UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# EXPERIENCIA CLINICO-SOCIAL EN EL AREA RURAL

(18 meses en el Departamento de Santa Rosa)

TESIS

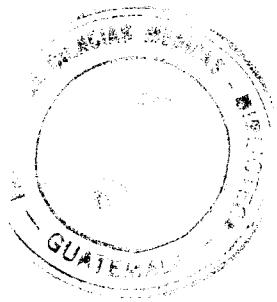
presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala,

por

OSCAR RAUL ALVARADO DE LEON

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, noviembre de 1964.

# SUMARIO

INTRODUCCION

I. APRECIACIONES GENERALES
- a) La Educación
- b) Vivienda
- c) Factor económico-social
- d) Vida Rural
- e) Lenguaje
- f) Supersticiones y creencias

II. EL PUMAR Y UNIDADES MOVILES

III. TRABAJOS PRELIMINARES
- a) Coordinación
- b) Municipalidad
- c) Comité
- d) Monografía

IV. CUESTIONES MEDICO-SOCIALES DEL DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA
- a) Aspecto socio-geográfico
- b) Cooperación
- c) La Unidad Móvil
- d) Enfermedades predominantes
- e) Puesto de Salud
- f) Evaluación

V. CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

# INTRODUCCION

Siempre es preocupación de actualidad, la de buscar la forma de hacer llegar a las colectividades los progresos de la medicina, como imperativo social que exige preferencia por el bien del ser humano; pero no siempre se encuentra la forma de realizarlo.

Ahora, con el servicio médico-social establecido por medio de unidades móviles, se lleva esa asistencia hasta las áreas rurales de varios lugares de la República que la reciben con verdadera alegría y complacencia, porque constituye una base para procurar el bienestar físico, mental y social de aquellos conglomerados que por una u otra causa no habían tenido servicio médico.

Nuestro país presenta características muy diferentes en su territorio: en unas regiones es plano, en otras es quebrado, de alturas variables en las montañas y de baja altura sobre el nivel del mar en los litorales. La diversidad de climas y de cultivos y productos, se derivan de esos diferentes aspectos y por lo mismo, son diferentes las maneras de vivir y las costumbres de sus habitantes, según la raza, ocupación, cultura y posibilidades económicas.

Por esta peculiaridad y por tener el suelo influen-

cia en los factores ambientales determinantes de la salud y la enfermedad, se hace necesario el conocimiento de las características propias del lugar en que se actúa, y realizar un estudio de las condiciones socio-económicas de los habitantes. Ese conocimiento es importante para el Médico, además por su acción humanística.

En las regiones rurales es numerosa la población indígena y analfabeta, en malas condiciones económicas, sociales y de salud. Conocidos estos factores adversos y ligados a ellos, resalta la trascendencia benéfica de los servicios móviles establecidos en tales lugares. Llena una función de Medicina Social extendida hasta quienes la necesitan.

Expuesta esta breve referencia y con la confianza de que uniendo ciencia y acción, voluntad y esfuerzo, en efectiva y eficaz cooperación, se superarán nuestros problemas sociales, procedo a desarrollar el tema propuesto relacionado con los servicios médico-sociales en áreas rurales.

# I

# APRECIACIONES GENERALES

Los factores sociales que influyen y afectan la salud se consideran como antecedentes y causa, por la conexión consecuencial de la enfermedad como efecto. Por eso lógicamente el estado de salud de un pueblo depende entre otros aspectos y factores, de su estado social.

También por eso es que, para investigarse y analizarse, se impone como medio natural y lógico para ello, el indispensable enlace pueblo-medicina-médico. Pero para que trascienda en "sociedad" y "salud" no deben desunirse ni actuar aisladamente, sino por el contrario, han de conectarse más para conocerse mejor y cohesionarse más y mejor.

Esta es la trascendencia y razón de la importancia para el estudiante y médico, de conocer los factores del respectivo lugar en que se trabaja, estudiando los sobresalientes en el aspecto social porque varían según las regiones.

En seguida trataremos de describir los que más se observan en nuestro país, esencialmente adversos y que afectan la salud en áreas rurales y en urbanas.

M. CIENCIAS MEDICAS - GUATEMALA

a) La Educacion.

Es indudable que el grado de educación en el hombre influye poderosamente en su salud. Factor adverso entre nosotros, a pesar de que en los últimos años se han intensificado las campañas de alfabetización, lo constituye el alto nivel de analfabetos, porque de esta deficiencia educativa, se origina la inobservancia de normas de higiene por el desconocimiento de los medios preventivos para la salud y complican el saneamiento ambiental, dando acceso a enfermedades que, con mejor educación, podrían evitarse o disminuirse. Lo frecuente en áreas donde no hay agua potable, es que el agua se beba sin hervirse.

Esta situación, por numerosa es notoria en zonas rurales, abarcando indígenas y ladinos, pues ambos en su calidad de campesinos, con poquísimas excepciones están en igual condición. Con bastante frecuencia, cuando algunos elementos de estos grupos logran alfabetizarse, abandonan el campo y se centralizan en la ciudad y con preferencia en la ciudad capital.

Está demostrado que el analfabetismo es una barrera contra la salud. Hay diversas causas del elevado número de analfabetos en el país. Advertimos que así como alcanzado un nivel de cultura es influyente de una a otra persona y de una a otra generación, en grado ascendente; también la falta de cultura influye: el analfabetismo se "transmite" de una persona a otra en la función de padre a hijo y nos parece que se hace tradicional y abarca de una a otra generación en forma extensiva; pero con esos efectos adversos, que limitan la



acción del hombre como unidad individual y como integrante de la familia y de la comunidad.

Es así como se prolonga indefinidamente si no se hace variar esa situación. Es lo que creemos que ha ocurrido respecto a la educación en áreas rurales, que están aislados de los beneficios brindados en zonas urbanas.

Nuestras transformaciones sociales más recientes, operadas en 1871 y en 1944/45, efectivamente implantaron cambios radicales en la vida del país, siendo esta última en la que las medidas fueron más efectivas a favorecer y protejer a la familia que vive en el campo. En cuanto a la protección del trabajador se creó el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y en lo cultural se modificó substancialmente el sistema educativo. Entre otras disposiciones se decretó la Ley de Alfabetización Nacional; pero aunque se dieron los primeros pasos y se ha actuado bastante, no ha sido lo suficiente para reducir a menor proporción el analfabetismo, sobre todo de la población fuera del radio urbano.(1)

Entre las causas de tal situación está la inasistencia de niños de edad escolar por la actitud indiferente de los padres a la educación o por la constante o frecuente migración de familias de la región alta para la costa por razones de trabajo o por la necesidad de ocupar a los hijos en menesteres del hogar o del campo por su precaria situación económica. A eso se agregan los obstáculos naturales (lluvias, ríos, distancias) y en parte falta de maestros y escuelas o deficiencias de unos y otras, en áreas rurales.

(1) En 1960 dejaron de asistir a la escuela 681 000 niños. Boletín Sanitario No.57 de 1963.

La verdad es que hay elevado porcentaje de la población que no sabe leer ni escribir y que es obstáculo principal para nuestra evolución social en áreas rurales y por ende para la salud, relacionada su educación con malos medios de vida derivados de lo económico y social.

b) Vivienda.

