

**Plan de Integración
Programas de Salud Pública para el
Departamento de Escuintla**

Por Carlos Alberto Waldheim Córdón

**Tesis presentada a la Junta Directiva de
la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala,
en el acto de su investidura de Médico y
Cirujano.**



Guatemala, Junio de 1959

PLAN DE TESIS

Nota preliminar.

- 1.—Estudio y Análisis de los Problemas.
- 2.—Estudio y Análisis de los Recursos.
- 3.—Determinación de Objetivos.
- 4.—Formulación de Programas de Acción.
- 5.—Evaluación.

Conclusiones.

Bibliografía y Referencias.

NOTA PRELIMINAR

La nueva política sanitaria que se está iniciando, se define especialmente por la división de todo el territorio nacional en siete regiones sanitarias. Esta regionalización cuyo fin es el de llevar a todo el país los servicios necesarios para cumplir con las funciones básicas de la Salud Pública: Promover, Preservar y Recuperar la salud, se logró después de realizar un estudio crítico y llegar a la conclusión de que las bases de la actual organización sanitaria del país no llenan el cometido que persigue(1).

Conforme al nuevo proyecto, cada una de esas regiones sanitarias comprende varios departamentos que se caracterizan por tener problemas generales y de salud más o menos comunes. Otra característica de la nueva organización es la descentralización de funciones que se aplica en la regionalización, estableciendo un equipo mínimo de: Médico, Enfermera e Inspector Sanitario, encargados de lograr la ejecución de los programas en cada región a través de los Centros de Salud regionales. La canalización de los programas nacionales de salud se hará por medio de la División de Servicios Locales que es la única que posee carácter ejecutivo para las actividades de campo, quedando las otras cuatro divisiones de la nueva organización con carácter normativo encargadas de planear los programas(1).

El paso inicial de este nuevo concepto nacional de Salud Pública, fue la Organización en 1954 de la División de Servicios Rurales de Salud Pública. Uno de los puntos de esta Organización fue la de establecer una zona de demostración sanitaria en la que funcionan actualmente cinco Centros de Salud que constituyen así el laboratorio experimental para la aplicación y el estudio de los nuevos conceptos de Salud Pública a través de programas específicos.

Dentro de esta zona de demostración se fundó un Centro de Adiestramiento de donde han egresado con entrenamiento en Salud Pública, Médicos, Enfermeras, Inspectores de Salud Pública y Auxiliares de Enfermería. Este personal ha adquirido los ideales modernos y la capacidad para estudiar los problemas de la salud, planear y ejecutar los programas cuyo objetivo general es precisamente resolver esos problemas de la salud. Es así como en la actualidad encontramos a este personal trabajando en aquellas regiones de la República que confrontan las situaciones más graves en el aspecto sanitario.

Cinco municipios del Departamento de Escuintla quedaron comprendidos dentro de la zona de Demostración Sanitaria, hoy, Región Sanitaria N° 1. Estos municipios son: Escuintla (cabecera departamental), Palín, San Vicente Pacaya, Siquinalá y Santa Lucía Cotzumalguapa. En cuatro de ellos funcionan Centros de Salud. A través de la extensión de los Servicios con la colaboración de varias entidades internacionales (OMS, ICA y SCISP) en el año de 1958, se planeó la organización de nuevos Centros de Salud en los municipios de La Democracia y Tiquisate, Centros que no han llegado a trabajar completamente por encontrarse aún en fase de desarrollo la Región Sanitaria N° 3 en la que estos municipios quedaron comprendidos.

Nuestro estudio contempla la posibilidad de dejar el Departamento de Escuintla comprendido dentro de una sola región para facilitar el aspecto administrativo de los programas, no sólo desde el punto de vista de éstos en sí, sino que desde el punto de vista de las obligaciones fiscales, a las que se verán necesariamente sometidos.

El estudio está basado en los cinco pasos del proceso de planificación del profesor Dimock, modificados (2), los cuales son:

- 1.—Investigación y análisis de los problemas.
- 2.—Investigación y análisis de los recursos.
- 3.—Determinación de objetivos.
- 4.—Formulación de programas de acción, organización y métodos.
- 5.—Evaluación periódica.

Desarrollaremos nuestro trabajo siguiendo el orden establecido anteriormente.

1.—ESTUDIO Y ANALISIS DE LOS PROBLEMAS

Al establecer un servicio integral de salud, es necesario que el Sanitarista conozca algunos aspectos generales de esa región, para poder determinar cómo estos distintos aspectos afectan a la población o específicamente a algunos grupos de ellas (3). Tenemos que aceptar que este conocimiento del área nos permite valorar no sólo la magnitud del problema en sus distintos rubros, sino que es indispensable para determinar con qué facilidades o dificultades se va a encontrar el trabajador de Salud Pública en el desempeño de sus labores.

Son tantas las actividades que quedan involucradas dentro de las funciones de la Salud Pública, que este conocimiento necesariamente debe abarcar los siguientes aspectos:

- a) Aspectos geográficos y climatológicos;
- b) Aspectos demográficos; y
- c) Aspectos del ambiente físico.

a) ASPECTOS GEOGRAFICOS Y CLIMATOLOGICOS DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA

Es un territorio de 4,834 Kms². localizado en la zona Sur del país. Su altura sobre el nivel del mar varía desde los 1,540 metros a los 4 metros. Está dividido administrativamente en doce municipios. Por la diferencia de alturas el departamento queda comprendido entre las zonas templadas, sub-tropical y tropical, desarrollándose en todo el territorio la flora y fauna características de estas zonas climatológicas. La temperatura es generalmente cálida con muy poca variación entre las dos estaciones.

Límites: Al Norte está limitado por los departamentos de Guatemala, Sacatepéquez y Chimaltenango. Al Este por el Departamento de Santa Rosa, al Oeste por el Departamento de Suchitepéquez y al Sur lo limita el Océano Pacífico.

El departamento está cruzado de numerosos riachuelos que al final aumentan el caudal de seis grandes ríos que atraviesan el departamento y desembocan en el Océano Pacífico. Estos ríos son: Michatoya, Naranjo, Guacalate, Coyolate, Madre Vieja y Nahualate (4).

Cuadro N° 1

AREA EN KILOMETROS CUADRADOS Y ALTURA SOBRE EL NIVEL DEL MAR EN METROS DE LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA. (FUENTE: DIVISION DE TUBERCULOSIS)

Municipio	Area	Altura
Escuintla	332	338
Santa Lucía Cotzumalguapa	432	366
La Democracia	320	152
Siquinalá	168	336
Masagua	448	112
Tiquisate	892	41
La Gomera	640	61
Guanagazapa	220	457
San José	280	5
Iztapa	328	4
Palín	88	1,138
San Vicente Pacaya	236	1,540

Gobierno: De tipo representativo, cada municipio está regido por un Alcalde, Síndicos y Regidores, electos popularmente. En la cabecera departamental residen los diferentes representantes de los Organismos del Estado. El

ejecutivo está representado por el Gobernador Departamental que es a la vez Juez de Sanidad.

Vías de Comunicación: La alta productividad de este departamento ha causado la preocupación de los últimos Gobiernos por procurarle vías de comunicación asfaltadas o mantener caminos carreteros en buenas condiciones para el tránsito de todo tipo de vehículos. Las rutas nacionales N° 3 - 6W - 6E asfaltadas y numerosos caminos departamentales de los cuales doce se consideran buenos, transitables para toda clase de vehículos; tres en estado regular transitables para vehículos motorizados y siete en mal estado que sólo son transitables en época de verano. A través de las rutas nacionales, la cabecera departamental se comunica con los municipios de Palín, Masagua, San José, Izapa, Santa Lucía Cotzumalguapa, Siquinalá y por ramales con los municipios de La Democracia y La Gomera. Por rutas departamentales con los municipios de San Vicente Pacaya y Tiquisate. Así también con los departamentos de Guatemala, Sacatepéquez, Suchitepéquez y Santa Rosa. La abundancia de caminos vecinales hace factible la fácil comunicación con los núcleos más pequeños de la población (5).

Ferrocarril: De la ciudad de Escuintla se desprenden tres ramales ferroviarios importantes: el primero, que va hacia el Norte y termina en la capital de la República. El segundo, que va hacia el municipio de San José y termina en el muelle de ese importante puerto. El tercer ramal se dirige hacia el Oeste, atraviesa otros departamentos de la República y termina en la población de Ayutla en la frontera con la República de México.

Telégrafo y teléfono: Desde cada una de las cabeceras municipales es posible la comunicación telefónica o telegráfica con la cabecera departamental, y a través de ésta con el resto de la República (6).

Comentarios: Las características del departamento han contribuido a que en esa región se desarrolle una alta y

variada producción agrícola. Por su abundancia de terreno llano y pastos, la industria ganadera tiene gran auge, causando la importación de sementales vacunos de distintas variedades que se adaptan fácilmente a las características climatológicas. Este hecho puede determinar problemas para la salud pública local, ya que estos animales importados pudieran padecer o ser portadores de zoonosis que hasta la fecha no existen en el país (7).

El invierno prolongado durante ocho meses del año y las fuentes de agua abundantes, son causa de formación de estancamientos que favorece el crecimiento de larvas de insectos, tal como larvas de zancudos, pudiendo contribuir así a la prevalencia del paludismo en esa zona.

La abundancia de caminos hace posible pensar en las facilidades que encontraría el Sanitarista en su trabajo de campo, lo que determina un valioso recurso para la ejecución de programas.

b) ASPECTOS DEMOGRAFICOS DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA

La acción de la Salud Pública está dirigida a mejorar todos aquellos aspectos que de una u otra forma afecten al ser humano en su desarrollo, oportunidad de sobrevivencia, capacidad de trabajo, condiciones de vida, etc. Es necesario pues, hacer un estudio sobre las características generales de la población hacia la cual se van a enfocar las acciones posteriores.

Según el censo de población de 1950 el Departamento de Escuintla tiene 123,759 habitantes. Por razones técnicas, nos vemos en la necesidad de hacer uso de estos datos, aunque comprendamos que esto nos dará un margen de error considerable porque el Departamento de Escuintla posee un incremento de población de los más altos de la República. Para actualizar nuestro estudio y disminuir el margen de error antes mencionado, haremos uso en algunos aspectos del estudio, de la población calculada del

departamento para el año de 1957 por la División de Tuberculosis.

Cuadro N° 2

POBLACION TOTAL Y DENSIDAD DE POBLACION POR MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
(Población estimada para 1957 por la División de Tuberculosis)

Municipios	Población	Area en Kms. ²	Densidad de Población
TOTAL	148,570	4,384	33.82
Escuintla	37,950	332	114.3
Santa Lucía Cotz.	22,762	432	52.69
La Democracia	6,866	320	21.45
Siquinalá	6,693	168	39.84
Masagua	5,250	448	11.49
Tiquisate	36,467	892	40.88
La Gomera	4,669	640	7.30
Guanagazapa	4,828	220	21.95
San José (Puerto)	9,558	280	34.13
Iztapa	2,260	328	6.90
Palín	6,338	88	72.02
San Vicente Pacaya	4,926	236	20.87

Analizando el Cuadro N° 2, podemos apreciar que la población del departamento está distribuida muy irregularmente. Hay municipios muy poblados como Escuintla, Palín y Tiquisate. Otros con densidad de población mediana y otros cuya densidad es muy baja. El conocimiento del aspecto de población con relación a su densidad nos ayudará para establecer algunas necesidades del Servicio y sus programas. Mientras más dispersa es la población y más pequeños y separados son sus núcleos, el rendimiento del personal en trabajo de campo, disminuye por la nece-

sidad que tiene de hacer uso de su tiempo hábil para movilizarse de un núcleo a otro. Esta pérdida de tiempo nos hace pensar de antemano en la conveniencia del uso de vehículos para movilizarse más rápidamente y disminuir así el tiempo muerto. Por otro lado en los núcleos muy poblados ha de tomarse en cuenta el hecho de que por la proximidad, las enfermedades transmisibles se ven favorecidas en su mecanismo de propagación, contribuyendo a ello las condiciones ambientales cuando son inadecuadas así también los factores educativos y económico-sociales. Pero aquí el servicio de salud se favorece en el sentido de que el tiempo de movilización del personal disminuye y el rendimiento para el trabajo efectivo aumenta considerablemente.

Cuadro N° 3

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR DOMICILIO Y POR MUNICIPIO, % DE POBLACION RURAL (Censo de 1950) (12)

Municipios	Población Total	Población Urbana	Población Rural	% Población Rural
TOTAL	123,759	27,334	96,425	77.90
Escuintla	31,440	9,760	21,680	69.00
Santa Lucía Cotz.	18,629	3,669	14,960	80.3
La Democracia	5,746	—	5,746	100.00
Siquinalá	5,557	—	5,557	100.00
Masagua	4,297	—	4,297	100.00
Tiquisate	30,895	4,547	26,348	85.30
La Gomera	3,922	—	3,922	100.00
Guanagazapa	4,024	—	4,024	100.00
San José	8,029	2,822	5,207	64.80
Iztapa	1,813	—	1,813	100.00
Palín	5,281	3,604	1,677	31.9
San Vicente Pacaya	4,106	1,932	2,174	52.9

En el Cuadro N° 3 podemos apreciar que de la población total del Departamento de Escuintla el 77.9% vive

en el medio rural. Con la excepción de los municipios de Palín y San Vicente Pacaya, el resto de la población del departamento sigue la característica general de la República; este hecho viene a constituir un problema para cualquier tipo de Servicio que se piense establecer. Como es corriente en nuestras poblaciones rurales, en ellas predomina el analfabetismo, la pobreza y como consecuencia, las malas condiciones ambientales, lo que nos hace suponer la importancia y necesidad de llevar a esos habitantes los beneficios de un servicio integral de salud. Como ya comentamos anteriormente, las pésimas condiciones ambientales del departamento en general nos hace aumentar la categoría de población rural en una cantidad considerable.

