura, "aguada", ordené que le quitaran el colchón y colocaran unas tablas sobre el marco cubriéndolos resortes, mi paciente la aceptó así y le gustó. Algún tiempo después fui llamado para ver a otro enfermito en el mismo rancho, pero ya no lo encontré en el suelo; en vez de ello se había construido una cama enorme, una especie de entarimado donde adaptada a su gusto dormía toda la familia de mi viejo indio.

Y este caso no es único, podría describir muchos y muy diversos, pero es una muestra bastante ilustrativa de que estas concesiones que se han hecho están muy lejos de ser malas.

No es raro ver en la Unidad Asistencial a un grupo de "naturales" haciendo su comida en el traspatio del hospital; pero tampoco es raro ver a una indita haciendo ya uso del "poyo" en la cocina.

Son indudables las ventajas derivadas de este sistema asistencial, el indio no mira así un lugar para su enfermo solo, sino encuentra más bien un espacio que acoge a la familia, en otras palabras, las salas de la Uni-

dad vienen a ser para ellos un verdadero Hospital Familiar.

d) Creación de Comités Auxiliares

Es también un punto importante de conocer, el que se relaciona con el establecimiento de los Comités Auxiliares que funcionan en las aldeas.

El equipo móvil de la Unidad Asistencial al ampliar más y más su radio de acción introduciéndose a nuevas aldeas, caseríos y rancherías, determinó la creación de pequeños patronatos o comités a distancia que estrechamente relacionados a los organismos centrales desarrollarán una labor administrativa y de propaganda en beneficio de las estaciones rurales; son notables los resultados obtenidos de esta red hasta la fecha.

Evidentemente debe resaltarse aquí también la importancia de involucrar a la comunidad en la organización de los servicios haciéndola parte de los mismos e inculcándole por lo tanto el interés por mantenerlos y a su tiempo, mejorarlos.

e) Elementos técnicos con que se debe contar. Equipos Mínimos.

Es lógico que para desarrollar un buen trabajo médico-social-asistencial, debe contarse con los elementos técnicos más indispensables; de la regularidad de los servicios depende mucho el éxito que se logre y esta regularidad sólo es posible obtenerla con un personal suficientemente consciente y capacitado para comprender la tarea que le toca desempeñar.

La Unidad Asistencial de San Juan Sacatepéquez ha logrado progresar en una forma sorprendente, sin embargo de ello, hace escasamente 7 años se inició con un médico, una enfermera obstétrica y un empleado de escriptorio; meses después se sumó una laboratorista. Posteriormente, como consecuencia de la ampliación de servicios y creación de nuevos departamentos, ha venido completando su personal según las nuevas necesidades contando en la actualidad con: dos médicos, un practicante interno, una jefe de enfermeras, cuatro enfermeras auxiliares, una laboratorista, una técnica en rayos X, un odontólogo, una se



Grupo de indios cocinando en el traspatio de la Unidad Asistencial



Una india haciendo uso del "poyo" en la Unidad A-
sistencial.

cretaria y un Admor. general. Además, dos domésticas.

Entre el personal que voluntariamente ha colaborado en la labor de propaganda y acercamiento para con los indígenas, la Unidad Asistencial cuenta también con algunos elementos, pocos, extraídos de su propio medio los cuales actúan como visitantes o intérpretes según las ocasiones, entre éstos una "natural", la Chica como le llamamos corrientemente, es la que más ha hecho en este sentido siendo por ello bastante conocida.

Personalmente creo que podrían establecerse otras unidades rurales partiendo de un Equipo Técnico Mínimo compuesto de: un médico, una comadrona, una enfermera y una laboratorista. Claro que una empleada de escritorio aliviaría en grado apreciable el trabajo en general, pero en su defecto, este podría ser cubierto por personal voluntario logrado en el mismo lugar, o en casos extremos, agregarse por ejemplo a los deberes de la comadrona, según el volumen de trabajo, especialmente en lo referente a la extensión de consultas.