La vivienda asume caracteres diferentes conforme la cultura y posición económica imperante en el hogar; pero su deficiencia o falta está en las familias de condición pobre. Por su mala situación ocupan como vivienda locales que no prestan ninguna habitabilidad en espacio y ambiente, ni en seguridad. Un limitado espacio es a la vez dormitorio, sala, comedor o taller; en ocasiones, en el mismo lugar hay animales domésticos haciendo vida común con los seres humanos. Ese contacto permite el contagio de elementos nocivos a la salud.

En el campo las viviendas son de una sala, a veces construidas con trozos rollizos colocados en forma vertical, el techo de paja o palma. Son deficientes, sin abrigo, donde el polvo, la tierra, el humo del fuego en el suelo en que se cocina, constituye exposición constante a inconvenientes ambientales contra la salud. Este es el tipo frecuente en la vida rural. En otros usan las paredes de bajareque -en que las paredes de palos quedan cubiertas con tierra- pero que en sus demás condiciones no mejoran: falta de abrigo o de protección contra la lluvia, etc.



Unos factores desfavorables son comunes a zonas rurales y urbanas; pero de todas maneras es ambiente que afecta la integridad de la familia, trasciende en perjuicio de la salud y del hogar, en relación al factor económico-social.

c) Factor Económico-social.

En lo económico y social nuestra población presenta estos tres grupos; a saber: 1) Uno que lo forman los sectores llamados de clase privilegiada, o sea por quienes tienen ingresos que les permiten vivir con mejores y buenas condiciones y en sitios residenciales seleccionados. 2) Otro, el grupo que está entre el anterior y el que le sigue, denominado por eso de la clase media y que es el que vive en no malas condiciones. Y 3) Este otro grupo que está integrado por la clase pobre, que es el grupo mayoritario, porque está compuesto por la mayor parte de nuestros habitantes, que son los que tienen ingresos y medios de vida deficientes o malos. La pobreza no es problema solamente nuestro.

Para nuestro estudio, este es el grupo que interesa y que reseñaremos en seguida, teniendo entendido que los otros dos grupos no tienen situaciones que impliquen problema social.

El estado de la clase pobre se hace difícil por muchos factores. Lo grave es que no pudiendo cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas, vitales, de alimentación, vestuario, morada, educación, este conjunto de menesteres insatisfechos repercute en mala sa-

lud porque afectan hondamente aquellas deficiencias.

La secuencia: de la pobreza a el hambre y mala vivienda, la desnutrición y falta de saneamiento, en enlace con el desorden, hacinamiento, contagio, que le abren paso implacable a la tuberculosis, una de las primeras enfermedades en llegar; siguen prostitución y enfermedades venéreas, alcoholismo, miseria, etc. - Consecuencias, que constituyen serie de efectos indeseables y peligrosos para la salud que, pueden llegar a problemas de índole cultural y económico-social según la magnitud y trascendencia en relación al conglomerado.

La DESNUTRICION está considerada como una de las cuestiones más graves por la secuencia de enfermedades que le siguen y que son de las más predominantes en el país. Ha sido motivo de estudios especiales y de campañas tendientes a solucionar ese problema nacional. Originó la creación del INCAP (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá) con asiento en Guatemala y de excelentes resultados, entre ellos la producción de Incaparina que ha tenido gran aceptación en otros países; y que, a pesar de calificarse de "Victoria sobre la Desnutrición" y de que han cooperado otras instituciones que actúan en distintos lugares de la República, siempre es problema de actualidad entre la población pobre que vive en áreas rurales, debido a que por su aislamiento no alcanzan todos los medios que se brindan en la ciudad o poblaciones urbanas, para reducir la mala nutrición.

Los efectos de la desnutrición son menos en zonas



urbanas por los servicios que se prestan y por la falta - de ellos son más dentro de la vida rural.

d) Vida Rural.

Más del 72% de la población reside en conglomerados rurales, entre ladinos e indígenas, en su mayoría analfabetos, dedicados a las faenas del campo y sus - condiciones, en resumen son: que las tierras de cultivo en comunidad en áreas rurales son escasas, el salario es bajo, los trabajadores móviles son indígenas que buscan ingresos adicionales sin previsión social; que - los indígenas agricultores independientes son de pocos recursos y la productividad es baja. Esto se relaciona con la desnutrición y demás aspectos referidos anteriormente.

Es pues precario el nivel de vida en la población - rural. Pero no sólo afecta lo cultural sino que es influyente y determinante de los altos índices de mortalidad y morbilidad que se registran cada año en esas regiones rurales por no poder desarrollar sistemas de previsión social por sí mismos. Es por carecer de medios para enfrentarse y salvar esas circunstancias, que son desfavorables en todo sentido.

A ello se agregan: supersticiones, costumbres, hechicerías, en conexión con prácticas para curarse o enfermarse. Por la relación que tienen acerca de enfermedades y la salud, haremos referencias a ellas, pero - antes trataremos de los dialectos o lenguas entre los indígenas que son de interés en el tema propuesto.

e) Lenguaje.

Unido a ese inconveniente de no saber leer ni escribir, está otro obstáculo de proyecciones adversas para el indígena y la diversidad de dialectos. Se hablan más de 20 propios de la raza indígena y diferentes segun las regiones del país. A primera vista parece salvarse, utilizando intérprete entendido en español y la respectiva lengua, pero aún así con esa ayuda es estorbo para una descripción clara, concreta y fidedigna, además de que no todas las veces se dispone de ese intérprete.

Esta traba es más trascendente de lo que aparenta. Reduce o anula el buen éxito de la intercomunicación-médico-paciente por esa intervención de un tercero que limita la relación directa interpersonal, le resta su calidad humanista que hace comprender al paciente el vivo interés del Médico por su salud y que es lo que le induce a exteriorizar sus dolencias en relación de certeza, real o imaginaria, que dan al Médico la clave de la acción a tomar. El hombre es superior al través de la palabra y su buen éxito depende de la facilidad de relacionarse con los demás.

La comunicación es una fase que establece contacto directo entre las personas, pero básicamente es especial entre el médico y paciente, logrando un enlace objetivo entre lo que el enfermo supone y lo que el médico capta. Esa es la importancia y de ahí que, con razón respecto del inconveniente del lenguaje, el Dr. Rodrigo Noguera Barreneche advierte: -"Si los hombres no se comunican unos con otros sus pensamientos, no pueden asociarse porque carecen del mínimo de entendi—



miento."

Constituye otro estorbo mientras el médico puede familiarizarse con la lengua indígena, que es distinta de una región a otra o municipio conforme sea el grupo predominante.

f) Supersticiones y Creencias.

Como producto sin duda de una tradición antiquísima y que ha perdurado a través de los años, está arraigada en el indígena y aun en ladinos, la serie de creencias en que está de por medio la superstición y la hechicería que se ha adentrado en la conciencia popular profundamente. Mediante el hechizo o encantamiento a que se someten con recitación de oraciones, prácticas en apariencias de magia y suministro de brebajes, creen lograr su propósito.

Aceptan ritualidades de honda adoración y tributo en calidad de necesarias y como único medio para conservar la salud unos, o para que otros la pierdan, según se proponga, imponiendo temor y amenaza de muerte, de causarse daño.

Se han considerado reñidas con la ciencia, sin embargo es interesante por su trascendencia en la salud de la población rural, donde se carece de médico y de medicinas, conocer y evaluar circunstancias y forma de proceder. No pretendemos agotar el tema, pero si intentamos exponer su relación con la vida indígena.