Cuadro N° 4

**POBLACION TOTAL POR RAZA Y POR MUNICIPIO DEL
DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA**

(Censo de Población de 1950. Dirección General de Estadística)

Municipios	Total	Ladinos	Indígenas	% Población Indígena
TOTAL	123,759	104,099	19,660	15.88
Escuintla	31,440	25,614	5,826	18.50
Santa Lucía Cotz. ..	18,629	12,008	6,621	35.54
La Democracia	5,746	5,255	491	8.54
Siquinalá	5,577	4,311	1,266	22.70
Masagua	4,297	3,967	330	7.67
Tiquisate	30,895	29,085	1,765	5.72
La Gomera	3,922	3,781	141	3.60
Guanagazapa	4,024	3,968	56	1.40
San José	8,029	7,587	442	5.50
Iztapa	1,813	1,776	37	2.04
Palín	5,281	2,748	2,533	47.58
San Vicente Pacaya	4,106	3,999	97	2.43

En el Cuadro N° 4, podemos ver que sólo cuatro municipios del departamento tienen una población indígena que sobrepasa el 10%. Entre estos cuatro municipios, Palín y Santa Lucía Cotzumalguapa poseen una población indígena que sobrepasa al 25%. En realidad este dato debe reconsiderarse para los fines que nos proponemos, porque el incremento de la población es una consecuencia de la abundancia de mano de obra en las fincas de la región, lo que desde hace muchos años viene determinando la inmigración de trabajadores provenientes de las montañas. Según R. N. Adams esta población puede proceder de comunidades indígenas modificadas que en la actualidad se clasifican dentro de las llamadas de ladinos nuevos (8). Este hecho, es fácil de apreciar en el municipio de Escuintla donde pudimos trabajar con habitantes que si bien es cierto usan ropa al estilo ladino, han adoptado la vivienda de los ladinos y algunos hábitos alimenticios de éstos conservando aún sus antiguas creencias indígenas y conceptos sobre lo que es Salud y Enfermedad típicos de nuestras comunidades aborígenes. Es posible que este fenómeno antropológico sea observado en otros municipios del departamento, sobre todo considerando que los datos del Cuadro N° 4, proceden de hace 9 años y de esa fecha para la actualidad, a través de los programas de reforma agraria, la población indígena o ladina nueva haya aumentado en algunas áreas agrícolas. Una actividad dentro de todo programa de Salud Pública, es la educación higiénica. Quien ha de realizar esta actividad debe de tomar muy en cuenta las costumbres y hábitos de la población y las diferencias entre sus distintos grupos; de la misma manera ha de valorar el nivel cultural de cada familia a quienes se trata de educar, para no incurrir en errores lamentables. Debe tomar en cuenta que algunos grupos vienen practicando hábitos y costumbres, tienen conceptos propios sobre lo que es enfermedad y por lo mismo tienen su terapéutica especial, lo cual apli-

can desde hace muchas generaciones. Por esa razón todo aquel que va a iniciar un programa en una comunidad que nunca ha sido beneficiada por los Servicios Médicos y paramédicos, o de otro tipo, no debe pretender lograr cambios de esas costumbres de manera brusca. El estudio de estos aspectos de la localidad y sus fundamentos le ayudará a resolver muchos problemas en su trabajo de organización de grupos.

En el Cuadro N° 5 se puede observar, que la población del departamento se caracteriza como el resto de la población del país, como una población joven donde predominan los grupos de habitantes comprendidos entre los 0 a los 29 años; es decir siendo estos grupos los que determinan el 71.5% de la población, lógicamente la visión del Sanitarista se ha de enfocar hacia estos grupos que a no dudar se ven más afectados por el medio.

Una característica de todos los países subdesarrollados, es precisamente la de poseer poblaciones jóvenes. Por las malas condiciones ambientales que a su vez son una consecuencia del subdesarrollo económico, bajo nivel educacional y mala organización; esta población es afectada por las enfermedades, que encuentran medios propicios para desarrollarse. Es notorio que la enfermedad, tanto orgánica como *social* hace su mayor impacto sobre el grupo comprendido entre los 0 a los 6 años de edad, es decir, mientras menor es la edad, más susceptible es al impacto. Esta es la razón por la que los países preocupados en la salud de sus habitantes y el mejoramiento de la especie humana, concentran gran parte de sus esfuerzos en procurar al niño salud en la acepción actual del término: "el estado completo de bienestar físico, mental y social". Más adelante, examinaremos cómo se ve afectado este grupo de población que comprende el 20% de su total, y el porqué en nuestros países en especial cobran tanta importancia los programas de protección del niño.

Cuadro N° 5

EDAD DE LA POBLACION DE ESCUINTLA EN GRUPOS QUINQUENALES Y SEXO. % DE GRUPOS SOBRE EL TOTAL

(Sexto Censo de Población 1950)

	Total	Masculino	Femenino	%
Todas las edades	123,759	68,035	55,724	100
0- 4 años	20,084	10,303	9,781	16.4
5- 9 años	14,891	7,655	7,236	12.20
10-14 años	12,588	6,798	5,790	10.34
15-19 años	13,115	6,967	6,148	10.77
20-24 años	14,041	7,878	6,163	11.52
25-29 años	11,313	6,565	4,750	9.31
30-34 años	8,345	5,017	3,328	6.91
35-39 años	7,929	4,425	3,504	6.57
40-44 años	5,462	3,112	2,350	4.58
45-49 años	4,932	2,809	2,123	4.17
50-54 años	3,659	2,152	1,507	2.18
55-59 años	2,478	1,554	924	2.02
60-64 años	2,281	1,332	949	1.11
65-69 años	1,154	687	467	0.69
70-74 años	630	351	279	0.50
75-79 años	401	228	173	0.39
80-84 años	255	113	142	0.34
85 y más	201	91	110	0.00

Otro aspecto importante de la población de Escuintla, es la proporción de sexos. En este departamento hay 122.1 hombres por cada 100 mujeres lo que viene a determinar al departamento como el que posee en relación al número de mujeres, más hombres en toda la República (13). Es muy probable que este aspecto se deba al hecho de que esta región proporciona mucha mano de obra en trabajos agrícolas, los que generalmente son realizados por varones.

Según el Cuadro N° 6, sólo el 7.9% de la población de Escuintla de 7 y más años, asiste a la escuela. Si aceptamos

que este gran grupo etario constituye el 80% de la población total, y dentro del mismo el 50% corresponde al grupo de 7 a 14 años, deducimos que la escolaridad en el departamento es muy baja, hecho que es observado en el resto de la República con muy pequeñas variantes. Para las proyecciones de un programa de educación higiénica, las escuelas constituyen núcleos organizados donde el Educador Sanitario va a ejecutar programas con más intensidad; para nuestros propósitos este aspecto de la población constituye una gran desventaja que nos obliga a recurrir a procedimientos especiales en la labor educativa que forma parte de todo programa de salud.

De la población de 7 y más años del departamento, leen y escriben 34,479 habitantes y sólo leen 684 (12). El porcentaje de analfabetos es de 64.5%, dato muy importante al planear programas educativos o divulgativos que en su desarrollo necesariamente hacen uso de la palabra escrita.

Aspecto Económico de la Población de Escuintla

Si en algo repercute el nivel económico de las comunidades rurales, es en su capacidad de resolver sus problemas de salud. Tanto individual como colectivamente esta población se ve capacitada o incapacitada de colaborar con el Sanitarista en la solución o mejoramiento de sus condiciones ambientales, tal como: introducción de agua potable, disposición de excretas y basuras, etc. Es común en nuestros pueblos el criterio de que "el Gobierno tiene que darnos de todo". Si el Sanitarista hace causa común con la opinión general, verá fracasados todos sus propósitos de mejoramiento en las comunidades. Por eso es tan importante para él poder valorar hasta dónde y en qué forma pueden contribuir las comunidades en la realización de un programa.

Cuadro N° 6

ASISTENCIA A LA ESCUELA DE LA POBLACION DE 7 AÑOS Y MAS POR MUNICIPIO. SEXTO CENSO DE POBLACION

Municipio	Total	Asistencia	%
Escuintla	24,977	2,276	9.1
Santa Lucía Cotz.	14,706	1,022	6.9
La Democracia	4,552	299	6.6
Siquinalá	4,400	289	6.6
Masagua	3,466	212	6.1
Tiquisate	23,740	2,198	9.3
La Gomera	3,050	301	9.9
Guanagazapa	3,050	113	3.7
San José	6,419	425	6.6
Iztapa	1,397	54	3.9
Palín	4,074	252	6.2
San Vicente Pacaya	3,185	233	7.5
TOTALES	97,016	7,674	7.9

La División de Servicios Rurales de Salud Pública se ha preocupado de interesar y hacer contribuir a las comunidades que atiende, en la solución de sus problemas. Un ejemplo es el trabajo realizado en la aldea Las Trojes del municipio de Amatitlán donde se realizó la introducción del agua, se completó un programa de letrización, se hizo mejoras a la escuela, se construyeron servicios sanitarios públicos y se inició un programa de mejoramiento de la vivienda. Todo este trabajo fue precedido de un estudio de los problemas de la localidad, un programa educativo y organización de grupos en comités para trabajar en cada una de las obras a realizar. Así se logró que la comunidad aportara mano de obra y material para realizar los trabajos, logrando una disminución considerable en el costo de las obras. Aunque esta comunidad es muy pobre, al hacérseles

comprender la magnitud de sus problemas, aportaron con entusiasmo toda su ayuda para resolverlos.

Valorar el nivel y capacidad económica de una población, resulta muy difícil cuando no se tienen datos sobre ingresos personales y colectivos de ellos. Algunos datos como el régimen de propiedad sobre los pobladores con respecto a las casas que habitan nos pueden dar una idea sobre este aspecto. De las seis localidades del departamento estudiadas, podemos proporcionar los siguientes datos: En la ciudad de Escuintla el 64.9% de los moradores de los edificios son inquilinos. En Santa Lucía Cotzumalguapa el 43.68%. En Palín el 15.1%. En San Vicente Pacaya el 14.3%. En Siquinalá el 34.3%; y en la aldea Guadalupe el 72.82%. Es decir que los moradores de 2,007 casas en las seis localidades mencionadas, invierten cierta cantidad de sus ingresos en el pago de alquiler(14). Este factor puede contribuir, si no se hace la educación necesaria, a la poca colaboración de algunos inquilinos en los programas de saneamiento y lo mismo podríamos decir de los propietarios de estos edificios, que por el hecho que ellos no los ocupan como vivienda, podrían tomar con indiferencia los programas a que nos referimos. En el capítulo de Análisis de los Recursos podremos apreciar otros aspectos que pueden ser útiles para evaluar el nivel económico de la comunidad que estudiamos.

El provecho que podemos lograr del conocimiento de aspectos generales de la población es enorme y no debemos dejarlos olvidados al proyectar programas de salud. Pero la situación de los problemas de salud se valoran en toda su magnitud, estudiando los fenómenos que manifiestan precisamente lo contrario a la salud: la enfermedad y la muerte(2).

Es mundialmente conocido que Guatemala posee una de las poblaciones más castigadas por los elementos morbosos, causando en ella pérdidas irreparables en vidas humanas o bien la pérdida de enormes recursos económicos empleados en la curación de enfermos, que en caso contra-

rio, se aprovecharían para elevar el nivel de vida de esa población. La muerte, que determina la desaparición de un ser humano en sus manifestaciones biológicas y sociales, debe ser notificada a los funcionarios encargados del registro de los fenómenos vitales. Por el hecho de que reviste un aspecto legal, la mortalidad es bien registrada en toda la República, por lo que debemos confiar en las cifras otorgadas por los registros civiles. Las causas que determinan estas defunciones son corrientemente notificadas por autoridades civiles menores, empíricos y en el menor de los casos por el médico. La falta de médicos en el medio rural o la incapacidad económica del pueblo es factor importante en la poca atención médica que este pueblo tiene y por lo tanto la escasa oportunidad que tiene el profesional de certificar las defunciones; es decir que no podemos confiar en los datos sobre causa de muerte, desde el momento que aproximadamente sólo el 17% de las defunciones son certificadas por el médico.

Cuadro N° 10

**CLASE DE CERTIFICACION DE LAS DEFUNCIONES
OCURRIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
EN LOS AÑOS 1955 Y 1957(15)**

Certificación	1955	%	1957	%
	Total defunciones		Total defunciones	
TOTAL	3,868	100.0	4,398	100.0
Médica	684	17.6	727	16.5
Empírica	366	9.4	387	9.0
Autoridad	2,818	73.0	3,284	74.5

Creo conveniente recordar que el 77% de la población de Escuintla vive en el medio rural y esto contribuye a que

la asistencia médica de esta población, sea tan baja. Es de hacer notar también que cerca del 85% de las defunciones ocurren en el domicilio y por lo tanto lejos de todo centro asistencial.

Cuadro N° 11

DEFUNCIONES EN EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA POR CLASE DE ASISTENCIA. AÑOS 1955 Y 1957 (15)

Clase de Asistencia	1955		1957	
	Total defunciones	%	Total defunciones	%
TOTAL	3,868	100.0	4,398	100.0
Médica	723	18.6	1,074	24.5
Comadrona	8	0.2	16	0.4
Empírica	238	6.4	330	7.5
Ninguna	2,899	74.8	2,978	67.6

Si comparamos los Cuadros Nos. 10 y 11, podemos apreciar que no todas las veces el médico certifica la defunción de un paciente a quien ha estado atendiendo. Esto podemos atribuirlo primero, a que los recursos económicos no le permiten al paciente la atención constante del médico y segundo, que al momento de la defunción o estado premortem, no consideran necesaria la presencia del profesional. No sería raro que los parientes del fallecido interpretaran mal el diagnóstico del médico si es que se les comunicó la enfermedad padecida y en ese caso, sería equívoca la notificación de causa de defunción.