Puedo asegurar enfáticamente que en algunas oportunidades me he visto laborando por cierto tiempo con ese personal habiéndonos desempeñado, con algunas deficiencias explicables lógicamente, en forma más o menos aceptable. Hay que tener muy en cuenta que la multiplicidad de servicios y el ritmo intenso de labores que cubre la Unidad Asistencial, no son de ningún modo comparables a los que podría entrañar el establecimiento de una estación inicial; estoy plenamente seguro que con los 4 elementos técnicos que me permití mencionar, se garantizaría su funcionamiento.

En lo referente a mobiliario, materiales, instrumental y medicamentos, debe contarse con los más esenciales siendo imprescindibles: 1o. Mobiliario: mesa clínica, escritorio, sillas, botiquín, unas cuantas camas, archivero; 2o. Materiales: lo necesario para el examen clínico y obstétrico, valija médica equipada, microscopio y elementos para el laboratorio que debe cubrir como mínimo los exámenes siguientes: a) Sangre: recuento globular y fórmula leucocitaria, determinación de la hemoglobina %, investigación de hematozooario, compatibilidad sanguínea. b) Heces fecales. c) Orina. d) de L.C.R. sensible. e) investigación de elementos Gram positivos y negativos; 3o. Instrumental: también el necesario para

completar el examen sea médico, quirúrgico u obstétrico, además de jeringas hipodérmicas, llave de tres vías, agujas hipodérmicas y de sutura, guantes, tijeras, bisturí, pinzas, etc.; 40. Medicamentos: antisépticos, antiparasitarios, antipalúdicos, gasa, vendas, algodón.

En relación con los beneficios que se lograrían de estas instalaciones mínimas, estoy seguro que su costo estaría prontamente justificado con creces pues desarrollarían una labor realmente efectiva especialmente en lo referente a la medicina preventiva.

Debo agregar que en este sentido un vehículo es de ayuda invaluable pues permite llegar a las regiones más apartadas economizando tiempo que es precioso, facilitando mucho las labores diarias y cubriendo un radio de acción considerable en relación al centro de la instalación. Su uso para el transporte de los enfermos que así lo ameritan es indudable siendo en ocasiones el auxiliar más oportuno en la efectividad de algunos tratamientos, como accidentes y heridos, en que el tiempo llega a medirse por segundos como factor primordial del éxito que se alcance.

f) Servicios que presta la Unidad Asistencial

Decía con anterioridad que el grado de adelanto alcanzado por la Unidad Asistencial no podría en ningún modo compararse con los servicios que prestaría una Estación Inicial; en efecto, para dar solamente una idea de las actividades de esta institución, me permitiré enumerarlas en seguida haciendo algunas consideraciones en lo que se refiere a varias de ellas para mostrar cómo esta organización, trata de abrir nuevos horizontes tendientes a superar aún más sus beneficios en favor de nuestro medio realmente necesitado.

Los servicios prestados son: 1. Consulta externa de medicina y cirugía general. 2. Consulta de atención prenatal. 3. Servicio de emergencia. 4. Servicio de hospitalización. 5. Hipodermia. 6. Atención médica a domicilio. 7. Servicio dental. 8. Laboratorio. 9. Rayos X. 10. Unidad Móvil que presta además: a) Servicio rural de atención médica y de tipo ambulancia; b) Servicio de profilaxia y sanidad escolar, inmunización; c) Registros clínicos escolares; d) Consulta en las aldeas; e) Propa-

ganda y divulgación. La Unidad presta además: 11. Servicio de reparo de leche UNICEF; 12. Atención médica, dental y de laboratorio a la Colonia Infantil de Club de Leones; 13. Atención médica a la Colonia de Vacaciones "Las Golondrinas" del Centro Educativo Asistencial; 14. Consultorio 1.10-1 del IGSS (accidentes en general y puesto de primeros auxilios); 15. Consultorio y Centro 1.10-2 Materno Infantil del IGSS; 16. Servicio docente que comprende: a) Internado de medicina rural y b) Escuela de capacitación de auxiliares rurales.

Voy a referirme ahora a algunos de estos servicios que creo merecen resaltarse cada uno en su aspecto individual.

Consultorio 1.10-1 y Consultorio y Centro 1.10-2 del IGSS.