Nuestro indígena aún influenciado por la cultura occidental, siempre conserva lengua y costumbres primitivas. Se observa actualmente que por la constante convivencia indígeno-ladina hay un proceso de ladinización con etapas de "grupos de indígenas modificados" en fase transitoria, y "grupos de indígenas ladinizados" en que adoptan la lengua española y se transforma su vida social, pero que a pesar de esa transculturización, nuestra población indígena excede del cincuenta por ciento y en departamentos de occidente de la República ese porcentaje es mayor porque en esas regiones está concentrada.

Y, hemos de reconocer que debido a aquella tradicional costumbre de creencias ha sido ascendiente el influjo de medios mágicos de curación y causarse enfermedades. De esa suerte cree ciegamente que sí se "enferma" o se "cura", como lo propone y admite en verdadero, la fé y confianza que deposita en el que hace de "ajitz" o curandero, llamado Chiman.

Para alcanzar el grado de Chiman en categoría de "sacerdote indígena" o principal, máxima jerarquia dentro de su clase ha de llenar cualidades no comunes.

Completamos nuestra apreciación con los párrafos que transcribimos y que los preferimos para la descripción propuesta. Dicen:

> "Huracán representa al gran espíritu de la naturaleza o supremo arquitecto del universo, creyendo que manifiesta su poder por el re--



lámpago que alumbra el rayo que mata. Ixpayakok e Ixmukane, eran divinidades que adoraban las naciones Kakchikel y Zutuhil. Tenían una piedra brillante, negra, de obsidiana, especie de ara, donde se consagraba el culto de sus reyes y sus pueblos. El pueblo creía que en los reflejos lanzados de las facetas de la piedra descifraban estos Dioses su oráculos y expresaban su voluntad. (Descripción Geográfica del Departamento de Totonicapán, de Manuel G. Elgueta -1897- Un Pueblo de los Altos de Jesús E. Carranza).

El índigena recurre a los especialistas: brujos, chimanes, rezadores, ellos son los únicos que tienen conocimientos profundos sobre la forma ritual de practicar las costumbres, por los cuales transmiten a las divinidades las peticiones y ofrendas de los hombres, porque saben interpretar sus sentimientos.

La práctica de una costumbre puede ser solicitada por indígenas o ladinos indistintamente, siempre que muestren fé en sus resultados (Religión y Magia- Guatemala Indígena, Volumen II 1962, Guatemala, C.A.)

Vemos que las divinidades de su adoración se derivan de representaciones de fuerzas de la naturaleza en acepciones de que ilumina y destruye. En la actualidad la religión católica está bastante arraigada en unos y otros es notoria la simbiosis entre las anteriores

concepciones religiosas heredadas, que conservadora-- mente han permanecido en comunidades indígenas, y - las tradiciones de la religión católica; parece que no les afecta en su costumbre de adoración y fondo de su - culto. Los dioses del mundo indígena son un reflejo - del medio donde vive. La interpretación del mundo - mágico es atributo de "especialistas" considerados sacerdotes indígenas como interpretes e intermediadores - de la divinidad abstracta y del mundo material.

Son interesantes al respecto las referencias que insertamos:

> "Hay mecanismo informal de gobierno o de control que funciona dentre los indígenas y está representado por la institución de los principales. Están obligados a conocer las oraciones y plegarias tradicionales, deben estar prontos a oficiar en cualquier momento que se necesite de la intervención de Dios.
>
> Además desempeñan un papel en las curaciones sobrenaturales. Los principales desempeñan el principal papel en la vida de la parte indígena de la comunidad, en los cuales el control político, la religión, la magia, la educación y la posición están íntimamente unidos a través de - los principales.
>
> El principal debe de tener más de 60 años de edad, ser intachable en su vida personal, estar familiarizado con las plegarias y las ceremo-- nias, ser profundamente religioso y por encima



> de todo ser sabio y juicioso.
>
> La participación del principal en cualquier asunto, significa que éste será consagrado - por su sabiduría y santidad. (El Espanto Mágico y San Luis Jilotepeque, de John Gui-- llín - 1959).

Lo que hace pensar que un chiman o sacerdote indígena como principal de esas cualidades, al actuar de curandero con la probidad que se le atribuye, sirve para hacer bien. Antonio Goubaud Carrera, antropólogo guatemalteco de renombre, en su estudio relativo a El Guajxaquip Batz, la ceremonia del calendario ritual - indígena que el día de año nuevo con concurrencia numerosa (15 a 20 mil indígenas) de Totonicapán y otros Departamentos, se celebra en Momostenango, donde se estima hayan unos 170 adivinos y unas 80 adivinas, nos refiere estos interesantes pasajes:

> "El cómputo de los días de dicho calendario esfa en manos de un reducido número de personas iniciadas en el arte de interpretar el significado esotérico de esos días. El nom-- bre de estas personas en el idioma quiché - es chuch-kajau, palabra compuesta que significa "nuestra abuela, nuestro abuelo". También se le llama por el nombre de ajkij o sea el "maestro de los días". En castellano podrían denominarse estas personas con el nombre de adivinos.

Es preciso establecer, sin embargo, la dife—

rencia clara y neta que existe entre éstos y el ajitsel o sea el "maestro del alma", de itz, el mal, "el brujo". Por lo común, el vulgo llama al adivino y al brujo por el mismo nombre de zajorines, lo cual no es correcto, pues el adivino ejerce su poder para hacer el bien, en tanto que el brujo ocasiona el mal.

Ni el chuch-k ajau se compromete en empresas maléficas, ni se le consulta al ajitzal para obtener algún bien.

En todas las crisis de la vida del indígena, desde su nacimiento hasta la muerte, y cuando se presentan problemas de difícil solución, se consulta con el adivino.....

Es este aspecto, cuando el significado de los días del calendario ritual adquiere una importancia enorme para el indígena - pues siente él que su destino es influenciado por la interpretación que el adivino le de al significado esotérico de los días en su relación al coordinado numérico...y el dictamen del adivino es de - consecuencias vastas, pues el indígena lo - acoge en un sentido profundamente místico.

.....así como lo vimos en el recinto de la iglesia, también en los altares de los montes, plasmada estaba en el semblante y en la actitud de todos los que estaban allí pre-



sentes, aquella profunda emoción interna - que el ser humano experimenta al presentarse cerca de lo divino y que encontraba en la celebración de la ceremonia del Guajxaquip Batz. (Antonio Goubaud Carrera - Indigenismo en Guatemala - 1964).

Apreciendo los conceptos mencionados, consideramos que el chiman o curandero podría ser un auxiliar - importante entre la comunidad indígena y el servicio - médico, utilizándosele para fines de información y para procurar y extender el mejor entendimiento entre unos y otros a fin de encontrar recursos adecuado o sea - el "puente transcultural", para pasar de la medicina - mágica a la medicina científica.

Es a esta finalidad a la que han de concentrarse - las acciones a seguir, en progresiva culturización; pero es lógico que no debe precipitarse ninguna acción - imprudente, que pueda producir reacciones inesperadas o efectos indeseables.