Con respecto a la morbilidad, las fuentes de información las constituyen los Centros Hospitalarios, Unidades Sanitarias y Centros de Salud Departamentales; pero si consideramos que estas entidades debido a su mala organi-

zación, poca capacidad de atención al público y escasos recursos de funcionamiento, sólo controlan una pequeña parte de la morbilidad general y por otra parte, el escaso requerimiento de atención médica particular y la poca colaboración de estos médicos al no notificar los casos de enfermedades denunciadas por ellos atendidos, nos ponen en la situación de servirnos de datos de morbilidad carentes de mayor exactitud. De la mayoría de Centros de Salud y Unidades Sanitarias del Departamento de Escuintla, los datos que pudimos obtener sobre morbilidad general, están reportados desde julio de 1958, fecha en que se organizó en estos Centros la información periódica. Consideramos que no beneficia a este trabajo incluir en él datos que provienen de tiempo tan cercano. Para lograr los Cuadros Nos. 12 y 13, tomamos de un grupo de 12 causas seleccionadas de la más alta morbilidad registrada en los hospitales de la ciudad de Escuintla y Tiquisate, durante los años 1954, 1955 y 1957, aquellas causas que durante esos años presentaron las cifras más altas. Esos datos están expresados en cifras globales y por grupos de edad de los afectados.

Como podemos apreciar, hay tres causas que permanecen constantes para los dos hospitales siendo ellas: Gastroenteritis, Disenterías y Paludismo en todas sus formas. Estas tres enfermedades son susceptibles de ser disminuidas en su incidencia a través de programas de saneamiento del medio como: mejorando la calidad de aguas de consumo, letrización y control de insectos. En el hospital de Escuintla, la Tuberculosis Pulmonar aparece entre las causas de más alta morbilidad, debido a que por su carácter de hospital departamental son referidos allí, todos los casos de esa enfermedad que requieren tratamiento hospitalario y por otro lado, el departamento es una de las zonas de la República más afectadas por la enfermedad.

**SIETE CAUSAS SELECCIONADAS DE LA MAS ALTA MORBILIDAD POR EDADES EN LOS
HOSPITALES DE ESCUINTLA Y TQUISATE AÑOS 1954, 1955 Y 1957**

CAUSAS	GRUPOS DE EDAD						
	Total	Menores de 1 año	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64
Hospital de Escuintla:							65-74
1 Paludismo todas las formas ...	1,124	—	.33	249	318	333	157
2 Tuberculosis pulmonar	660	2	9	83	146	276	129
3 Gastroenteritis y colitis aguda	403	18	72	63	107	145	86
4 Otros y múltiples estados ca- renciales	324	10	112	94	21	26	36
5 Influenza con manifestaciones respiratorias	279	2	8	48	75	73	58
6 Disenterías	270	—	2	45	73	94	46
7 Anemias	229	1	11	72	73	75	80
Hospital de Tiquisate:							75 y más
1 Paludismo todas las formas ...	2,268	19	105	377	731	545	171
2 Gastroenteritis y colitis aguda	1,517	243	433	114	241	316	118
3 Influenza con manifestaciones respiratorias	1,205	4	13	125	342	513	171
4 Infección respiratoria superior de localización múltiple	874	246	505	66	24	28	5
5 Formas no especificadas de di- senteria	780	21	117	91	213	260	67
	315	1	16	13	82	139	47
							12
							5

En este mismo hospital es notoria la permanencia de los estados carenciales entre los de más alta morbilidad, aspecto que no se observa en el Hospital de Tiquisate. Si quisiéramos buscar la explicación a esta diferencia, podríamos hacerlo reconociendo que el Hospital de Tiquisate atiende a un tipo de población, que por su calidad de trabajadores que ganan salario constantemente, aunque ellos no se consideren justamente remunerados, su capacidad para obtener alimentos es constante y por lo tanto sus manifestaciones clínicas de desnutrición no llegan al grado de necesitar hospitalización; mientras que el Hospital de Escuintla, recibe al resto de trabajadores del departamento generalmente mal pagados por patronos explotadores, o bien que trabajan la tierra en usufructo pero sin reservas económicas para proporcionarse una alimentación adecuada, lo que ocasiona el ingreso a este hospital, de enfermos con estados carenciales avanzados que requieren tratamiento prolongado.

Dentro de otro grupo de causas seleccionadas como las más altas, mencionamos las que son comunes a los dos hospitales: enfermedades de las vías respiratorias y parasitismo intestinal. Recordando las condiciones del saneamiento y los factores educacionales del Departamento de Escuintla, nos arriesgamos a emitir la opinión de que a través de programas bien organizados las dos causas de morbilidad podrían ser disminuidas en su prevalencia.

Con la reorganización de los servicios y la colaboración de los médicos del departamento, creemos posible lograr mejor información sobre las causas de morbilidad más importantes que se presentan. El Sanitarista debe trabajar porque esto se realice, con el fin de mejorar su capacidad para lograr una disminución de aquellas enfermedades susceptibles de control por medio de actividades sanitarias.

Mortalidad

La República de Guatemala conservaba durante los años 1953 a 1955 las tasas de mortalidad general más altas en la América (10). Aunque la fuente de información de este dato hace la aclaración de que en muchos países americanos la notificación de defunción no es completa, nosotros sí debemos darle crédito a nuestros datos y continuar con la convicción de que Guatemala permanece en esa mala situación.

Para toda la República durante los años mencionados, las tasas fueron:

1953	23.1	(por mil habitantes)
1954	18.4	" " "
1955	20.6	" " "

La tasa de mortalidad general del Departamento de Escuintla, basada en la población calculada para el año 1957, nos hace creer que éste puede ser uno de los departamentos de la República que proporcione los índices más altos; desgraciadamente no fue posible obtener datos para hacer un estudio comparativo con otros departamentos.

En el Cuadro N° 14 notamos que las tasas de algunos de los municipios del departamento que estudiamos, sobrepasan con exceso las tasas de toda la República y de no dudarlo las de otros muchos países del mundo. Desde otro punto de vista es halagador que los municipios de Palín y San Vicente Pacaya presenten tasas comparables a la de países líderes en actividades de Salud Pública; pero hemos de hacer la aclaración de que muchos pobladores de estos dos municipios, acuden al Hospital de Amatitlán por estar más próximo, y cuando fallecen en esa institución, el hecho vital es anotado en dicha localidad, lo que indudablemente altera el dato y así las tasas para los dos municipios y como consecuencia, para el departamento.

Cuadro N° 14

POBLACION ESTIMADA, DEFUNCIONES Y TASA DE MORTALIDAD GENERAL DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA POR MUNICIPIOS PARA EL AÑO 1957

Municipios	Población estimada	Defun- ciones	Tasa de morta- lidad general por mil habitantes
TOTAL	148,570	4,398	29.6
Escuintla	37,950	1,385	36.5
Santa Lucía Cotz.	22,762	723	31.9
La Democracia	6,866	190	27.7
Siquinalá	6,693	158	23.6
Masagua	5,250	281	53.5
Tiquisate	36,467	950	26.1
La Gomera	4,669	165	35.3
Guanagazapa	4,828	74	15.3
San José (Puer- to)	9,558	253	26.5
Iztapa	2,260	55	24.3
Palín	6,338	99	15.6
San Vicente Pacaya	4,926	61	12.4

Mortalidad Infantil

Todos los países de la tierra en un período dado de su existencia han tenido como problema de su población, la alta mortalidad de niños menores de un año. Los países superdesarrollados y por lo tanto, capaces de resolver sus problemas rápidamente, aún contemplan la mortalidad infantil como un problema de Salud Pública, y a resolverlo dedican cantidad apreciable de sus esfuerzos.

Los países latinoamericanos en su mayoría conservan aun tasas de mortalidad infantil tan altas, como las que

presentaban aquellos que primero se preocuparon por los problemas materno-infantiles a final del siglo pasado (9). Guatemala en 1953, ocupaba el séptimo lugar entre los países de América, con tasas altas de mortalidad infantil; para 1955 aún conservaba su lugar con una tasa de 101.4 (10); para 1956 esa tasa había descendido a 88.8 lo que la coloca en 9º lugar (11); en el año de 1955 nuestro país se mantenía en primer lugar en América con la tasa de mortalidad neonatal más alta (10).

El Departamento de Escuintla acusó durante el quinquenio de 1952 a 1956, tasas de mortalidad infantil tan altas, como para colocarlo entre los cinco departamentos con los índices más elevados en la República. En el año 1956 fue el departamento que proporcionó el índice más alto (11).

En el Cuadro Nº 15, se proporcionan los datos sobre la mortalidad de niños menores de 1 año y sus tasas calculadas sobre mil nacidos vivos en cada uno de los municipios del departamento, durante cuatro años.

Las tasas tan elevadas que acusan algunos municipios, nos obliga a insistir sobre la participación que tienen las malas condiciones ambientales y la poca atención médica a la que se ve sujeta esta población. Mientras las condiciones ambientales no mejoren y continúe creciendo la población del departamento a base de movimiento migratorio, aspecto que probablemente no se observe en otros departamentos de la República, Escuintla permanecerá con las tasas de mortalidad general e infantil más altas en todo el país.

Las principales causas de mortalidad general y a los grupos de edad que más afectan, son bien conocidos de todos y generalmente son comunes para los países que tienen condiciones similares a las nuestras. En el Cuadro Nº 16 agrupamos 15 causas de muerte que son significativas por sí solas, de lo factible que sería disminuir la mortalidad en el departamento.

Cuadro N° 15

MORTALIDAD INFANTIL Y TASAS POR MIL NACIDOS VIVOS EN EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA POR MUNICIPIOS. AÑOS 1954 A 1957 (15)

Municipios	1954			1955			1956			1957		
	Nacidos Vivos	Mortalidad Infantil	Tasa	Nacidos Vivos	Mortalidad Infantil	Tasa	Nacidos Vivos	Mortalidad Infantil	Tasa	Nacidos Vivos	Mortalidad Infantil	Tasa
TOTAL	8,309	995	119.7	8,273	1,159	140.1	8,701	1,180	135.6	8,873	1,338	150.7
Escuintla	2,071	251	121.1	2,028	303	149.4	2,086	259	124.1	2,114	351	166.0
Santa Lucía Cotz.	1,170	131	111.9	1,171	167	142.6	1,205	166	137.7	1,162	170	146.2
La Democracia	320	33	103.1	334	61	182.6	380	44	115.7	331	76	229.6
Siquinalá	316	38	120.2	229	38	141.2	282	32	113.4	290	40	137.9
Masagua	513	58	113.0	563	96	170.5	558	120	215.0	596	124	208.0
Tiquisate	2,162	285	131.8	2,156	269	124.7	2,371	324	136.6	2,503	351	139.6
La Gomera	295	40	135.5	326	49	150.3	362	46	127.0	383	52	135.8
Guanagazapa	216	23	106.5	217	16	73.7	205	28	136.6	245	32	130.6
San José	603	73	121.1	672	108	150.3	664	83	125.0	664	93	140.1
Iztapa	155	17	109.7	144	12	83.3	136	16	117.6	148	14	94.6
Palín	303	30	99.0	209	11	52.6	260	28	107.7	262	19	72.5
San Vicente Pacaya	186	16	86.0	184	29	157.6	192	34	177.1	175	16	91.4

Cuadro N° 16

QUINCE CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA TOMADAS EN LA LISTA ABREVIADA DE 50 CAUSAS
AÑO 1957 (15)

Código y causa	GRUPOS DE EDAD																		
	Total	Menores de 1 año	1 año	2 años	3 años	4 años	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y más
Gastritis, duodenitis, enteritis y colitis, salvo la diarrea del recién nacido: 543, 571, 572	1,113	314	328	143	61	31	75	16	6	7	10	13	10	12	8	11	14	20	34
Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias: 030-039, 041-042, 044, 049, 052-054, 059-074, 081-083, 086-096, 120-138	602	141	234	80	34	24	56	14	1	2	1	2	—	3	1	1	2	2	4
Senilidad sin mención de psicosis y las causas mal definidas y desconocidas: 780-795	333	42	31	18	8	11	24	8	3	10	9	8	3	4	17	10	18	13	98
Otras enfermedades particulares de la primera infancia e inmaduridad no calificada: 769-776	317	317	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Neumonía: 490-493	295	124	41	17	11	9	13	4	4	5	6	5	5	6	7	5	1	12	20
Las demás enfermedades: El resto	267	39	35	11	16	2	19	7	9	13	11	8	7	11	8	12	9	20	30
Paludismo: 110-117	224	22	18	12	10	5	14	8	15	12	14	6	9	6	13	13	10	11	26
Infecciones del recién nacido: 763-768.....	177	177	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Accidentes de vehículos de motor y los demás accidentes: E810-E835, E800-E802, E840-E962	147	1	6	3	3	1	7	8	16	22	17	7	10	12	6	11	4	7	6
Gripe o influenza: 480-483	119	44	14	10	6	5	7	2	—	3	3	2	3	—	2	2	2	7	7
T.B.C. del aparato respiratorio: 001-008	100	1	2	3	—	—	—	3	6	8	13	9	7	12	11	6	8	5	6
Coqueluche: 056	97	40	26	10	6	3	11	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bronquitis: 500-502	71	33	21	2	2	3	2	2	—	—	—	—	2	1	—	1	1	—	1
Anemias: 290-293	73	6	5	5	6	4	11	2	11	2	3	2	—	3	1	1	2	6	3
Sarampión: 085	64	9	20	7	9	8	9	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—

Estas quince causas fueron seleccionadas de una lista abreviada de causas de mortalidad durante el año 1957 en el Departamento de Escuintla; se caracterizan por ser las causas de muerte que presentaron las ocurrencias más altas. El orden queda establecido por el número de veces que se presentaron, quedando agregadas a la lista de causas específicas, las dos que se refieren a senilidad sin mención de psicosis y las causas mal definidas y desconocidas. Además, otro grupo de las demás enfermedades es decir, las causas que no estaban incluidas en la lista de las 50 causas abreviadas. Lo hicimos únicamente con fines comparativos y con el propósito de hacer notorio que aún en estas causas, son los grupos de 1 a 5 años los que resultan más afectados. Como se puede apreciar en cuatro de las primeras cinco causas de la lista, es factible la intervención sanitaria con el propósito de disminuir la prevalencia de estas enfermedades y así la mortalidad general.