Como consultorio del IGSS, la Unidad Asistencial recibe una subvención por sus servicios lo cual le permite en parte cubrir su presupuesto general, pero, y aquí es donde radica el objeto de mi observación, es indudable que el sostenimiento de un puesto con condiciones muy inferiores a las del actual, le significaría al IGSS un gasto mucho mayor con atención más deficiente; la colaboración de ambas partes hace por el contrario que el sistema redunde en beneficio mutuo: la Unidad, contando entre sus ingresos con una fuente segura y estable lo cual contribuye, es claro, a su normal funcionamiento; el IGSS, garantizando así un servicio efectivo e integral que se ajusta estrictamente a sus reglamentos y que se encargan de llenar 4 médicos y un equipo técnico completo y eficiente.

Servicio Docente. a) Internado de medicina rural

La Facultad de Medicina dando su primer paso de contacto con el medio rural, ha conferido el carácter de internado a los seis meses de prácticas rurales llenados por los estudiantes en la Unidad Asistencial, medida que asume un valor inestimable si se toma en consideración que antes nos era absolutamente imposible, como cursantes, introducir dicha práctica en el expediente general; esto quiere decir que el campo de la medicina rural tiene ya una puerta abierta de acceso para aquel que quiera investigar, o posteriormente ejercerlo, desde luego que la

dirección médica de la Unidad Asistencial daría indudablemente preferencia según la competencia demostrada a los estudiantes que hubieran desempeñado dicho internado.

Servicio Docente. b) Escuela de Capacitación de Auxiliares Rurales.

Esta escuela, otro de los servicios que debe ser considerado por sus grandes proyecciones para el futuro, funciona como una dependencia de la Unidad Asistencial que multiplicando sus recursos la ha habilitado con vistas a la capacitación de un personal compuesto por muchas de las aldeas las cuales, al egresar, únicamente podrán prestar sus servicios en estas aldeas o en el medio rural llenando una función social asistencial allí donde se hace verdaderamente necesaria, en esos lugares escondidos y pobres, en esos rancheríos y aldeas abandonados a su suerte donde sólo a duras penas logra llegarse para encontrar los cuadros más calamitosos, condiciones sanitarias de vergüenza y un sentido de lo que es la asistencia médica ignorado y nulo.

Este ha sido el motivo fundamental de la fundación de la Escuela de Auxiliares Rurales, contemplándose su proyección hacia los hogares. La enseñanza es impartida por el personal técnico de la Unidad y para completarla se emplean todos los servicios de la institución.

Los requisitos para ingresar a la misma son, entre otros, tener un grado de preparación suficiente para comprender los cursos a recibir; esto se investiga por medio de tests adecuados que orientarán sobre el grado de inclinación hacia las diferentes actividades que deberán cubrir en el futuro, es decir: tendencias sociales, inclinación a la enfermería, al trabajo médico sanitario, determinándose también en la misma forma la capacidad de disciplina, de aprovechamiento, de inteligencia, como factores indispensables al buen logro de los cursos.

El hecho de que las estudiantes sean originarias de aldeas tiene por objeto su utilización posterior en este mismo medio evitando su emigración a los centros, hospitales o casas de salud de la capital.

Actualmente los planes se encuentran en período inicial pero se ha establecido un año de estudios distribuidos en cuatro trimestres durante los cuales se impar-

tirán los principios fundamentales de la medicina de urgencia, dietética, obstetricia, cirugía, higiene, enfermería práctica, medicina preventiva, ética profesional entre otras, pero preponderantemente se dará enseñanza sobre medicina y Trabajo Social, Función Sanitaria y Cuidado del Hogar.

Al final las alumnas recibirán un diploma que las acreditará como "AUXILIARES RURALES" y una insignia con el mismo objeto.

Un nuevo campo de acción se ha abierto en esta forma sacándolo precisamente de la entraña de nuestro pueblo, los beneficios perseguidos serán cosa del futuro, pero es indudable que hay mejores esperanzas que alumbran al mañana.



SITUACION DE LA ASISTENCIA RURAL EN EL RESTO DE LA REPUBLICA

No pretendo en este capítulo hacer un análisis exacto del estado de la asistencia médica en el país, es toy convencido que aún las estadísticas no pueden dar datos exactos; lo que quiero es, con las cifras de los censos más recientes, mostrar la situación inverosímil por su crudeza, en que se halla nuestra población rural en el presente, díganlo si nó las siguientes estimaciones.

a) Distribución de médicos, enfermeras, comadronas y hospitales en la república.