Antes, ha de conocerse el ambiente; su conoci- - miento es importante, como lo hemos expuesto. Meditar que creencias, costumbres y religión y cultura siempre están unidas, que no faltan prejuicios y que hay sectores en el país donde se conserva la cultura y costumbres indígenas muy arraigadas, con asociaciones religiosas y prácticas aparentemente extrañas pero que se fundamentan en su manera diferente y especial de ver el - mundo.

En fin, es este otro asunto que merece estudiarse -

para que se transforme en paso favorable hacia la medicina científica en bienestar del conglomerado nacional.

Hemos delineado varias de las cuestiones desfavorables y de inmediato resalta que son diversas las razones determinantes de los factores que afectan la salud de considerable número de habitantes de nuestro país; y que son de tal magnitud y de tan distinta técnica y planes, que no todos están dentro de la responsabilidad del médico.

Requieren una acción conjunta, integral, simultánea y directa contra todas las causas que están contribuyendo a prolongar ese estado indeseable. Para que sea efectiva debe extenderse de modo que abarque los sectores de población más afectados. El Médico que ha conocido de cerca esos factores, sin duda alguna tiene más elementos para analizarlos.

En los párrafos que siguen trataremos del servicio médico en áreas rurales: Las Unidades Móviles del PUMAR.



# II

# EL PUMAR Y UNIDADES MOVILES

Las comunidades rurales tienden ahora a incorporarse dentro de mejores medios de vida. De las campañas promovidas en ese sentido, nos referimos a la reciente creación de la modalidad de Unidades Móviles para llevar a las áreas rurales lo concerniente a la salud, de la que inexplicablemente han carecido.

Sabiendo que los centros asistenciales están concentrados en las zonas urbanas, la finalidad del Plan de Unidades Móviles tiene por objeto inmediato proveer de servicios de salud preventivos y curativos a la población rural del país y desarrollar una red de asistencia social conectando los nuevos servicios rurales con los más capacitados de las áreas urbanas, promoviendo para ello un bien orientado incremento de las actividades de la comunidad basado en auto-ayuda y esfuerzo propio para superar las condiciones de vida, dándoles medios de salubridad, es decir subsanar eficientemente las deficiencias que se tienen en la actualidad.

La meta propuesta es llevar los servicios mencionados a mayor número de zonas rurales que no tienen, proponiéndose proporcionar esos servicios básicos de salud, de manera contínua a numerosas personas que residen en dichas zonas, sin tener atención médica. Se consi-

dera que mediante actividades de la comunidad se puede establecer centros de salud donde ahora no hay ninguno; y además al estimular la acción comunal, se puede ampliar al desarrollo de otros menesteres, como agrícolas y educativos, conforme la adecuada coordinación de labores con otras instituciones dedicadas a asistencia social y de agricultura.

Es así que a procurar la satisfacción de medios de salud, se concreta el Programa de Unidades Móviles para áreas rurales (PUMAR) que dentro del Servicio Especial de Salud Pública (SESP) en Guatemala está patrocinando la Alianza para el Progreso y cuyos objetivos se resumen a lo siguiente:

a) Extender los servicios de salud pública a áreas rurales más necesitadas;

b) Establecer y desarrollar una red nacional de servicios de salud integrando los servicios rurales con los más adecuados servicios urbanos y Escuelas de Medicina;

c) Ayudar al control de enfermedades transmisibles más importantes;

d) Propiciar la acción de comunidades y cooperación gubernativa para abastecimientos de aguas y saneamiento ambiental adecuado;

e) Utilizar recursos combinados del Ministerio de Salud Pública, Escuelas de Medicina y de Sanidad, Instituciones y Organizaciones guatemaltecas e internacionales, para promover actividades de desarrollo de la comunidad.



Entre otras de las acciones a cargo del Ministerio de Salud Pública, está la de proporcionar personal adiestrado y necesario para cubrir las atribuciones de las diez Unidades Móviles que por ahora están funcionando en el país. Ese personal comprende: educadores sanitarios, promotores sociales, mecánicos automovilistas, inspectores sanitarios.

Cada Municipalidad y el Comité local que ha de organizarse deben cooperar para la realización de los fines propuestos con base en "esfuerzo propio y ayuda mútua", en colaboración con otros recursos locales, como núcleos escolares campesinos, asociaciones religiosas, deportivas, agropecuarias, etc.

Tenemos el concepto de que este programa de salud del PUMAR es bueno y que puede dar resultados satisfactorios, como se ha visto con las diez unidades móviles distribuídas en el país, que han sido de rendimientos halagadores, pero serán mejores siempre que no se limite únicamente a ese número de unidades y que además, para completar su misión, sea un servicio permanente, activo y que cubra las áreas rurales que carecen de atención médica. En esta forma la misión médica será efectiva en beneficio del conglomerado rural.

El PUMAR tiene la posibilidad de establecimiento de Cajas de Crédito o Uniones de Crédito que a manera de pequeñas instituciones bancarias puedan suministrar fondos para solucionar otras necesidades en rela-

ción directa con la salud, como es la introducción de agua potable, drenaje, letrinización, etc. cuya falta se hace sentir en todas las regiones rurales, pues en el país solamente el doce por ciento de la población rural tiene agua potable.

Es un problema de magnitud mayor que requiere tiempo y recursos económicos también en proporción al problema. Por eso, consideramos que sería de máxima utilidad y de gran beneficio colectivo, la institución de esa facilidad para proporcionar los fondos para dotar de esos servicios tan indispensables para el bienestar físico y social.

Sin embargo, es asunto que Municipalidades, Comités Pro-Salud y demás Instituciones no deben desestimar sino, dados los efectos que trascienden en mala salud, interesarse con más diligencia por ayudar para su inmediata solución y, sería inmejorable, que para ello se pudiera aprovechar las perspectivas del PUMAR, esto es que se pusieran en funciones esos Bancos Chicos con tendencias a favorecer a las comunidades, incluso, además, para granjas avícolas, que proyectan también, todo en su correlación a la buena salud.

La creación de Unidades Móviles de Servicio Médico es de magníficas proyecciones para la población en áreas rurales de la República; pero el éxito de la norma a segur, está en lograr mantener y desarrollar con la amplitud propuesta, el programa a que nos referimos, prestando servicios contínua y permanentemente.

De continuar este programa con la ayuda que se le



ha dado desde el principio y con la cooperación de Sanidad Pública, las comunidades, autoridades y comités locales, elementos particulares, asociaciones religiosas y cívicas, uniéndose todos los recursos y esfuerzos por el bien colectivo, es de esperarse que se constituirá en la acción de vastos alcances médicos y económico-sociales del país dentro de las áreas rurales y urbanas.

Por separado mencionaremos como experiencia lo concerniente a los trabajos preliminares.

# III

## TRABAJOS PRELIMINARES

Del breve resumen anterior de apreciaciones generales, deducimos la importancia que entraña el estudio monográfico y ecológico del lugar para su análisis y evaluación determinante de estos aspectos: a) las relaciones entre el medio ambiente y los seres vivos; b) de las enfermedades humanas; c) la correlación del hombre como unidad biológica y de la familia y sus relaciones con el ambiente físico, biológico y social; d) de la relación entre sí de estos factores en lo médico-social de la comunidad.