En la actualidad la División de Tuberculosis está efectuando una encuesta fotofluoroscópica a los habitantes comprendidos entre los 15 y más años, del departamento, con el fin de localizar tuberculosos activos, tratar a los enfermos y a sus contactos. El propósito es el de negativizar focos para disminuir la prevalencia de la enfermedad. A largo plazo, estos programas quedarán a cargo de los Centros de Salud, cuando la incidencia de la enfermedad disminuya. En el mismo caso quedará el problema del paludismo cuando al cabo de los cuatro años de erradicación, por medio de rociamiento y tratamiento de enfermos, la prevalencia de la enfermedad disminuya, quedando pendiente la tercera etapa de la campaña, es decir, vigilancia y prevención de las reinfecciones, que se iniciará al terminar la segunda etapa (16). Esta tercera etapa, a la que no se puede dedicar todos los recursos económicos y técnicos que se dedicaron a las dos primeras y que requirió la organización de una División, deberá quedar a cargo de los servicios locales, cuando éstos tengan una organización y recursos de acuerdo con sus necesidades.

Mortinatalidad

La tasa de mortinatalidad para la República de Guatemala en 1955 fue de 32.4, para el mismo año el Departamento de Escuintla tuvo 37.1, en general es uno de los que presenta este hecho vital con más intensidad. De 1948 a 1955, está entre los seis departamentos que presentaron los índices de mortinatalidad más altos de la República (17). Los otros cinco departamentos son: Quezaltenango, Suchitupéquez, Retalhuleu, Chimaltenango y Sacatepéquez. Coinciden estos seis departamentos en ser eminentemente agrícolas y probablemente los más productores del país. En estas regiones, es una característica de los campesinos, salir al campo en época de cosecha llevándose para realizar las labores, tanto a sus mujeres como a sus hijos, exponiéndolos así a los riesgos que acompañan a las faenas del campo. Además del medio ambiente adverso y la poca atención prenatal y del parto, común a todo el país, este podría ser el factor que coloque a estos seis departamentos a la cabeza en lo que se refiere a mortinatalidad.

Natalidad

Este es otro aspecto demográfico sobresaliente del Departamento de Escuintla; junto con el Departamento de Izabal presentan las tasas de natalidad más altas de la República.

En un estudio realizado de los años de 1948 a 1955, el índice de natalidad del Departamento de Escuintla se mantuvo entre 47.9 y 59.4 (17). La tasa de natalidad para toda la República durante los mismos años está entre 48.8 a 52.3 nacidos vivos. Comparado con los índices de natalidad de otros países de América, Guatemala se coloca en segundo lugar después de la República de Costa Rica que tiene los índices más altos; pero las tasas del Departamento de Escuintla siempre son más altas que las de aquella República Centroamericana.

Cuadro N° 17

TASAS DE NATALIDAD DE LAS REPUBLICAS DE GUATEMALA, COSTA RICA Y DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA AÑOS 1953, 1954 Y 1955 (10), (17)

	1953	1954	1955
Costa Rica	53.9	52.6	51.4
Guatemala	51.1	51.5	48.8
Escuintla	54.3	59.4	57.2

En el departamento el hecho vital sufre de variaciones más o menos marcadas de uno a otro municipio.

Cuadro N° 18

TASAS DE NATALIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA POR MUNICIPIOS, POBLACION CALCULADA PARA EL AÑO 1957

Municipios	Población Calculada	Nacidos vivos 1957 (15)	Tasa
TOTAL	148,570	8,873	59.5
Escuintla	37,950	2,114	55.7
Santa Lucía Cotz.	22,762	1,162	51.0
La Democracia	6,866	331	48.2
Siquinalá	6,693	290	43.3
Masagua	5,250	596	113.5
Tiquisate	36,467	2,503	68.6
La Gomera	4,669	383	82.0
Guanagazapa	4,828	245	50.7
San José (Puerto)	9,558	664	69.5
Iztapa	2,260	148	65.5
Palín	6,338	262	41.3
San Vicente Pacaya ..	4,926	175	35.5

Aunque los índices de un año no son determinantes de la producción constante de un fenómeno, las tasas del Cuadro N° 18 y la característica del departamento de poseer un incremento notable de la población, nos indican la necesidad de atender de inmediato a esa gran cantidad de gestantes por año que generalmente no pasan ningún control prenatal con médico y son atendidas en el parto por comadronas empíricas.

Cuadro N° 19

**CLASE DE ASISTENCIA DE LOS NACIMIENTOS DEL
DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA EN LOS AÑOS 1956 Y
1957 (15)**

	Total	1956	%	Total	1957	%
TOTAL	8,701	100.0		8,873	100.0	
Médica	773	9.0		1,000	11.3	
Comadrona	1,328	15.2		1,863	21.0	
Empírica	5,093	58.5		4,630	52.2	
Ninguna	1,507	17.3		1,380	15.5	

Cuadro N° 20

**LUGAR DE OCURRENCIA DE LOS PARTOS EN EL
DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA DURANTE LOS AÑOS DE
1956 Y 1957 (15)**

	Total	1956	%	Total	1957	%
TOTAL	8,701	100.0		8,873	100.0	
Hospital	1,020	11.7		950	10.7	
Casa de Salud	76	0.8		91	1.3	
Vía Pública	5	0.1		3	0.4	
Domicilio	7,600	87.4		7,829	87.6	

El Cuadro N° 19 es demostrativo de que la asistencia técnica de los partos en el Departamento de Escuintla apenas llega al 25 ó 30%, eso es incluyendo en este porcentaje, el resultado de los partos atendidos por Comadronas graduadas que tienen una preparación aceptable; el resto, atendidos por empíricas o que no tienen ninguna atención, constituyen el gran problema nacional y en nuestro caso, departamental.

El Cuadro N° 20, nos señala por una parte la carencia de camas para maternidad en el departamento, y por otro lado la enorme cantidad de partos efectuados a domicilio sin ninguna medida de protección para la madre y el niño atendidos como lo demuestra el Cuadro N° 19, por personal sin ninguna preparación. Estos dos factores determinan para la madre, el peligro de infecciones, hemorragias post-partum y otras complicaciones; para el niño el peligro de las infecciones del recién nacido, los accidentes consecuencia de traumatismos del parto y el abandono en sus primeras horas de vida.

Mortalidad Materna

Este es uno de los hechos vitales peor registrados en nuestro país y a no dudarlo en muchos otros países de América y de otros Continentes. Y es posible que así sea, desde el momento que el término de mortalidad materna no ha sido comprendida por aquellos que extienden las certificaciones de defunción que como bien sabemos la mayor parte son empíricos o autoridades menores (10). Estas personas no consideran como causa de muerte materna, las toxemias o las infecciones post-partum, o las hemorragias por la misma causa y generalmente certifican causa de mortalidad materna cuando el deceso de la madre se efectúa en los primeros días del puerperio.

Los índices de mortalidad materna de Guatemala se mantienen iguales o ligeramente diferentes que los de los otros países de América. Para el año de 1953 el índice fue

de 3.3 por mil nacidos vivos; para 1954 la tasa fue de 3.2; y para 1955 el índice descendió a 2.9(10).

Si tomamos en cuenta los datos y las consideraciones sobre la atención de los partos y el lugar de ocurrencia de éstos, no podemos considerar correctas esas cifras, desde el momento que las condiciones en que éstos se efectúan son malas. Por esa razón, no proporcionamos datos sobre este aspecto de los hechos vitales en el Departamento de Escuintla. De antemano sabemos que los datos no pueden tener ningún valor para nuestro estudio. Con la integración de los Servicios de Salud Pública y la organización de programas de protección de Materno Infantil se mejorarían las condiciones y se aumentaría la probabilidad de vida de estos dos grupos de población.

c). ASPECTOS DEL AMBIENTE FISICO

El hombre a través de su evolución y como un recurso de defensa, se unió en pequeños grupos que luego con el tiempo llegaron a formar villas, pueblos, ciudades y países. En aquella época, el desconocimiento de las causas de enfermedad y de los factores que favorecen a su propagación, fue el causante principal de que las enfermedades arrasaran a muchas poblaciones, causando la ruina en muchos países.

La lucha constante y el sacrificio de hombres abnegados nos proporcionaron los conocimientos necesarios para hacerle frente a esas enfermedades y evitar su efecto devastador sobre la especie humana. Sabemos actualmente la importancia que juega el ambiente físico sobre el que se desenvuelve la población, en la propagación de las enfermedades, pero sabemos también cómo mejorar ese medio.

Nuevos núcleos humanos se forman constantemente y crecen con tal rapidez que casi siempre es imposible mejorar el medio paralelamente al crecimiento de la población; consecuencia de ello, es la prevalencia de tantas enfermedades en estas localidades. Otro factor que contri-

buye poderosamente a la permanencia de la enfermedad, es la ignorancia de los pobladores, especialmente los del medio rural, que no sólo desconocen las medidas higiénicas personales mínimas, sino que carecen de los elementos necesarios para cumplirlas.

La denominación del medio rural y medio urbano padece de una diversidad de definiciones, es así como arbitrariamente se clasifican las localidades ya sea por el número de sus habitantes, la distribución de sus edificios o por adjudicación política u oficial(18).

En Guatemala existe el Acuerdo Gubernativo de fecha 7 de abril de 1938 que define a las poblaciones en urbana o rural cuando cumplen determinadas condiciones:

1º—Ciudad

- a) Población urbana mínima de 8,000 habitantes;
- b) Instrucción: 30% alfabetos;
- c) Casas de buena construcción formando calles bien dispuestas adoquinadas, empedradas o pavimentadas con cualquier otro sistema;
- d) Drenajes sanitarios subterráneos;
- e) Agua potable distribuída por cañería, baños y lavaderos;
- f) Mercado público;
- g) Alumbrado eléctrico;
- h) Parque o plazas, o centros de diversión;
- i) Oficina postal de primera categoría, Oficina telefónica y telefónica;
- j) Hospital;
- k) Sala de curación u otras casas de asistencia pública;
- l) Consultorio médico y farmacia de primera clase;
- m) Cementerio autorizado;
- n) Almacenes para ventas de artículos al por mayor;
- ñ) Banco o Agencia Bancaria;
- o) Hoteles o pensiones;
- p) Biblioteca;

- q) Escuelas para enseñanza primaria de número apropiado;
- r) Rastro y crematorio;
- s) Edificios propios para el asiento de las autoridades civiles y militares; y
- t) Autovías para los principales centros comerciales, servidas por fáciles medios de transporte.

2º—Villa

- a) Población urbana mínima 5,000 habitantes;
- b) Instrucción: 20% alfabetos;
- c) Casas construidas en alineación formando calles bien dispuestas y pavimentadas en cualquier forma;
- d) *Drenajes sanitarios subterráneos*;
- e) *Agua potable distribuida por cañería*, baños y lavaderos;
- f) Mercado público;
- g) Alumbrado eléctrico;
- h) Parque y plazas;
- i) Oficina postal de categoría adecuada y Oficina telegráfica;
- j) Farmacia de segunda clase o venta de medicinas de primera clase;
- k) Cementerio autorizado;
- l) Hotel o pensión;
- m) Biblioteca;
- n) Escuela para enseñanza primaria en número apropiado;
- ñ) Edificios propios para las autoridades civiles y militares; y
- o) Autovías para los principales centros comerciales, con servicio regular de transporte.

Así continúa con los requisitos para pueblo, aldea y caserío. Sólo a las aldeas le confiere la categoría de localidad rural. Como veremos más adelante ninguna de las

localidades urbanas del Departamento de Escuintla cumplen todos los requisitos especificados en el Acuerdo Gubernativo enunciado; es en los aspectos de saneamiento ambiental donde menos requisitos llenan para merecer la categoría de ciudad, villa o pueblo que corrientemente se les adjudica.

Los cuadros presentados a continuación con datos basados en las encuestas de edificios levantadas en seis localidades del Departamento de Escuintla, por inspectores de Salud Pública de la División de Servicios Rurales de Salud Pública, son demostrativos de la situación del saneamiento del ambiente en todo el departamento hasta el año de 1957; no podemos creer que la situación de esas condiciones en otros lugares del departamento varían hacia mejor, si tomamos en cuenta que las características generales del departamento no varían de una localidad a otra. Además, no se pudo hacer uso de estudios de otros lugares, desde el momento que no existen o que están en elaboración.

Completar el estudio de la situación del saneamiento en todo el departamento, va a constituir uno de los objetivos generales del programa.