Guatemala cuenta con 500 médicos distribuidos en 22 departamentos, pero de estos 500 médicos se encuentran en la capital 384 o sea el 76.8% del total quedando el 23.20 % restante distribuido en 21 departamentos, es decir que 106 médicos cubren la asistencia de más o menos 3.000,000 de habitantes que se encuentran repartidos en todo el territorio, y aún esto es relativo pues debe tomarse muy en cuenta que estos médicos se encuentran a su vez radicados en las cabeceras departamentales no quedando para la población extraurbana prácticamente ninguno de ellos. La evidencia es francamente deplorable, aún suponiendo que cada médico atendiera una cantidad de personas determinada según la densidad de las poblaciones, tendríamos que en la capital habría un médico por cada 1157 habitantes, en cambio en Chimaltenango por ejemplo, habría un médico por cada 61.155 habitantes; la desproporción es exagerada, casi increíble, harían falta aproximadamente 120 médicos para que Chimaltenango tuviera una atención más o menos igual a la de la capital. Y qué podríamos decir de departamentos como el Quiché, o peor, Huehuetenango, donde hay un médico por cada 99.400 habitantes?

En cuanto a enfermeras el número total de graduadas hasta el año de 1951 era de 366 de las cuales 146 trabajaban con el estado distribuidas entre la capital y los departamentos, pero también aquí las cifras son reveladoras: 123 en la capital y sólo 23 en los 21 departamentos restantes, es decir el 18.69 % del total. Y algunos

de estos departamentos no contaban con ninguna. Respecto a las 220 enfermeras restantes no hay datos que ilustren sobre su distribución en la república pero es casi seguro que las proporciones sean también muy similares a las anteriores, tomando en consideración el número de ellas absorbido por los diversos centros del IGSS y las casas de salud.

El número de comadronas tituladas es de 57 (censo de 1951) para toda la república. Considérese cuál será la atención que podrá tener nuestra población cuando anualmente nacen más de 140,000 niños. Es indudable que el número de ellas ha aumentado para esta parte en una forma tan imperceptible que la proporción continúa siendo sensiblemente la misma. Y la distribución de este elemento reviste los mismos caracteres que los anteriores, dar porcentajes sería obvio, en este sentido nuestra natalidad no cuenta con personal técnico para su asistencia ni siquiera en las cabeceras departamentales.

Hospitales hay 33 en la república, entre nacionales y particulares, de éstos, 9 se encuentran en la capital y 22 en el resto de la república; según los datos que pude recabar, en conjunto hacen un total de 6,967 camas, pero de este total la capital se beneficia con 4,149 y quedan para el resto de la república 2,818 que se reparten en 21 departamentos. También aquí existe pues una gran desproporción y también aquí se debe hacer notar que estos hospitales se encuentran ubicados en las cabeceras impartiendo sus beneficios a la población urbana en suma yorfa. La población rural aún no educada en las ventajas de nuestra vida moderna, continúa ignorada e indiferente muriéndose sin auxilios, y la población rural constituye el 85% de la población total de la república.

b) Falta de organizaciones adaptadas.

Por las consideraciones expuestas se desprende la absoluta falta de organizaciones orientadas a adaptarse a este medio que es donde en realidad hace falta de una manera absoluta la asistencia médica integral.

El establecimiento de Unidades Sanitarias tiende sin duda a aliviar en parte esta situación, pero hasta la fecha han demostrado carecer de la acomodación indispensable para efectuar una labor efectiva. En este sentido la Unidad Asistencial de San Juan Sacatepéquez ha encontra-

do su verdadero cauce, el camino justo de la reintegración médico-social-asistencial siendo, en mi opinión, la única que llena a satisfacción su cometido manifestado en su constante progreso, en el ensanchamiento cada vez más rápido de su campo de acción.