Es lógico que esta investigación pueda profundizarse o no, hacerse más o menos completa o deficiente, según los medios de que se disponga, y mayor o menor número de obstáculos para realizarla, pero su estudio y conocimiento es de vital interés para el Médico y de efectos importantes si se efectúa en el propio lugar. La amplia y real gráfica que así se presenta a la vista es elocuente; su descripción no todas las veces puede hacerse cabal por escrito. Cada quien aprecia conforme su sensibilidad y espíritu de observación y de investigador, pero su descripción puede hacerla diferente, incompleta, deficiente. Es importante la coordinación del trabajo.



a) Coordinación.

Para el éxito de una labor en que se hace imprescindible la participación de varios elementos con procedimientos diferentes, se requiere un buen entendimiento y mejor coordinación para estrechar las acciones hacia la misma finalidad, en nuestro caso la preocupación de llevar la medicina al conglomerado que la reclama.

A manera de estimación de los trabajos preliminares al principio de actividades y para procurar el necesario enlace de personas y acciones para actuar en equipo, en conjunto, con miras a mejores resultados sobre todo en aquellos lugares en que se actúa por primera vez, en que es seguro que se carece de todo, en seguida por ser de interés no sólo para el estudio a que aludimos anteriormente sino para el desarrollo de las demás labores, damos algunos puntos de la pauta a seguir, derivados de la experiencia en acciones de estudio y de trabajo en Municipios que hemos recorrido. Atañen a la coordinación y cooperación de personas en particular y autoridades con el Médico cuando se llega en misión de salud pública como la que nos tocó y lograr la ayuda de distinta índole que se necesita. Principiaremos por lo que toca a la representación del Municipio: la Municipalidad.

b) Municipalidad.

Partiendo del principio de que el Municipio es la

unidad política, religiosa y socio-económica y la unidad básica en la organización social, y que la Municipalidad es la encargada de la administración y mejoramiento del Municipio, es el Alcalde Municipal como Jefe de la Corporación con quien interesa el primer intercambio-base de impresiones para despertar su entusiasmo e iniciativa y recabar información del estado sanitario y problemas de la localidad, puesto que las cuestiones de salud son locales, propias de cada lugar o conglomerado.

Del interés despertado en el Alcalde y miembros de la Municipalidad depende la ayuda económica y de personal a sus órdenes (Secretaría, Registro Civil, empleados, alcaldes auxiliares, etc.) y demás personas del Municipio.

Luego, promover la reunión o sesión de vecinos en el mayor número posible con intervención de la Municipalidad, para el segundo intercambio-base. Con todos tratar de los propósitos y finalidades e inyectarles buena dosis de estimulantes de voluntad y entusiasmo, y excitar su espíritu de cooperación.

Es muy importante lograr esta reunión para interesar al conglomerado en ayudar en la empresa propuesta. Necesitan de acción que les imprima actividad por el bien colectivo, y para ello lo indicado es asociarlos por un Comité.

c) Comité.

En la reunión se procura que entre los mismos vecinos y con conocimiento de cualidades, se seleccionen las personas que han de integrar el Comité con miras al mejoramiento de la comunidad. Este es otro paso a darse como la primera organización y para el encadenamiento de labores. Es de buen éxito aceptar la espontánea oferta del vecino, bien para integrar el Comité o de ayuda en la mano de obra, materiales, etc. Esta oferta casi siempre se hace por algún vecino con posibilidades de servir pero sin tiempo para actuar. Por su preparación cultural, son indicados para el Comité los miembros del Magisterio local y vecinos caracterizados por su capacidad y espíritu activo. Es experiencia sabida que una persona de muchas ocupaciones o intereses, es de efectos nulos por no tener tiempo disponible. Entre la gente modesta se encuentran excelentes y serviciales. El párroco o misioneros de la localidad pueden utilizarse como "asesores" por su influencia como dirigentes religiosos y que su voz es oída por la mayoría. La colaboración de ellos será más como medio divulgativo.

Lo frecuente es que el Comité se organice con siete personas, entre hombres y mujeres según la disponibilidad y conveniencia: un Presidente o Director, que por ser el motor del volumen de labores, debe de ser el mejor del grupo, tanto en laboriosidad como en todas las cualidades: dinamismo, voluntad, iniciativa, entusiasmo, actividad, etc; un Tesorero, de honradez y capacidad reconocidas, que garantice su responsabilidad; un Secretario también activo y cuatro vocales. A cada uno de los vocales se puede asignar una comisión específica: cultura, propaganda, sanidad, recopilación monográfica, demografía, etc., quienes a su vez pue-

den designar a sus colaboradores para desarrollar una - labor conjunta, efectiva por el bienestar de la colecti_ vidad.

Diversas son las actividades del Comité, pero en - extracto se reducen a prestar toda ayuda posible al Ser vicio Médico: edificio o local para la clínica, mobi— liario, útiles, etc. La verdad es que donde nunca ha existido ese servicio no hay local de trabajo, pero la - ausencia de medios es más en regiones conceptuadas co_ mo rurales.

Naturalmente el éxito o fracaso depende del inte- rés de unos y otros; o de la apatía para resolver sus pro_ blemas. De la labor de los Comités, trataremos al ana_ lizar la cooperación prestada; pero se demostró que la acción de un Comité bien integrado y dirigido, se ex— tiende a cooperar en el mejoramiento del lugar en bien de la colectividad.

Las finalidades del Comité, en ese concepto, po— demos puntualizarlas así:

1) Incrementar y desarrollar los sentimientos de comu nidad pra fortalecer el acercamiento, cordialidad y mejoramiento de la vida en sociedad;

2) Procurar e intervenir en la solución de problemas - que afectan el bienestar de la comunidad;

3) Promover y desarrollar actividades esencialmente - culturales y de higiene popular.

4) Activar el saneamiento ambiental en el aspecto fí_



sico y en lo social de la comunidad;

5) Desarrollar actividades educativas afines.

Insistimos que el éxito está en el dinamismo que los directivos (Alcalde, Comité, Médico) pongan en sus a_ tribuciones. Para la sede, por lógica se entiende que ha de seleccionarse el lugar que preste facilidades, ta- les como estar en punto que permita vías de comunica— ción y que geográficamente esté hacia el centro del ra_ dio de actividades de la circunscripción territorial de labores.

d) Monografía .

Es importante disponer de una monografía del lugar que contenga la descripción de lo más característico y peculiar de la región y que por lo general no aparece - por escrito. Nos referimos a datos que identifiquen la característica del sector y que tienen relación con el - hombre y sus enfermedades respecto al ambiente: cos-- tumbres, en especial las que están contra la salud; la actuación de curanderos, brujos o zahorines, hechice— ros, adivinadores, porque es importante conocer hasta donde afecta la salud de vecinos, la intervención de - personas de esta índole y la trascendencia de sus creen_ cias y supersticiones. Datos como éstos o parecidos es de interés recopilarlos para analizarlos con respecto a la vida de los vecinos.

Otro detalle de utilidad, puede constituirlo lo relativo a ríos, riachuelos, manantiales, pozos insalubres, etc. Las condiciones y forma en que usa el líquido proveniente de ellos, tanto para el consumo como para el baño y otros menesteres. Lo referente a las deficiencias de habitabilidad, convivencia con animales domésticos, hacinamiento, promiscuidad, etc. El bueno o mal uso de aguas termales y, en fin, cualquier otro dato de importancia para reunir cuanto se considere preciso conocer y analizar, como hechos dicho, en bien de la comunidad.