Si apreciamos los totales del Cuadro N° 7, notaremos que sólo el 19.1% de las casas de esas seis localidades usan abasto de agua que se considera sanitario, el 29.5% con abasto de aguas no protegidas. Nos desalienta deducir que el 51.4% de esas casas no tengan abasto propio, razón por la cual quienes las habitan tienen que recurrir a la fuente de agua más accesible, sea protegida o no, con el agravante de que la mayor parte de las veces no se preocupen de purificarla por ninguno de los medios conocidos. En la ciudad de Escuintla es notorio que sólo el 14.6% de las casas tienen abasto sanitario. En esta ciudad la situación podría ser menor grave, tomando en cuenta que poseen dos sistemas de agua a presión. El más antiguo, que no tiene ninguna protección en sus instalaciones, es frecuente que su tanque de captación sea usado como balneario público. Es factible mejorar la calidad de esta fuente, protegiendo y mejorando sus instalaciones. En la actualidad y con un

costo de Q90,000.00 la Municipalidad está construyendo las obras para la introducción de un nuevo caudal al sistema nuevo, lo que dará opción a la adquisición de ese servicio a un gran número de habitantes de la ciudad (6).

En el pueblo de Palín, podría haber más edificios con abasto de agua a presión, sometido a un proceso de purificación con hipoclorito; pero el caudal, que es suficiente para proporcionar el servicio a toda la localidad, no alcanza debido a la costumbre de muchos moradores de mantener sus chorros abiertos sin ninguna necesidad. El personal del Centro de Salud local hace educación a todos los niveles de la comunidad para resolver esa situación, proponiendo como mejor medida, la instalación de contadores de agua, pero siempre se ha encontrado con la indiferencia de las autoridades locales y la oposición de los habitantes que no aceptan el gasto adicional de instalación.

En San Vicente Pacaya la situación es mala, pero pronto tendrá solución cuando funcione la bomba que llevará el agua desde la laguna de Calderas a esa población y aldeas aledañas. Esta obra la inició el Departamento de Ingeniería Sanitaria de la División de Servicios Rurales de Salud Pública con la colaboración de la comunidad, y fue concluido por el Departamento Nacional de Ingeniería Sanitaria.

La participación del agua en la producción de enfermedades entéricas, que ocupan como es sabido, un primer lugar en la morbilidad de la región, hace palpable la necesidad de adjudicar al problema del agua una solución inmediata.

El Cuadro N° 8, que resume la situación sobre la disposición de excretas en las seis localidades estudiadas, nos da la explicación de la alta incidencia de parasitismo intestinal y enfermedades diarreicas de ese departamento. Las encuestas de edificios en que están basados los datos del Cuadro N° 8 fueron completados en el año 1957; de ese tiempo para la fecha, a través de los programas de letrificación, la situación ha mejorado pero no tanto para alcan-

zar un nivel que se aproxime al 50%. La evaluación de este programa se está realizando constantemente con el objeto de encontrar el método que apresure el proceso de letrificación sanitaria, porque como puede apreciarse, el problema es tan serio que a este programa podemos adjudicarle prioridad en los servicios de salud.

En la encuesta de la ciudad de Escuintla encontramos que el sistema de drenaje es tan deficiente que sólo el 11% de las casas encuestadas se pueden considerar servidas sanitariamente. El 10.8% con drenajes insanitarios y el resto o sea el 77.4% que carecen de drenaje (14). Hasta el año de 1958 se iniciaron los trabajos para extender los servicios de drenaje a esa importante ciudad, lo que indudablemente contribuirá a la disminución de la morbilidad general y especialmente a enfermedades entéricas.

El Cuadro N° 9 nos da resultados sobre uno de los aspectos más deficientes del saneamiento de las seis localidades mencionadas; como podemos apreciar, sólo el 1.4% de las casas tienen depósito sanitario de basuras, el 21.2% con depósitos insanitarios, hecho que no resuelve ninguna situación y el 77.4% en donde disponen libremente las basuras.

En la ciudad de Escuintla, hay un servicio de recolección a domicilio que pierde todo su beneficio, desde el momento que la disposición domiciliar es deficiente, más el hecho de que el vehículo va sencillamente a descargar la basura colectada a los predios municipales, formando así enormes criaderos de moscas y focos de infección alrededor de la ciudad. A través de las gestiones del Centro de Salud de la localidad, está por iniciarse un programa cuyo propósito es mejorar este aspecto del medio ambiente. Consiste de tres puntos básicos:

- a) Hacer educación para lograr una mejor disposición de basuras en cada domicilio;
- b) Extender el servicio de recolección domiciliaria; y
- c) Hacer tratamiento final de basuras.

Cuadro N° 7

**CLASE DE ABASTECIMIENTO DE AGUA EN CINCO LOCALIDADES DEL
DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA**

Localidades	Total casas	Total casas encuestadas		Total casas con abasto sanitario		Total casas con abasto insanitario		Total casas sin abasto propio	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	4,611	4,347	100.0	832	19.10	1,284	29.50	2,251	51.40
Escuintla	2,444	2,278	100.0	339	14.60	649	28.80	1,290	56.60
Santa Lucía Cotz.....	734	703	100.0	322	45.79	301	42.76	80	11.45
Palín	706	682	100.0	131	19.20	195	28.60	356	52.20
San Vicente Pacaya	392	392	100.0	000	0.00	24	6.12	368	93.88
Siquinalá	189	189	100.0	40	21.20	67	35.40	82	43.40
Aldea Guadalupe	146	103	100.0	000	0.00	28	27.18	75	72.82

Cuadro N° 8

**DISPOSICION DE EXCRETAS EN SEIS LOCALIDADES DEL DEPARTAMENTO
DE ESCUINTLA**

Localidades	Total casas	Casas encuestadas		Casas con dispo- sición sanitaria		Casas con disposi- ción insanitaria		Casas sin disposición	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	4,611	4,347	100.0	689	15.9	1,514	34.8	2,144	49.3
Escuintla	2,444	2,278	100.0	381	16.7	783	34.4	1,114	48.9
Santa Lucía Cotz.	734	703	100.0	221	31.4	328	46.7	154	21.9
Palín	706	682	100.0	76	11.0	228	33.7	378	55.3
San Vicente Pacaya	392	392	100.0	0	00.0	40	10.2	352	89.8
Siquinalá	189	189	100.0	10	5.3	129	68.2	50	26.5
Aldea Guadalupe	146	103	100.0	1	0.9	6	5.9	96	93.2

Cuadro N° 9

DISPOSICION DE BASURAS EN SEIS LOCALIDADES DEL DEPARTAMENTO
DE ESCUINTLA

Localidades	Total casas	Casas encuestadas		Casas con dispo- sición sanitaria		Casas con disposi- ción insanitaria		Casas sin disposición	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	4,611	4,347	100.0	62	1.4	917	21.2	3,368	77.4
Escuintla	2,444	2,278	100.0	49	2.4	819	35.8	1,410	61.8
Santa Lucía Cotz.	734	703	100.0	13	1.9	71	10.2	619	87.9
Palín	706	682	100.0	—	00.0	25	3.7	657	96.3
San Vicente Pacaya	392	392	100.0	—	00.0	—	00.0	392	100.0
Siquinalá	189	189	100.0	—	00.0	2	1.1	187	98.9
Aldea Guadalupe	146	103	100.0	—	00.0	—	00.0	103	100.0

Se consideró que el mejor método para el tratamiento final de las basuras en la localidad es el de enterramiento sanitario. Con ese fin, se logró la autorización para usar un predio de la finca nacional Concepción. Maquinaria de la Dirección General de Caminos se encargará de abrir las zanjas. La iniciación de este programa depende exclusivamente de la Municipalidad, que hasta el momento no dispone de fondos para sufragar los otros gastos.

En el pueblo de Palín, existió un servicio de recolección a domicilio que dejó de funcionar debido también a factores de orden económico-social.

La solución de este problema debe enfocarse hacia la educación de las comunidades en todos sus niveles sociales, porque no es raro que agrupaciones locales le concedan más importancia a una obra ornamental que a una labor que va a beneficiar notablemente no sólo el aspecto de la población, sino que va a disminuir la enfermedad.

Otros aspectos sobre saneamiento

Control de alimentos y establecimientos públicos:

El Código de Sanidad vigente establece procedimientos para lograr medidas de protección a todos aquellos productos que sirven de alimento a la población. Desgraciadamente este Código está formulado para hacer cumplir las normas sanitarias que como bien sabemos, no cumplían con su propósito.

Uno de los errores más notorios de este Código, es aquel que adjudica la máxima autoridad sanitaria local, a un funcionario (Gobernador Departamental) que si es cierto que conoce muchas veces el Código en todo su contenido, desconoce en absoluto los objetivos generales y los procedimientos modernos para alcanzar estos objetivos. Esta es una razón por la que el Sanitarista con concepto moderno de Salud Pública, choca constantemente con esta autoridad que en muchas ocasiones, apoya las protestas de algún expendedor de alimentos a quien se le han hecho

las recomendaciones necesarias para que mejore su expendio.

El expedienteo para obtención de licencias de establecimientos públicos es tan deficiente que en la actualidad, se le da más importancia al ingreso de fondos al Estado, que a las condiciones que debe llenar todo lugar donde se va a efectuar distribución de alimentos. A eso se debe que primero se pague el impuesto, principie a funcionar el establecimiento y luego, al cabo del tiempo se haga la solicitud de inspección sanitaria del negocio.

Esto indudablemente redundará en mal para las funciones de la Salud Pública, porque con ese procedimiento se suscitan muchos casos en los que los manipuladores de alimentos padecen de enfermedades transmisibles, o bien las condiciones del local son tan malas, que no poseen agua corriente o servicio sanitario adecuado.

En la actualidad a través de la acción de la Dirección del Centro de Salud de Escuintla, ninguna licencia es extendida antes de que se realice la inspección del local por el Inspector Sanitario y los empleados sean sometidos a un examen médico completo por el Director del Centro o el Médico Asistente.

Convivencia con Animales: Costumbre muy arraigada en nuestro pueblo, tanto en el medio rural como en el urbano, que depende de factores socio-económicos y educativos. En el campo, el perro, la vaca, el cerdo, el caballo y las aves de corral desempeñan un papel muy importante en la vida del hombre, ya sea proporcionándole ayuda en las faenas diarias, como medio de locomoción, para cuidar la propiedad, para proporcionar algunos alimentos, etc. El campesino depende en cierto grado de estos animales que aparte de la utilidad que prestan, nos son conocidos como reservorios de Salmonelas patógenas para el hombre (19), a las que se les ha adjudicado el segundo lugar como causantes de enfermedades entéricas infecciosas después de la Shigella (20). Agregando este hecho a los aspectos deficientes del saneamiento y al desconocimiento de

muchos habitantes de las medidas higiénicas personales mínimas, así como el mecanismo de transmisión de algunas enfermedades, la convivencia con estos animales de corral, nos explica una causa más en la producción de tanto trastorno diarreico en el medio rural.

En resumen: en el Departamento de Escuintla, como en el resto de nuestro país, es muy poco lo que se ha hecho por el saneamiento del ambiente como una medida de mejorar el estado de vida del hombre. Las características del departamento y el hábito migratorio interno de muchos de sus pobladores, puede que haya contribuido al lento progreso de los programas de letrización técnicamente planeados, en varias localidades de la región. Familias enteras que viven aledañas a los centros urbanos, en la época de siembra o de cosecha, abandonan sus hogares y se van a las fincas durante dos o tres meses, dejando sin terminar el trabajo iniciado para la instalación de una letrina y olvidando en ese lapso, todas las ideas nuevas que pudieron haber captado a través de la educación que acompaña a estos programas.

La acción en pro del mejoramiento de las comunidades rurales ha sido tan débil que hemos de hacer nuestras las palabras del Dr. Gustavo Molina: "...ha sido tan sistemático el descuido de las comunidades latinoamericanas por el saneamiento, que resulta necesario insistir aún sobre su valor y sus proyecciones" (9). Si los programas se extienden a todo el territorio, a donde quiera que emigre un guatemalteco ha de encontrar un día no lejano, si no una vivienda con instalación de agua potable y letrina, por lo menos una campaña dedicada a esa obra.

2.—ESTUDIO Y ANALISIS DE LOS RECURSOS

Toda acción y quien la ejecuta tendiente a mejorar, restablecer o proteger la salud, debe considerarse como un recurso para cualquier programa de salud. En el mismo concepto deben englobarse todas aquellas entidades, organizaciones o personas que a través de sus actividades indirectamente contribuyen a buscar el bienestar de la población.

Cuando se ejercen acciones individuales para alcanzar una misma meta, se desperdician recursos económicos y de personal que multiplican al final el costo de las actividades que se realizan. Un factor que ha contribuido al lento avance de las localidades latinoamericanas es la falta de coordinación entre las distintas entidades cuya función final es una misma: el mejoramiento de las condiciones de vida del hombre bajo cualquiera de sus aspectos, como es mantenerlo sano, protegerlo del desempleo, educarlo, prestarle ayuda económica cuando esté incapacitado para el trabajo, mejorarle su vivienda o independizarlo económicamente. Es dable observar que dos o más dependencias estatales, inicien acciones hacia lograr un mismo fin; cayendo una o dos de ellas en el fracaso debido a que no poseen la capacidad técnica o no buscan la asesoría necesaria para llevar al éxito su propósito. Lo mismo sucede con agrupaciones particulares que, con mucho entusiasmo, inician programas que en ocasiones por innecesarios, causan la pérdida de recursos que pudiera emplearse en otro tipo de acción de verdadero beneficio colectivo. El sistema centralizado de gobierno, a través del cual se realizan todas las actividades de la vida nacional, dedican muchos de sus ingresos a obras de ningún beneficio ponderable. Así se pierden cuantiosas oportunidades para la salud de las comunidades. Aún el Gobierno, muchas veces ejecutando actividades de-

magógicas, construye edificios inadecuados por defecto o por exceso, debido a que no se asesora por elementos con capacidad técnica para planear conforme las necesidades y los recursos.