Actualmente San Juan Sacatepéquez se está transformando en el centro director de un plan de Unidades Asistenciales con vistas a ir mejorando, según lo permitan futuras posibilidades, su red protectora; tanto que una nueva denominación empieza a dejarse escuchar en las siglas de la "ASUAR", dicho en otras palabras: Asociación de Unidades Asistenciales Rurales. El término tiende a despersonalizar una sola Institución comprendiendo un conjunto que, ojalá en un día no lejano, vea crecer sus integrantes parciales en números más prometedores. Por ahora se encuentran ya establecidas y funcionando las unidades de: San Juan Sacatepéquez, San Pedro Sacatepéquez, San Raymundo y Montúfar; es probable que pronto se agregue a éstas otra más: Comunidad de Ruiz.

Lástima que las posibilidades económicas limiten y frenen el impulso que por inercia lleva estas obras hacia adelante impidiendo que sus beneficios lleguen a proporcionar al máximo el donde más indispensables se hacen: en el medio urgido de la estimación inicial, en el medio del abandono y las carencias, en el medio rural.

Es tiempo ya de que los organismos indicados principien a darle la importancia que este medio se merece, que la Universidad, las Facultades, los estudiantes y las Asociaciones de Bienestar Social tomen su bandera en lo que a cada uno corresponde sumándose a lo poco que ya se encuentra en marcha.

Nuestra población rural, que es el exponente verdadero, de la población guatemalteca, se encuentra enormemente rezagada, casi indiferente, del ritmo creciente y cada vez más acelerado de la civilización y necesita, la realidad lo dice a gritos, de esa ayuda que sólo nosotros podemos prestarle; los estudiantes, los profesionales, las asociaciones y colegios, debemos poner ya el granode arena que la dignidad de nuestra patria y nuestro pueblo nos exige.

- c) Urgencia de estudiar la mejor repartición de elementos dándoles facilidades técnicas y eco

micas.

En lo que al campo médico-social-asistencial toca, creo que es en manos de los muchachos jóvenes, egresados o para egresar, donde radica el depósito futuro de esta parte. Las primeras inquietudes, el entusiasmo y el deseo de progreso inmediato, la solventación económica buscada para el inicio de la actividad profesional, con cartas de recomendación que valoran suficientemente su utilización en el campo médico asistencial rural.

Es claro que el estudio de una organización de esta índole implica también la creación de nuevas plazas que han de trabajar con las facilidades técnicas primordiales contempladas más o menos al hablar de las Estaciones Mínimas, garantizándoles un respaldo económico proporcional y justo para obtener los resultados óptimos.

En este sentido es de verdadera urgencia estudiar también la mejor repartición de elementos tratando de cubrir zonas cada vez mayores de nuestras tierras extraurbanas.

En 1952, siendo yo todavía Médico Asistente de la Unidad Asistencial, tuve la gran satisfacción de ver que la Asociación "La Juventud Médica" principiaba sus primeros sondeos tendientes a tomar el problema entre sus manos en la medida de sus fuerzas y posibilidades. Varios muchachos por grupos de 4 llegaron a la Unidad a laborar a la par nuestra y a recabar todos aquellos datos que contribuyeran a exponer claramente la situación de este ramal de la Asistencia médica. Ojalá, y así abrigo la esperanza, que este paso no haya sido un eslabón desarticulado. Con un plan técnico-económico que debe ser estudio de los organismos competentes, en las manos de estos muchachos descansará fundamentalmente su realización.

De todas maneras éstas no son sino las primeras pruebas dentro de uno de nuestros terrenos más escabrosos, el porvenir cierto descansa en el estudio concienzudo del problema y en su abordamiento sin reservas ni medrosidades por el esfuerzo mancomunado de todos y cada uno de los elementos que pueden y deben intervenir de inmediato en su resolución.