Interesa conocer lo expuesto, que es parte de lo que atañe a trabajos preliminares en la tarea a seguir, para saber la forma de actuar convenientemente. El resultado depende de la diligencia con que se proceda desde el principio, persiguiendo la primera finalidad propuesta y que es, repetimos, procurar principalmente por el mejor entendimiento y el armónico enlace entre Municipalidad y Comité, en unificación del conglomerado, y Médico con la Unidad Móvil; y, en definitiva, el éxito está en la mútua cooperación posterior.

Es la fase preliminar, -es como que con la colaboración referida hubiéramos unificado y preparado el engranaje de nuestro trabajo a realizar- e igual en el desarrollo que perseguimos, en capítulo aparte entramos a otra fase, la relativa a los factores del Departamento de Santa Rosa como cuestiones médico-sociales.



# IV

# CUESTIONES MEDICO-SOCIALES DEL DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA

Después de las apreciaciones generalizadas delineadas anteriormente, comunes en todo el país, es indicado hacer, en particular, la estimación aunque breve del Departamento de Santa Rosa, de los aspectos relacionados con el tema médico-social que nos hemos propuesto, que comprende la cuestión socio-geográfica. Es la siguiente:

## a) Aspecto socio-geográfico.

El Departamento de Santa Rosa es variado en el aspecto físico. Por el norte el terreno es más elevado porque participa de la zona orográfica meridional del país y por el sur es bastante bajo con depresiones del terreno hasta descender al mar, porque por ese rumbo corre linda con el Océano Pacífico, teniendo altiplanos, valles, llanuras, barrancos con variedad de terrenos y de climas, desde frío en la región alta, templado en los valles, hasta el cálido propio de la costa. Su extensión es de 2 955 kilómetros cuadrados.

La cabecera departamental es Cuilapa. Se advierte que Cuilapa y la ciudad de El Progreso son las dos únicas cabeceras departamentales que en cuanto a asis-

tencia social no están a la altura de los demás departamentos de la República: las dos carecen de Hospital Nacional.

Santa Rosa está dividida en 14 municipios, con una ciudad, 2 villas y 11 poblados, que en su orden son: - Cuilapa; Chiquimulilla y Guzacapán; y Barberena, Santa Rosa de Lima, Casillas, San Rafael las Flores, Oratorio, San Juan Tecuaco, Taxisco, Santa María Ixhuatán, Santa Cruz Naranjo, Pueblo Nuevo Viñas y Nueva Santa Rosa, con categoría de urbanas todas como las 14 cabeceras municipales. Cada municipio está integrado - por las aldeas, caseríos, fincas, clasificadas en rurales. El elemento indígena, es en minoría como en los departamentos de la región oriental del país, pues sólo predomina en la zona occidental.

Los habitantes se dedican principalmente a la agricultura y ganadería. La vivienda rural es deficiente, de una pieza o cuarto, sin letrinas. No hay agua potable. En su defecto se surten en manantiales, pozos, - ríos, etc., pero sin ninguna protección. Hay hombres, mujeres y niños descalzos en gran mayoría y que se dedican a trabajos del campo.

El Departamento está cruzado por la Ruta Internacional del Pacífico, Ruta Panamericana, Rutas Departamentales, que unen la ciudad cabecera con los municipios y departamentos vecinos.

Conforme el Censo de 1964, su población es de 155 488 habitantes. En áreas urbanas 31 320 (15 709 masculinos y 15 611 femeninos) y en rural 124 168 - (64 814 masculinos y 59 354 femeninos). Evidencia -



que la población rural es numerosa, excede en 92 320 habitantes a la urbana. El porcentaje de indígenas es de 9.5 y el de analfabetos es de 74.6.

La mayor población rural se explica por ser zona agropecuaria, dedicada a faenas del campo. El hecho de que es mínimo el número de indígenas y elevado el porcentaje de analfabetos, indica que no influyó el no ser indígena sino más bien la situación de - campesino o rural pues el Departamento tiene escuelas nacionales y particulares; Escuelas Nacionales: Párvulo 1; Primaria urbanas 25, rurales 100 y nocturnas 3; Post-primaria 1. Las escuelas particulares son: 2 de post-primaria y de primaria 53 rurales y 3 urbanas.

Los servicios asistenciales son:

En cuilapa que carece de hospital, está como dependencia de Sanidad Pública el Centro de Salud y - por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -- (IGSS) un Centro Hospitalaria (15 camas). El mismo - IGSS tiene 3 Puestos de Primeros Auxilios instalados - en Barberena, Chiquimulilla y Pueblo Nuevo Viñas, - pero presta atención solamente a sus afiliados; ahora por Sanidad Pública hay 7 Dispensarios, que funcionan uno en cada cabecera municipal de Guazacapán, Chiquimulilla, Pueblo Nuevo Viñas, Santa Rosa de Lima, Oratorio, Santa María Ixhuatán y Casillas.

Predomina la religión católica y hasta época reciente hay adeptos a la protestante. Son ladinos y rurales. Hablan el español.

En casi todas las cabeceras municipales se carece

de luz eléctrica y el servicio de agua potables es deficiente. Se exceptúan muy pocas: Cuilapa, Chiquimulilla, Barberena, Taxisco, Nueva Santa Rosa. En San Rafael las Flores se han iniciado trabajos para la introducción de agua, a cargo de Ingeniería Sanitaria del SESP.

Hasta el año pasado, 1963, como se aprecia de los aspectos indicados y en lo que se refiere a la salud, encontrábase la situación que sigue: a) la población urbana sin asistencia médica básica: el IGSS limita sus servicios a los afiliados; y b) la población rural numerosa y sin servicio médico.

Con fundamento en esa situación y de acuerdo con los programas de Salud de la Alianza para el Progreso, el PUMAR (Programa de Unidades Móviles para Areas Rurales) y bajo la responsabilidad del Servicio Especial de Salud Pública (SESP) dependiente del Ministerio respectivo, en abril de 1963 puso en funcionamiento la primera Unidad Móvil de ese nuevo servicio en el país, destinada precisamente para el Departamento de Santa Rosa, a fin de prestar asistencia médica en áreas rurales, subsanando en parte aquellas deficiencias.

Como central de trabajo se fijó a esa Unidad Móvil la sede en la cabecera municipal de Barberena, para cubrir las poblaciones de Barberena, Casillas, San Rafael las Flores, Santa Cruz Naranjo, Oratorio, Pueblo Nuevo Viñas, Santa Rosa de Lima y Nueva Santa Rosa, además Mataquescuintla, del vecino departamento de Jalapa. La unidad quedó integrada con un jefe médico, una enfermera, un promotor social y un piloto



automovilista-auxiliar sanitario, disponiéndose de un vehículo, medicina y equipo para pequeña cirugía.

Analizaremos seguidamente lo relativo a cooperación prestada.

b) Cooperación.

Hemos comprobado que lograda la asociación de vecinos persiguiendo el bienestar del conglomerado en una de las fases esenciales como es la salud, si se obtiene cooperación para realizar la obra propuesta. Fue así que se facilitó local para cada Puesto de Salud; se ha colaborado con la Primera Unidad Móvil y, de otras de sus realizaciones, mencionamos:

- En Santa Rosa de Lima, el Sacerdote de la Iglesia parroquial participando del común entusiasmo concedió local por más de un año para el servicio de la Unidad Móvil, mientras tanto se operaba la cohesión del pueblo con la Municipalidad y Comité. Se activó y con esa colaboración y ayuda del PUMAR, el 27 de agosto de 1964 se inauguró con el justificado beneplácito el PRIMER PUESTO DE SALUD del Programa de Servicio Médico para Areas Rurales, PUMAR.