Recurso importante de la salud pública es el Médico particular que a través del ejercicio de su profesión, cumple con una función de aquélla: la recuperación de la salud del individuo. Al igual que el Médico todas aquellas personas que se vinculan con las funciones de la salud, como enfermeras, parteras y comadronas empíricas. Parece contradictorio, después de los comentarios hechos anteriormente, considerar como un recurso a la comadrona empírica; pero si suponemos que algún día hemos de proporcionar atención técnica a todos los partos que suceden fuera de los servicios hospitalarios, aceptemos que requerirá tiempo y personal que actualmente no se posee; y por lo tanto pasará mucho tiempo durante el cual un alto porcentaje de los partos continuará siendo atendido a domicilio por las comadronas empíricas. Hemos pues de considerarlas un recurso en potencia, que después de un período de adiestramiento adecuado, mejoren su tipo de atención o conduzcan a las gestantes a las consultas prenatales o a los hospitales, en caso de complicación del parto. En Amatitlán se hizo un ensayo de adiestramiento de comadronas empíricas, que ha dado tan buenos resultados, como los obtenidos en otros países con los mismos programas.

El estudio de los recursos del Departamento de Escuintla se logró a través de observaciones personales y de las respuestas dadas a la encuesta enviada a cada Alcalde Municipal; de esta encuesta sólo faltaron los informes de tres Municipalidades.

MUNICIPIO DE ESCUINTLA. Entidades:

Hospital Nacional Departamental: Con 242 camas distribuidas así: Cirugía de Hombres 30; Medicina de Hombres 35; Cirugía de Mujeres 26; Medicina de Mujeres 30;

Maternidad 15; Servicio de Niños 26; Pabellón de Tuberculosos 80.

Personal Médico: Un Médico Director a tiempo parcial; Médicos de Servicio ad-honorem con excepción del Médico encargado del Pabellón de Tuberculosis que trabaja tiempo parcial. Dos practicantes a tiempo integral.

Personal de Enfermería: Una enfermera graduada y un número no determinado de auxiliares de enfermería. Una comadrona graduada o estudiante próxima a graduarse que trabaja tiempo integral.

Los Servicios están muy mal atendidos, la consulta externa presta un servicio muy irregular a pesar de que existe la plaza de Médico de Consulta Externa que debería de atender cuatro horas diarias. Los Servicios de Maternidad y Niños prestan una atención inadecuada debido a la escasez de personal adiestrado para el efecto. El Pabellón de Tuberculosos, se encuentra localizado entre los demás Servicios, rompiendo así todas las reglas del aislamiento necesarias para las enfermedades transmisibles. Este servicio depende de la División de Tuberculosis y tiene supervisión periódica.

Centro de Salud Local: Es una dependencia de la División de Servicios Rurales de Salud Pública, comprendido dentro de la zona de demostración sanitaria. Ocupa un edificio inadecuado para las necesidades del servicio y de la población.

Programas: Higiene Materno-Infantil, Control de enfermedades transmisibles, Saneamiento Ambiental y Educación Higiénica.

Personal: Un Médico Director (Adiestrado en Salud Pública).

Un Médico Asistente (Adiestrado en Salud Pública).

Tres enfermeras de Salud Pública (Con adiestramiento en Salud Pública). Una Jefe y dos enfermeras de sector.

Seis auxiliares de enfermería (Adiestradas en Salud Pública).

Tres inspectores sanitarios (Adiestrados en Salud Pública).

Un laboratorista.

Una Secretaria recepcionista adiestrada.

Servicios: Consulta del Niño Sano (tres horas tres veces por semana).

Consulta del Niño enfermo inscrito (Tres horas tres veces por semana).

Consulta Pre y Post-Natal (Tres horas dos veces por semana).

Consulta de Enfermedades Venéreas (Dos horas tres veces por semana).

Tiempo disponible para el control de otras enfermedades transmisibles y trabajo con la comunidad.

Visita domiciliaria para niño y gestante (30% del tiempo hábil del trabajo de enfermería).

Control de establecimientos públicos. Programa de letratinización. Control de alimentos. Saneamiento rural. Control de perros.

Laboratorio: Exámenes de orina y heces. Sangre: Recuento y Fórmula, Tiempo de Sedimentación, Hematócrito. Serológicos: Widal. V.D.R.L.

Centro Hospitalario del IGSS: Presta atención a los afiliados en casos de heridas y traumatismos de accidentes comunes y de trabajo. Ocupa un local inadecuado pero en la actualidad se está construyendo el edificio propio.

Personal: Cuatro Médicos a tiempo parcial, con turnos de 24 horas cada tres días. Disponibilidad de especialistas en todas las ramas.

Tres enfermeras graduadas y personal auxiliar adecuado.

Servicios generales: Laboratorio completo, Rayos X y Banco de Sangre.

Dispensario Antituberculoso: Dependencia de la División de Tuberculosis, sus funciones consisten en controlar los casos activos, hacer diagnóstico de casos nuevos y tamizar la afluencia de enfermos a los Servicios hospitalarios.

Personal: Un Tisiólogo. Personal de Enfermería para trabajo en Clínica y visita domiciliaria de los casos controlados y sus contactos.

Otros Recursos Locales: Funciona una Delegación de la Cruz Roja Nacional, que por el momento sólo presta servicio de ambulancia. La Delegación está construyendo un edificio para instalar Consultorios Generales.

En las fincas nacionales Concepción y Santo Tomás, se da consulta general dos veces por semana, servicio pagado por Fincas Nacionales. En Concepción, hay disponibilidad de tres camas para maternidad atendidas por una comadrona empírica. Las gestantes de estas dos fincas reciben atención prenatal en el Centro de Salud local. Otras fincas particulares pagan atención médica de consultorio para sus trabajadores, pero no tienen ningún vínculo con el Centro de Salud local.

En la localidad nueve médicos ejercen su profesión particularmente. Reciben ayuda del Centro de Salud local que les da servicio de Laboratorio cuando se sospecha enfermedad transmisible. Sólo fue reportada una comadrona empírica en el medio urbano, pero en las fincas ejercen muchas más. El Centro de Salud trata de controlar a estas comadronas para hacerlas asistir al curso de adiestramiento que está por iniciarse.

Agrupaciones que pueden colaborar con los programas de salud: Club de Leones, Juniors locales y diversos comités.

MUNICIPIO DE SANTA LUCIA COTZUMALGUAPA. Entidades:

Centro de Salud Local: Dependencia de la División de Servicios Rurales de Salud Pública comprendido dentro de

la zona de Demostración Sanitaria. Ocupa un edificio inadecuado para los servicios.

Programas: Saneamiento ambiental. En fase de organización los programas de Higiene Materno Infantil. Control de enfermedades venéreas. Control de enfermedades transmisibles.

Personal: Un Médico Director (Adiestrado en Salud Pública).

Una enfermera graduada (Adiestrada en Salud Pública).

Una auxiliar de enfermería (Adiestrada en Salud Pública).

Dos inspectores sanitarios (Adiestrados en Salud Pública).

Los servicios están en fase de organización.

Consultorio del IGSS: Presta atención a trabajadores afiliados que sufran traumatismos y heridas de accidentes comunes y de trabajo.

Personal: Un médico que trabaja tiempo parcial.

Personal auxiliar para la atención de camas y trabajo de consultorio.

Casa de Salud: Particular, en local adecuado con 12 camas para prestar toda clase de atención. Dos médicos y personal de enfermería adecuado.

Servicios generales: Laboratorio, Rayos X. Disponibilidad del servicio de especialistas llamados desde la capital de la República.

Otras entidades: Club de Leones y varios comités pro mejoramiento del pueblo.

Veintisiete comadronas empíricas, distribuidas así: Una en el área urbana y veintiséis en el área rural. Varias fincas de la localidad pagan servicio médico de consultorio una o dos veces por semana.

MUNICIPIO DE TIQUISATE. Entidades:

Hospital de la Compañía Frutera: Que presta atención a los trabajadores y familiares de éstos que están al servicio de la misma. Edificio adecuado y funcional. El número de camas planeado para servir a la población que atiende.

Personal: Siete médicos a tiempo completo. Personal de enfermería: 31 entre graduadas y auxiliares. Cinco comadronas graduadas.

Servicios generales: Laboratorio completo, Rayos X y Banco de Sangre.

Unidad Sanitaria Local: Ocupa un local inadecuado pero fácilmente adaptable a las necesidades de un servicio bien organizado. No tiene programas específicos. Presta servicio de consulta general.

Personal: Un médico que trabaja tiempo parcial. Una enfermera práctica. Un Inspector sanitario.

Otros recursos: Un médico que ejerce su profesión particularmente, pero sólo trabaja los sábados y domingos. En la localidad hay veintidós comadronas empíricas.

En los parcelamientos agrarios de Nueva Concepción y Anexos principió a funcionar desde el año 1958 un servicio de Salud Pública con los siguientes programas: Consulta general, control de enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental y educación sanitaria. El servicio no ha llegado a trabajar completamente, debido a la falta de recursos e interferencias de distintas clases.

Este Centro de Salud está atendido por personal médico, de enfermería y de inspección, todos adiestrados en Salud Pública.

MUNICIPIO DE PALIN. Entidades:

Centro de Salud Local: Es una dependencia de la División de Servicios Rurales de Salud Pública y está comprendido dentro de la zona de Demostración Sanitaria. Ocupa un edificio adecuado y funcional, de acuerdo con las necesidades del servicio y de la comunidad.

Programas: Higiene Materno Infantil. Control de enfermedades transmisibles. Consulta general. Saneamiento ambiental. Educación sanitaria.

Personal: Un médico director (Adiestrado en Salud Pública).

Una enfermera jefe (Adiestrada en Salud Pública).

Dos auxiliares de enfermería (Adiestradas en Salud Pública).

Un inspector sanitario (Adiestrado en Salud Pública).

Una secretaria recepcionista adiestrada.

Servicios: Consulta del niño sano (tres horas dos veces por semana).

Consulta pre y post-natal (dos horas una vez por semana).

Consulta general (tres horas una vez por semana).

Enfermería: trabajo de clínica. Visita domiciliaria a niño, gestante y enfermedades generales. (40% del tiempo hábil).

Inspectoría: Campaña de letrización, control de establecimientos públicos, control del servicio de agua. Saneamiento rural.

Puesto de primeros auxilios del IGSS: Atendido por enfermeros prácticos para prestar atención a los trabajadores afiliados.

Otros recursos: Seis comadronas empíricas en el medio urbano y rural, controladas por el Centro de Salud local.

MUNICIPIO DE SAN VICENTE PACAYA. Entidades:

Centro de Salud Local: Dependencia de la División de Servicios Rurales de Salud Pública; está comprendido dentro de la zona de Demostración Sanitaria. Ocupa un edificio adecuado y funcional, de acuerdo con las necesidades de los servicios.

Programas: Higiene Materno Infantil. Saneamiento Ambiental. Control de enfermedades transmisibles. Educación sanitaria.

Personal: Un médico director que trabaja tiempo parcial (Adiestrado en Salud Pública).

Una enfermera jefe (Adiestrada en Salud Pública).

Dos auxiliares de enfermería (Adiestradas en Salud Pública).

Un inspector sanitario (Adiestrado en Salud Pública).

Servicios: Consulta de niño sano y pre-natal (cinco horas una vez por semana). Consulta general (cinco horas una vez por semana). Visita domiciliaria a niño y gestante (40% del tiempo hábil de enfermería). Trabajo de enfermería en Consultorio. Servicio de hipodermia. Campaña de letrización y control de establecimientos públicos. Trabajo con la comunidad: Organización de grupos, formación de comité para introducción del agua potable.

Otros recursos: Una comadrona empírica que refiere a las gestantes a la consulta pre-natal del Centro de Salud.

MUNICIPIO DE LA DEMOCRACIA. Entidades:

Centro de Salud Local: Inició sus labores en el año de 1958. Ocupa un local adecuado para los servicios. Está comprendido dentro de la Región Sanitaria N° 3.

Programas: Higiene Materno Infantil. Control de enfermedades transmisibles. Saneamiento ambiental. Consulta general. Educación Sanitaria.

Personal: Un médico director (Adiestrado en Salud Pública).

Una enfermera jefe (Adiestrada en Salud Pública).

Un inspector sanitario (Adiestrado en Salud Pública).

Servicios: Por estar en fase de organización, los servicios no están aún bien establecidos.

Otros recursos: Seis comadronas empíricas.

MUNICIPIO DE SAN JOSE. Entidades:

Unidad Sanitaria Local: Ocupa un edificio inadecuado. No tiene programas específicos.

Personal: Un médico jefe (que trabaja tiempo parcial).

Una enfermera práctica.

Un inspector sanitario.

Servicios: Consulta general (diaria).

Consulta de venéreas (dos veces por semana).

Se desconoce la existencia de otros servicios que preste la entidad.

Otros recursos: Visita médica diaria a la base militar cercana a la población.

MUNICIPIO DE IZTAPA: Entidades:

Un puesto de primeros auxilios: Dependencia de la Dirección General de Sanidad, atendido por una enfermera práctica. Ocupa un edificio con posibilidades para prestar servicio de consulta.

No hay otro recurso en la localidad.

Del resto de los municipios de Escuintla, podemos decir que no tiene ningún servicio establecido hasta el momento. En la población de Masagua se contruyó recientemente el edificio para un puesto sanitario que va a ser de suma utilidad cuando determinemos nuestros programas de acción.