CAPITULO V

Conclusiones

10. La población rural en Guatemala representa aproximadamente los 9/10 de la población total y de una manera general está representada por una población india que según las regiones oscila entre el 60 y el 90 % y aún más de la población total.
20. La población rural de una manera general se encuentra casi totalmente privada de atención médico-sanitaria-asistencial: ni el 1/2 % de los niños que vienen al mundo tienen atención facultativa, ni el 10 % de los que mueren han recibido atención médica u hospitalaria.
30. Para estar acordes y fieles con los postulados de liberación nacional y de reintegración del campesinado, es imprescindible desarrollar métodos y técnicas que hagan efectiva la asistencia médica correcta como una obligación que la constitución fija al estado.
40. La asistencia en el medio rural debe ser de forma multivalente pero sobre todo, perfectamente adaptada al medio tomando en cuenta que una cultura milenaria y una tradición que se pierde en la noche de los tiempos, no se pueden modificar al soplo de nuestros deseos. La labor debe ser continuada, constante, orientada y con el firme propósito de reintegrar al indio al lugar que de derecho le corresponde.
50. La Unidad Asistencial de San Juan Sacatepéquez ha sabido aprovechar al máximo los elementos del estado y de la iniciativa privada permitiendo la estructuración de un sistema que naciendo en el pueblo mismo, se va haciendo intimamente familiar y no constituye una extraña implantación venida de afuera.
60. Los métodos y sistemas que se apliquen deben perder algo del rigorismo-técnico en beneficio de una más humana comprensión adaptada al medio y al individuo que se trata de proteger.

70. Las organizaciones de tipo rural deben gozar de un equipo que en lo mínimo contenga lo esencial para dar al médico el apoyo técnico que le permita extender sus humanitarios servicios cubriendo un gran campo de acción social.
80. Las disciplinas facultativas no deben perder de vista la urgente necesidad de proteger a la inmensa mayoría de nuestro pueblo que se encuentra desprovista de servicios médicos, para que sus programas sin perder eficiencia, estén acordes con las necesidades nacionales.
90. El médico rural encuentra en el ambiente donde desarrolla sus actividades, un campo propicio para completar sus conocimientos y un ambiente ideal para comprender la hermosa misión que le corresponde.
10. El medio rural, abandonado hasta la fecha, debe ser conocido y servido por el estudiante de medicina, creándose al efecto el Servicio Rural Obligatorio, dentro de las prácticas facultativas. Las asociaciones estudiantiles deben seguir la campaña en favor del medio rural que ya han iniciado.
11. Hay un desequilibrio manifiesto y pernicioso en la distribución de médicos, enfermeras, comadronas y hospitales en Guatemala, que está en abierta pugna con el desarrollo de los sistemas médicos y sanitarios en general del medio rural.
12. Urge que tanto los organismos estatales como las entidades universitarias hagan el estudio conveniente de las condiciones del medio rural a efecto de tomar las medidas necesarias para mejorarlas de inmediato.
13. La colaboración estrecha entre los organismos educacionales y los de atención médico-social-asistencial, establecerá mejores y más completas normas tendientes a hacer de la incorporación del indio una lucha de dignidad.

nificación y enaltecimiento de la población rural de Guatemala.

Carlos Estrada Sandoval

Vo. Bo.

Dr. Ernesto Cofiño

Imprímase:

Dr. A. Palomo
Protem Decano

BIBLIOGRAFIA :

1. Organización de la Asistencia Médica en el Medio Rural
Dr. Ernesto Cofiño. Dr. Juan José Hurtado V.
Junio 1952. Rev. del Colegio Médico de Guatemala.
2. Estudio sobre la protección Materno-Infantil en Guatemala.
Dr. Minor Andrade C. Diciembre de 1951.
3. Organización Técnico Administrativa y Social de Asistencia Médico Sanitaria en el Medio Rural
Dr. René Alvarado Mendizábal. Junio de 1953.
4. Guatemala y el Ritmo de su Indio.
Joaquín Noval. Del Instituto Indigenista de Guatemala.
5. Núcleos Escolares Campesinos
Dr. Epaminondas Quintana, Srta. Angélica Godoy S.
y Sres. José Luis Amézquita y Eduardo Prado P.
Agosto de 1953.
6. Informe presentado por la Unidad Asistencial de San Juan Sacatepéquez al Seminario Nacional de Protección a la Infancia desarrollado en Guatemala. Agosto 1953
7. Dirección General de Estadística, Sexto Censo de Población. Abril de 1950.
8. Departamentos, Municipios, Ciudades, Villas, etc. de la República de Guatemala. Año de 1953.