- Los accidentes hidrográficos impiden el tránsito de pueblos vecinos a Nueva Santa Rosa y, una vez unificados, se proponen evitar ese obstáculo, activan en mútua cooperación. Unen recursos loca--

les y gubernativos y el PUMAR, ahora es realidad la construcción del puente que dejará expedita la vía, reduce distancias y permite el intercambio entre los municipios interesados.

Se han unido por mejor entendimiento y actúan - con espíritu de cooperación por el bien común.

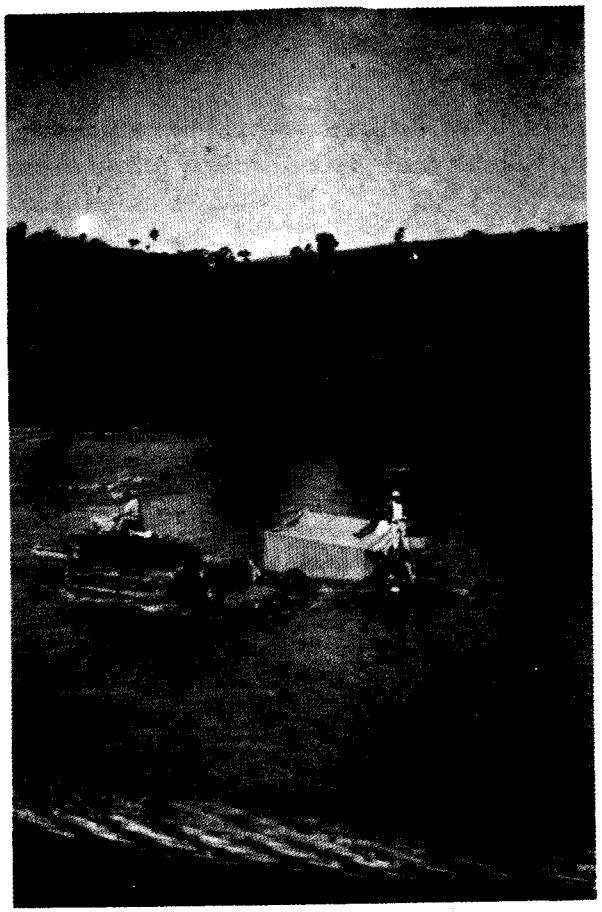
c) La Unidad Móvil.

La cooperación prestada en los Municipios y la ayuda del PUMAR y SESP, contribuyen a que la Unidad Móvil pueda cumplir con buen éxito sus atribuciones específicas de medicina y que colabore en asuntos de índole social.

La Unidad Móvil ha contribuído a fomentar el sentido de la comunidad en que descansa la felicidad. Algo se ha hecho. Mucho es lo que falta por hacer, pero se han sentado los principios básicos con miras al progresivo mejoramiento. Se espera que el pueblo que - también simultáneamente se educa, coopere más en ese sentido.

En lo que toca a Puestos de Salud a construirse, opinamos que al planear su construcción ha de preverse el posible mejoramiento posterior, hacerlos más funcionales. Entre otras condiciones, incluirse Sala de Hidratación, que es indispensable debido a que el desequilibrio hidroelectrolítico es frecuente, por la alta incidencia de gastroenteritis y diarre, como lo demuestra





Paso del río "Los Esclavos" entre los municipios de Nueva Santa Rosa y Santa Rosa de Lima, en el Departamento - de Santa Rosa.-

la estadística de enfermedades más frecuentes en los - Municipios que cubre la Unidad Móvil y que expone-- mos separadamente.

Esa circunstancia hizo necesario y se logró acondi_ cionar dentro de las posibilidades, la Sala de Hidrata- ción en los Puestos de Salud.

Con perspectivas a futuro mejoramiento, creemos - que en la construcción de Puestos de Salud, -el menor en la escala de establecimientos asistenciales- ha de preverse la posibilidad de transformarlos posteriormente en Mínimo Centro de Salud, conforme al requerimiento de servicios por el progreso y el natural aumento de po_ blación. Es decir construirlo con miras al futuro.

La vacunación antivariólica y DPT se efectuó con la colaboración referida. Por su interés se dieron plá- ticas a los vecinos y en las escuelas, sobre inmuniza-- ción y se obtuvo aumento de pacientes que acuden a - tratamiento. Esto es, se ha logrado uno de los propósi_ tos: recurrir a medios científicos de curación.

Analizaremos las enfermedades.

d) Enfermedades predominantes.

Las estadísticas verificadas de los trabajos realiza_ dos por la Primera Unidad Móvil en las poblaciones de Barberena, Casillas, San Rafael Las Flores, Santa Cruz Naranjo, Oratorio, Pueblo Nuevo Viñas, Santa Rosa -

de Lima, Nueva Santa Rosa y Mataquescuintla, comprendidos de abril de 1963 a septiembre de 1964, nos suministran durante los 18 meses de labores, los datos que especificamos a continuación:

Número de Consultas y Tratamientos en Grupos Etarios :

| Edad | Abril/ Dic. 1963 | Enero/ Sept. 1964 | Total 18 Meses |
|---|---|---|---|
| De 0 a 4 años | 1 484 | 1 940 | 3 424 |
| De 5 a 14 años | 635 | 799 | 1 434 |
| De 15 a más años | 2 482 | 2 823 | 5 305 |
| Totales | 4 601 | 5 562 | 10 163 |

De conformidad con los cómputos verificados para determinar las enfermedades más predominantes en los Municipios mencionados, con base en los tratamientos realizados y que se indican en el resumen anterior, dió el porcentaje en orden descendente de las primeras trece enfermedades más frecuentes así:

| ENFERMEDADES: | Porcentaje |
|---|---|
| 1. Anemia secundaria a parasitismo y desnutrición, entre otras causas | 20.65 |
| 2. Gastroenteritis con diarrea inespecífica | 19.57 |
| 3. Parasitismo intestinal | 17.33 |
| 4. Desnutrición | 14.64 |
| V A N | 72.19 |



| | Porcentaje |
|---|---|
| V I E N E N | 72.19 |
| 5. Infección respiratoria superior | 10.85 |
| 6. Distonia neurovegetativa | 2.55 |
| 7. Tuberculosis | 2.51 |
| 8. Gastritis | 2.31 |
| 9. Hipertensión arterial | 2.20 |
| 10. Bronquitis | 2.15 |
| 11. Alergosis | 2.11 |
| 12. Embarazo | 1.82 |
| 13. Desequilibrio hidroelectrolítico secundario a gastroenteritis y diarrea, entre otras causas | 1.31 |
| 10 163 | 100.00 |

La justipreciación anterior nos indica: a) que ocupan los primeros cinco puestos en proporción mayor: anemia secundaria a parasitismo y desnutrición, entre otras causas; gastroenteritis con diarrea inespecífica; parasitismo intestinal; desnutrición e infección respiratoria superior; y b) que en menor proporción pero siempre predominantes, las cinco enfermedades que siguen son: distonia neurovegetativa, tuberculosis, gastritis, hipertensión arterial y bronquitis; siendo éstas pues, las diez enfermedades predominantes en esa región.