3.—DETERMINACION DE OBJETIVOS

A través del progreso del estudio de los problemas de salud de una comunidad con el propósito de formular programas, se inicia la fase de determinación de objetivos los que son necesarios para planear los programas de acción para alcanzar esos objetivos(2). Un servicio de salud no puede esperar hasta completar el estudio de una región que va a servir, sin encontrarse con la crítica del público que no ve ninguna acción en su beneficio y no comprende el porqué las enfermeras y los inspectores van de casa en casa haciendo preguntas y el médico no da ninguna consulta. Las acciones iniciales constituyen el cumplimiento de objetivos inmediatos que aunque no formulados, una vez alcanzados nos servirán para determinar otros objetivos.

Si retrocedemos un poco en nuestro estudio, encontraremos enunciados los aspectos que constituyen los verdaderos problemas de salud del Departamento de Escuintla; recordamos los altos índices de mortalidad y morbilidad general, hechos que dependen en gran parte de las malas condiciones ambientales que predominan en la región, así como también de factores educacionales y socio-económicos de la población. Problemas de salud de importancia consideramos la poca asistencia médica y paramédica que tiene la población, por falta de servicios públicos nacionales o locales; y tres grandes problemas de morbilidad: Paludismo, Trastornos diarreicos infecciosos o parasitarios y Tuberculosis pulmonar. Dedicados a disminuir la prevalencia de dos de estas enfermedades funcionan actualmente programas específicos, autónomos de los servicios generales existentes. Los altos índices de mortalidad infantil y la escasez de recursos hospitalarios para atender a este grupo de población y en general a toda ella, constituye otro de los aspectos desfavorables de la salud del departamento. Altos

índices de natalidad y la pésima atención que reciben las madres en los períodos pre-natal, parto y puerperio, como consecuencia de la falta de servicios adecuados.

De acuerdo con la regionalización de los servicios, los programas se verán sujetos a ciertas condiciones que pueden quedar incluidas dentro de los

a) OBJETIVOS GENERALES:

1.—A través de la regionalización, fomentar la integración de los Centros de Salud locales con los servicios hospitalarios del Estado y los particulares.

2.—Laborar por la canalización de todos los demás recursos de la Salud Pública hacia la coordinación de sus actividades con las del Servicio Local de Salud.

3.—Completar el estudio de las condiciones del medio ambiente de las localidades departamentales y de la intensidad con que interviene en la producción de enfermedad, con el propósito de:

4.—Interesar a los Gobiernos locales (Municipalidades) y a las comunidades en la solución de sus problemas de salud, logrando la participación de todos los grupos en la medida de sus posibilidades, con el fin de:

5.—Proporcionar servicios de todo tipo a todas las comunidades a la mayor brevedad, para lograr una disminución pronta de la morbilidad general y como consecuencia, de la mortalidad.

6.—Obtener el reconocimiento hacia los programas y labores de los Centros de Salud por parte de los médicos particulares locales, con el propósito de hacerlos participar en las funciones de la salud, así como de proporcionarles facilidades en el ejercicio de su profesión.

7.—Establecer las bases para la acción permanente dentro de los Centros de Salud, de los programas tendientes a erradicar las enfermedades que constituyen los mayores problemas locales y que en la actualidad funcionan separadamente.

b) OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.—Prestar atención en el hogar y en la clínica a los grupos infantil y pre-escolar con el propósito de disminuir la mortalidad en ellos y obtener resultados positivos en un tiempo determinado.

2.—Aumentar la atención médica y de enfermería, en clínica y a domicilio al gran grupo de gestantes, procurando porque una proporción mayor de ellas reciban atención técnica del parto y con esos propósitos;

3.—Laborar por el aumento de camas niño y camas maternidad en los Hospitales y Centros Regionales.

4.—Laborar porque todos los Servicios Locales se constituyan en fuentes de información bio-estadística que como consecuencia mejorará nuestros conocimientos sobre las principales causas de enfermedad y de los problemas de la localidad.

5.—Participar en todas las actividades, después de haberlas fomentado o no, que la comunidad realice en pro de la salud colectiva y guiar esas actividades por el camino que lleve a la mejor utilización de los recursos.

6.—Sistematizar la acción de la educación higiénica en el hogar, para lo que se debe fomentar el concepto de unidad a la familia y no al individuo, considerando que en la enfermedad participan factores familiares, educativos y sociales.

7.—Laborar por la mejor organización de las consultas externas generales para brindar mejor atención al público y normar el ingreso a los hospitales de los casos que verdaderamente necesiten ese tipo de atención (22).

8.—Impulsar las medidas tendientes a mejorar las condiciones del ambiente como son introducción de agua potable, control de alimentos, letrización, control de basuras y control de insectos; así también procurar por el mejoramiento de la vivienda en todas las localidades.

Sabemos que los recursos nunca son suficientes para resolver simultáneamente todos los problemas, así es que al-

gunos de éstos deben esperar a un segundo o tercer término para ser resueltos. De ese modo, los objetivos conforme se van alcanzando van cambiando periódicamente. Establecer qué problemas deben resolverse y en qué orden los demás, es una de las actividades iniciales del personal del Servicio de Salud.

Adquirir el criterio para establecer esas prioridades resulta difícil, aún conociendo todos los factores participantes en los problemas. Hacemos uso de los criterios para establecer esas prioridades, enunciados por el Dr. Gustavo Molina (9):

- a) El daño producido por la condición adversa;
- b) La posibilidad de evitar ese daño, tomando en cuenta todo el elemento disponible para lograr el propósito;
- c) El costo del programa comparado con el costo que causa el daño evitado;
- d) El rendimiento que se espera del programa a corto y largo plazo; y
- e) El concepto que tiene la comunidad beneficiada, de la acción escogida para evitar el daño.

Anteriormente enunciamos lo que se considera los problemas más importantes en el aspecto de la salud del Departamento de Escuintla. Hicimos notar la participación de las malas condiciones ambientales y de los factores socio-económicos y educacionales en la producción de los altos índices de mortalidad general, estados morbosos y carenciales. Sabemos los inmensos recursos que absorben las campañas aisladas para resolver una causa específica de daño (campaña Antituberculosa y Erradicación de la Malaria). Nos es fácil comprender que mejorando las condiciones ambientales a través de programas intensos locales, lograríamos una disminución considerable del daño en cuya producción participan las condiciones enunciadas; pero

programar aisladamente esta acción causaría un inmenso costo a la vez que se desperdiciaría el contacto beneficioso con la comunidad que produce toda acción a favor de ella. Previa a la acción de producir saneamiento, debe efectuarse la educación necesaria para que esta comunidad comprenda el beneficio de la acción; esta educación requiere el planeamiento de un programa y la ejecución por un equipo preparado para lograr que el programa principal obtenga el éxito deseado. Por otra parte, producir el saneamiento sin enseñar cómo se debe hacer uso de las obras o hasta qué grados el saneamiento va a beneficiar a la comunidad, es tan perjudicial como realizar ese saneamiento sin que los beneficiados estén de acuerdo con el programa. Resultaría como que en una población se hiciera una instalación de agua potable, pero que al no haber quien educara a la comunidad el almacenamiento del agua se siguiera haciendo en depósitos sucios o no protegidos; luego se les obligara a tomar las medidas necesarias para proteger el agua, sin explicarles el porqué, los habitantes terminarán por considerar que el agua no sirve y abandonarán todas las medidas tomadas y necesarias para el mantenimiento del servicio.

Sabemos que los recursos actuales no son suficientes para establecer servicios locales completos. El daño causado por todos los factores mencionados en este trabajo nos hace determinar lo que consideramos los programas necesarios para disminuir ese daño, aunque en la práctica las actividades causarían un costo elevado.

Atención de Consulta de niño sano	1,350 hrs.
Atención de Gestantes y Post-Natales	675 "
Atención de Consulta de Venéreas	270 "
Atención de Consulta General	270 "
Trabajo de Administración y de comunidad	1,800 "

Tiempo de Enfermería necesario al año: 11,707 horas distribuidas así:

Atención de trabajo en Clínicas	4,860 hrs.
Trabajo de visita a domicilio	2,164 "
40% de tiempo para otras labores	4,683 "

Personal necesario para cubrir el tiempo requerido: 3 Médicos y 7 Enfermeras.

Saldos de tiempo de personal: 1,035 horas médicas y 893 horas enfermera por año.

MUNICIPIO DE SANTA LUCIA COTZUMALGUAPA

Programas: Higiene Materna, Infantil y Pre-escolar. Control de Enfermedades Transmisibles. Asistencia Médica. Saneamiento Ambiental. Educación Higiénica.

Población total: 22,762 habitantes. Población a atender: 9,105. Niños de 0 a 6 años a atender: 1,821. Promedio de gestantes por año: 1,230. Gestantes a atender por año: 492.

Tiempo médico necesario por año: 1,985 horas distribuidas así:

Atención de Consultas (madre, niño y general)	1,385 hrs.
Trabajo de Administración y de Comunidad	600 "

Tiempo de enfermería necesario al año: 6,816 horas distribuidas así:

Trabajo en clínicas	2,770 hrs.
Visita domiciliaria	1,320 "
40% de tiempo para otras labores	2,726 "

Personal necesario para cubrir el tiempo requerido:
2 Médicos y 4 Enfermeras.

Saldos de tiempo de personal: 1,615 horas médicas y
384 horas enfermera por año.

MUNICIPIO DE SIQUINALA

Programas: Higiene Materna, Infantil y Pre-escolar.
Control de Enfermedades Transmisibles. Asistencia Médica. Saneamiento Ambiental. Educación Higiénica.

Población total: 6,693 habitantes. Población a atender: 2,677. Niños de 0 a 6 años a atender: 536. Promedio de gestantes por año: 300. Gestantes a atender por año: 120.

Tiempo médico necesario por año: 1,120 horas distribuidas así:

Atención de Consultas	720 hrs.
Trabajo de Administración de Comunidad	400 "

Tiempo de enfermería necesario al año: 2,708 horas distribuidas así:

Trabajo en clínicas y visita domiciliaria	1,625 hrs.
40% de tiempo para otras labores	1,083 "

Personal necesario para cubrir el tiempo requerido:
1 Médico y 2 Enfermeras.

Para llenar el tiempo médico podemos usar el saldo de tiempo que nos quedó en el municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa. El personal de enfermería deberá ser completo y los saldos de Santa Lucía y Siquinalá podrán ser empleados para trabajo de Jefatura y Supervisión de Enfermería en los dos municipios.

MUNICIPIO DE LA DEMOCRACIA

Programas: Higiene Materna, Infantil y Pre-escolar.
Control de Enfermedades Transmisibles. Asistencia Médica. Saneamiento Ambiental. Educación Higiénica.

Población total: 6,866 habitantes. Población a atender: 2,746. Niños de 0 a 6 años a atender: 549. Promedio de Gestantes por año: 366. Gestantes a atender por año: 146.

Tiempo médico necesario por año: 985 horas distribuidas así:

Atención de Consultas	585 hrs.
Trabajo de Administración y de Comunidad	400 "

Tiempo de enfermería necesario al año: 2,675 horas distribuidas así:

Trabajo en clínicas y visita domiciliaria	1,605 hrs.
40% del tiempo para otras labores	1,070 "

Personal necesario para cubrir el tiempo requerido:
1 médico y 2 enfermeras.

Saldos de tiempo de personal: 915 horas médicas y
925 horas enfermera por año.

MUNICIPIO DE LA GOMERA

Programas: Higiene Materna, Infantil y Pre-escolar.
Control de Enfermedades Transmisibles. Asistencia Médica. Saneamiento Ambiental. Educación Higiénica.

Población total: 4,669 habitantes. Población a atender: 1,868. Niños de 0 a 6 años a atender: 374. Promedio de gestantes por año: 457. Gestantes a atender al año: 183.

Tiempo médico necesario por año: 605 horas, distribuidas así:

Atención de Consultas 405 hrs.
 Trabajo de Administración y de Comunidad 200 "

Tiempo de enfermería necesario al año: 1,583 horas distribuidas así:

Trabajo en clínicas y visita domiciliaria 950 hrs.
 40% de tiempo para otras labores 633 "

Personal necesario para cubrir el tiempo requerido:
 1 médico y 1 enfermera.

Con los saldos de tiempo de personal de La Democracia, podemos atender los servicios en La Gomera requiriendo únicamente una enfermera más. El tiempo restante de enfermería se utilizará para Jefatura y Supervisión.

MUNICIPIO DE TIQUISATE

Programas: Higiene Materna, Infantil y Pre-escolar. Control de Enfermedades Transmisibles. Asistencia Médica. Saneamiento Ambiental. Educación Higiénica.

Población total: 36,467 habitantes. Población a atender: 14,587. Niños de 0 a 6 años a atender: 2,917. Promedio de gestantes por año: 2,316. Gestantes a atender por año: 926.

Tiempo médico necesario por año: 7,200 horas distribuidas así:

Atención de Consultas 5,400 hrs.
 Trabajo de Administración y de Comunidad 1,800 "

Tiempo de enfermería necesario al año: 14,966 hrs. distribuidas así:

Trabajo en clínicas y visita domiciliaria 8,980 hrs.
 40% de tiempo para otras labores 5,986 "

Personal necesario para cubrir el tiempo requerido:
 4 médicos y 9 enfermeras.

La cantidad de personal parece exagerada para este municipio y en realidad se exageró tomando en cuenta los siguientes factores: a) la población está agrupada en 4 ó 5 grandes núcleos muy separados uno del otro; b) el incremento exagerado de la población del municipio debido a la aplicación de programas de Reforma Agraria y la distribución consiguiente de parcelas que desgraciadamente son ocupadas sin tener vivienda adecuada ni medidas de saneamiento previas. Esto ha determinado una alta morbilidad que afecta a todos los grupos de la población. Debido a la distancia que separa a estos núcleos, se considera necesaria la presencia de un Médico en cada localidad para proporcionar atención constante, ya que el servicio alterno sería insuficiente y se perdería mucho tiempo en movilización de ese personal.

MUNICIPIO DE SAN JOSE

Programas: los mismos mencionados en los municipios anteriores.

Población total: 9,558 habitantes. Población a atender: 3,823. Niños de 0 a 6 años a atender: 765. Promedio de gestantes por año: 673. Gestantes a atender por año: 269.

Tiempo médico necesario por año: 1,300 horas distribuidas así:

Atención de Consultas 900 hrs.
 Trabajo de Administración y de Comunidad 400 "

Tiempo de enfermería necesario al año: 4,012 horas distribuidas así:

Trabajo en clínicas y visitas domiciliarias 2,047 hrs.
 40% del tiempo para otras labores 1,605 "

Personal necesario para cubrir el tiempo requerido:
1 médico y 3 enfermeras.

Saldo de tiempo de personal: 500 horas médicas y
1,388 horas enfermera por año.

MUNICIPIO DE IZTAPA

Los mismos programas mencionados anteriormente.

Población total: 2,260 habitantes. Población a atender: 904. Niños de 0 a 6 años a atender: 180. Promedio de gestantes por año: 148. Gestantes a atender por año: 59.

Tiempo médico necesario por año: 428 horas para atención de consultas por año.

Tiempo de enfermería necesario al año: 1,743 horas distribuidas así:

Trabajo en clínicas y visita domiciliaria	1,046 hrs.
40% del tiempo para otras labores	697 "

El personal necesario para cubrir el tiempo requerido podemos obtenerlo del saldo del tiempo médico de San José y una enfermera más para completar el tiempo necesario para Jefatura y Supervisión de enfermería.

MUNICIPIO DE PALIN

Los mismos programas mencionados.

Población total: 6,338 habitantes. Población a atender: 2,536. Niños de 0 a 6 años a atender: 507. Promedio de gestantes por año: 270. Gestantes a atender por año: 108.

Tiempo médico necesario por año: 895 horas distribuidas así:

Atención de consultas	495 hrs.
Trabajo de administración y comunidad	400 "

Tiempo de enfermería necesario al año: 2,390 horas distribuidas así:

Trabajo en clínicas y visita domiciliaria	1,434 hrs.
40% del tiempo para otras labores	956 "

Personal necesario para cubrir el tiempo requerido:
1 médico y 2 enfermeras.

Saldos de tiempo de personal: 905 horas médicas y
1,210 horas enfermera por año.

MUNICIPIO DE SAN VICENTE PACAYA

Los mismos programas que para los otros municipios.

Población total: 4,926 habitantes. Población a atender: 1,970. Niños de 0 a 6 años a atender: 394. Promedio de gestantes por año: 190. Gestantes a atender por año: 76.

Tiempo médico necesario por año: 630 horas para atención de consultas.

Tiempo de enfermería necesario al año: 2,100 horas distribuidas así:

Trabajo en clínicas y visita domiciliaria	1,260 hrs.
40% del tiempo para otras labores	840 "

Personal necesario para cubrir el tiempo requerido: podemos usar el saldo del tiempo médico de Palin y necesitamos una enfermera más para complementar la necesidad de tiempo de esta clase de personal.

MUNICIPIO DE GUANAGAZAPA

Los mismos programas.

Población total: 4,828 habitantes. Población a atender: 1,932. Niños de 0 a 6 años a atender: 386. Prome-

dio de gestantes por año: 229. Gestantes a atender al año: 92.

Tiempo de personal necesario al año: 360 horas médico para atención de consulta. 1,631 horas de enfermería distribuidas así:

Trabajo en clínicas y visita domiciliaria 979 hrs.
40% del tiempo para otras labores 652 "

Personal necesario para cubrir el tiempo requerido:
1 médico y 1 enfermera.

Saldo de tiempo de personal: 1,440 horas médicas y 169 horas enfermera por año.

MUNICIPIO DE MASAGUA

Los mismos programas.

Población total: 5,250 habitantes. *Población a atender:* 2,100. Niños de 0 a 6 años a atender: 420. Promedio de gestantes por año: 575. Gestantes a atender por año: 230.

Tiempo de personal necesario al año: 1,120 horas médicas distribuidas así:

Atención de consultas 720 hrs
Trabajo de administración y de comunidad 400 "

Tiempo de enfermería necesario al año: 3,162 horas distribuidas así:

Trabajo en clínicas y visita domiciliaria 1,897 hrs.
40% del tiempo para otras labores 1,265 "

Para llenar las necesidades de personal médico podemos usar el saldo de tiempo médico de Guanagazapa y necesitaremos 2 enfermeras más para llenar el tiempo necesario en trabajo de enfermería.

En las páginas anteriores bosquejamos la posibilidad de organizar un servicio para cubrir dos municipios vecinos. La atención de los programas específicos en algunos de esos municipios, deja saldos de tiempo de personal encargado de realizar las labores necesarias. ese tiempo sobrante lo aprovechamos para atender los programas en municipios vecinos y con facilidades de comunicación entre sí. De esa manera consideramos adecuado dividir al departamento de Escuintla en 6 Areas Sanitarias, cada una de las cuales quedaría cubierta por un Centro de Salud y uno o más Sub-Centros necesarios. Estas áreas quedarían así: Area N° 1: comprende los municipios de Escuintla, Guanagazapa y Masagua. El Centro de Salud situado en la ciudad de Escuintla y Sub-Centros en cada una de las cabeceras municipales. Area N° 2: comprende a los municipios de Palín y San Vicente Pacaya. El Centro de Salud en el pueblo de Palín y un Sub-Centro en San Vicente Pacaya. El Area N° 3: comprende los municipios de Santa Lucía Cotzumalguapa y Siquinalá. El Centro de Salud localizado en Santa Lucía y un Sub-Centro en Siquinalá. El Area N° 4: comprende únicamente al municipio de Tiquisate. Los Centros de Salud y Sub-Centros necesarios quedarían distribuidos en los parcelamientos agrarios más importantes. El Area N° 5: comprende los municipios de La Democracia y La Gomera. El Centro situado en la primera población y un Sub-Centro en la segunda. El Area N° 6: comprende los municipios de San José e Iztapa. El Centro de Salud situado en San José y un Sub-Centro en Iztapa.

Dada la magnitud de los problemas del departamento, consideramos indispensable que cada Sub-Centro tenga su personal permanente para cumplir con todas las labores que determinan los programas propuestos, proporcionando así atención de enfermería general, ya que es imposible proporcionar atención médica permanente en cada localidad.

Para la realización de los Programas de Saneamiento en cada área sanitaria, seguiríamos la norma de proporcio-

nar el trabajo de un Inspector Sanitario por cada 10,000 habitantes. En este aspecto no podemos limitar atención, pues las medidas de saneamiento para ser efectivas, deben aplicarse a toda la población.

Una necesidad de todo Servicio de Salud Pública, es un Laboratorio Clínico completo, capaz de realizar la investigación necesaria para el control de enfermedades y epidemias. Constituye uno de los problemas de más difícil solución para los Servicios locales de Salud, obtener el personal y material indispensable para el buen funcionamiento de ese recurso técnico, sin el cual no se puede realizar muchas veces, una labor completa.

Para nuestro plan, proponemos el funcionamiento de tres Laboratorios: uno Central, situado en la Ciudad de Escuintla, con capacidad para atender al Centro de Salud y al Hospital Departamental además de la atención que prestaría a dos Areas Sanitarias. El segundo, situado en el Centro de Salud de la población de Tiquisate, para atender a los Servicios de esa Area y el tercero localizado en el Centro de Salud de Santa Lucía Cotzumalguapa para atención de dos áreas. El laboratorio central estaría capacitado para realizar toda clase de exámenes que solicitara cualquiera de los centros locales.

5.—EVALUACION

Todo programa de salud tiende a cambiar condiciones adversas por otras favorables al hombre, haciendo uso para ello de los recursos propios del servicio y de la comunidad a la que sirve. Sabiendo que estos recursos generalmente son escasos, el mejor aprovechamiento que de ellos se haga va a contribuir al éxito o al fracaso de un programa.

El proceso de evaluación de los programas de Salud Pública, tiene el propósito de medir qué es lo que se ha logrado en el desarrollo de un programa en un momento determinado para comparar el esfuerzo realizado y los recursos utilizados con el producto logrado. El Dr. Guillermo Arbona(24) considera tres elementos necesarios para evaluar un programa: Primero: la situación que existía al iniciarse el programa. Segundo: el programa en sí; y Tercero: la situación existente en el momento de la evaluación.

Hemos repetido varias veces la situación del Departamento de Escuintla con respecto a morbilidad y mortalidad general. Iniciados los programas propuestos para todo el departamento; evaluar el resultado obtenido y los métodos usados para lograrlo nos permite utilizar distintos procedimientos, pero parece ser que el método estadístico(24) es el más adecuado ya que puede ser verificado objetivamente y por distintas personas logrando idéntico resultado. Esa es la razón por la que los Centros deben formular informes fidedignos ya que a través de esos informes se va a obtener los datos necesarios para la evaluación por el método estadístico. El Dr. Arbona menciona también la Supervisión como método de evaluación, pero aclara que este método sólo proporciona resultados subjetivos como por ejemplo, el procedimiento que el trabajador de Salud Pública está usando para obtener los resultados buscados. De ese

modo la Supervisión proporciona un método para evaluación a corto plazo. La utilidad de este procedimiento la aprovecha mejor el administrador de programas locales, quien es el más indicado para realizarla desde el momento que mantiene un contacto permanente con los demás trabajadores del equipo y está enterado permanentemente del desarrollo de las labores, situación que lo capacita para cambiar métodos y procedimientos con el objeto de utilizar en mejor forma el esfuerzo realizado para obtener un fin determinado.

A largo plazo, el descenso de las tasas de mortalidad y morbilidad aunque en un principio inaparente, viene a demostrar el éxito de la labor realizada.

La medición de ese resultado, es un trabajo que corresponde al Organismo Nacional de Salud Pública.

BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS

- 1.—*Dr. C. Padilla y Padilla, Dr. O. Aguilar Herrera.*—Organización de Servicios de Salud Pública. Trabajo presentado al Sexto Congreso Nacional de Medicina, 1958.
- 2.—*Dr. Guillermo Arbona.*—Métodos para la formulación de Planes Nacionales de Salud Pública. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Volumen XLII, Nº 1, 1957.
- 3.—*Consultores del Proyecto Guatemala 8.*—Oficina Sanitaria Panamericana, Organización Mundial de la Salud. Guía para el estudio del Area Elegida para la Organización de una Unidad Sanitaria Modelo. Guatemala, 1954.
- 4.—*Clemente Castillo Cordero, J. Alfredo García O.*—Atlas Político-Administrativo de la República de Guatemala, 1953.
- 5.—*Dirección General de Caminos.*—Secretaría de la Zona Vial Nº 3. Escuintla 1958.
- 6.—*Respuestas al cuestionario enviado a los Alcaldes Municipales del Departamento de Escuintla,* 1958.
- 7.—*Dr. Manuel Padilla.*—Notas del Tercer Curso para Médicos. Centro de Adiestramiento de Salud Pública. Amatitlán 1957.
- 8.—*Richard N. Adams.*—Encuesta sobre la cultura de los ladinos en Guatemala. Publicación del Seminario de Integración Social Guatemalteca, 1956.

- 9.—*Dr. Gustavo Molina G.*—Principios de Administración Sanitaria. Cátedra de Salubridad. Universidad de Chile, 1955.
- 10.—*Oficina Sanitaria Panamericana.*—Resumen de los informes sobre las condiciones sanitarias en las Américas. Publicación Científica N° 40. Junio de 1958.
- 11.—*Dirección General de Estadística.*—Boletín mensual N° 12, 1957.
- 12.—*Censo de Población de Guatemala*, 1950.
- 13.—*Dirección General de Estadística.*—Guatemala en Cifras, 1957.
- 14.—*Encuestas Sanitarias en cinco localidades del Departamento de Escuintla.*—Departamento de Saneamiento Ambiental. División de Servicios Rurales de Salud Pública, 1956.
- 15.—*Sección de Estadísticas Vitales.*—Dirección General de Estadística. Guatemala, 1958.
- 16.—*Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*—Plan de Erradicación de la Malaria. Guatemala, 1956.
- 17.—*Dirección General de Estadística.*—Boletín Nos. 3-4, 1958.
- 18.—*Ing. Guillermo Orozco.*—Anotaciones sobre Saneamiento Rural. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. XLI, N° 6, Dic. 1958.
- 19.—*Dr. José Arturo Soto A.*—Salmonelosis. Su Proyección Nacional como Problema de Salud Pública, Guatemala 1956.
- 20.—*M. Dorthy Beck, J. Antonio Muñoz y Nevin S. Scrimshaw.*—Estudio de las enfermedades diarreicas en Centroamérica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. XLV, N° 1, julio 1958.

- 21.—*John J. Hanlon.*—Principios de Administración Sanitaria, 1954.
- 22.—*Dr. Carlos Estrada S.*—Organización de Servicios Integrales de Salud Pública. Zona de Demostración Sanitaria Rural.
- 23.—*Anuario de Labores de los Centros de Salud de la Zona de Demostración Sanitaria Rural.*—Sección de Bio-Estadística. D. S. R. de S. P.
- 24.—*Guillermo Arbona.*—Bases y Métodos para Evaluar los Programas de Salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. XLIII, N° 6, 1957.