Nuestra personal apreciación en el ambiente y los datos apuntados, nos permiten hacer las consideraciones médico-sociales acerca de estas enfermedades que resultan predominantes; a saber:

1. La anemia:
   Es secundaria entre otras causas al parasitismo intes

tinal y a la desnutrición. La anemia es más frecuente y de mayor porcentaje en la población infantil por su relación con el parasitismo intestinal y la mala nutrición, como las principales causas predominantes también.

2. Gastroenteritis con diarreas inespecíficas:
La diarrea es predisponente a la desnutrición. Y la incidencia de la gastroenteritis se debe más o menos a las mismas causas del parasitismo intestinal, que indicamos a continuación.

3. Parasitismo Intestinal:
La incidencia elevada en el Departamento de Santa Rosa, tiene las mismas causas que las diarreas y gastroenteritis, siendo los factores determinantes el bajo nivel educativo, desconocimiento de medios preventivos y falta de higiene personal; no hervir el agua de consumo y carecer de agua potable y letrinas; mantenerse descalzos.

4. Desnutrición:
Las causas de su elevado porcentaje: bajo nivel de educación, ignorar los alimentos adecuados; imposibilidad de adquisición de alimentos por escasez o falta de recursos económicos; y factores precipitantes: diarreas y enfermedades infectocontagiosas.

5. Infección respiratoria superior:
Las causas están en las deficiencias de la vivienda que no presta condiciones de habitabilidad.

6. Distonía neurovegetativa:
Llama la atención su incidencia en el área rural



ya que se considera más frecuente en el medio urbano. Entre otras causas se debe a necesidades insatisfechas.

7. Tuberculosis:
Posiblemente esta entidad nosológica, debe ocupar un puesto de mayor porcentaje por su elevada frecuencia en el país, como está evidenciado. Pero en la escala que nos suministran los datos recopilados está en séptimo lugar; lo que se atribuye a estas razones: que por la falta de educación de la mayoría de la población, no se acude al servicio médico en la creencia de encontrarse bien; y a no disponer en la Unidad Móvil de laboratorio para la investigación del bacilo, ni de otros medios, radiografía, etc. Casi la totalidad de los pacientes, fuera del área urbana o concretamente fuera de las cabeceras departamentales, están en imposibilidad de tomarse radiografías o hacerse exámenes, por falta de medios o recursos. De todas maneras, la tuberculosis está dentro de las diez enfermedades predominantes.

8. Gastritis:
Es la enfermedad más frecuente del aparato digestivo. Factores: la falta de agua potable, uso de agua sin ninguna precaución; y alimentación y líquidos irritantes, costumbres propias de la gente que labora en el campo, que es la mayoría de la población rural del Departamento de Santa Rosa.
Resumen: transgresiones dietéticas.

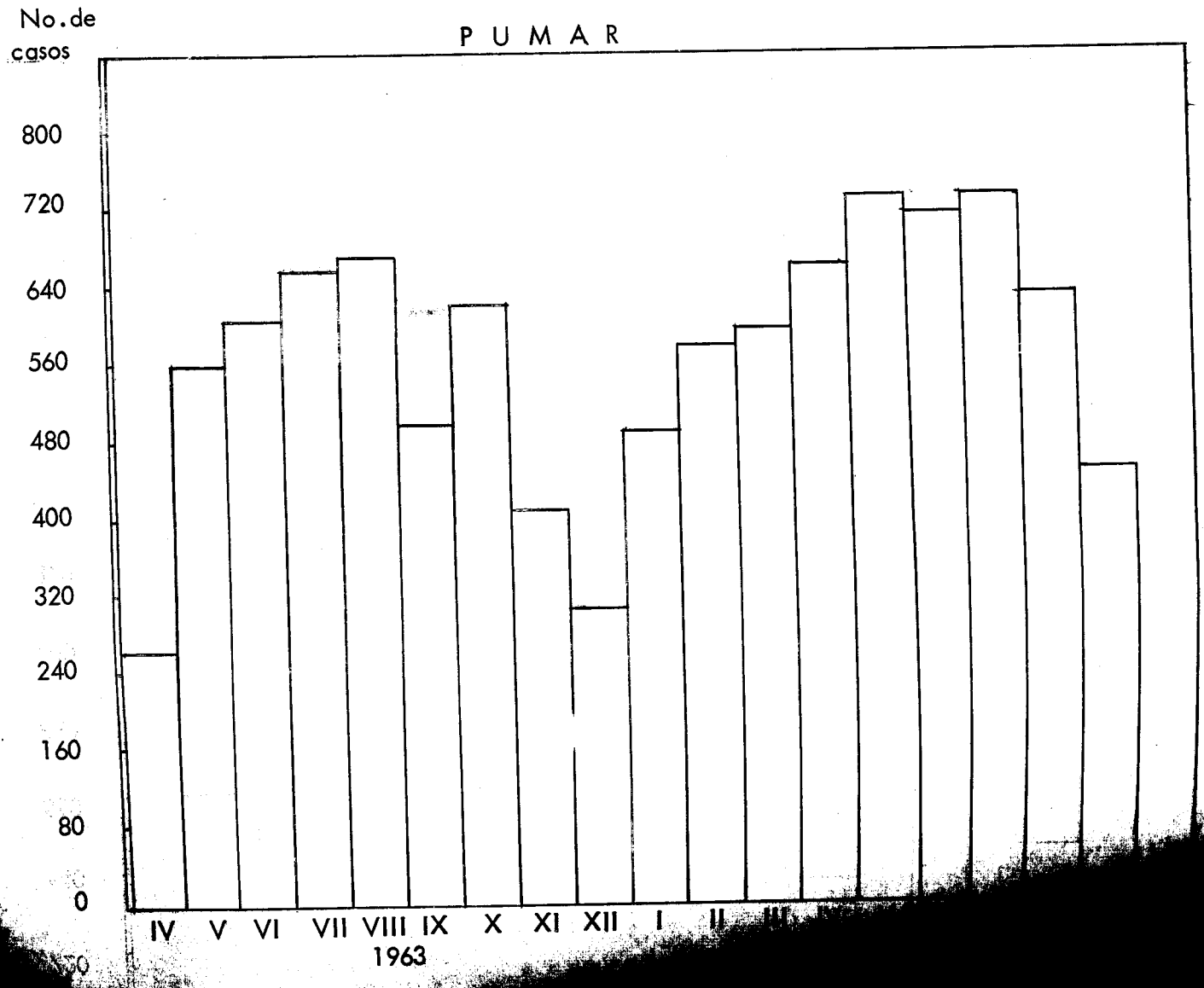
9. Hipertensión arterial:
A pesar de estimarse como una enfermedad de la

civilización, sin embargo la hemos encontrado en incidencia que la coloca en el 9°. puesto en esta región rural. Es de etiología variada y discutida.

10. Bronquitis:
Sus causas las mismas de la infección respiratoria - superior: las deficiencias de la vivienda que no - pueden impedir la acción de las variaciones climatéricas bruscas. El fogón dentro del dormitorio: produce la irritación de las mucosas predisponiendo a IRS y bronquitis. Las deficiencias de la vivienda se especificaron al analizarse este factor anteriormente.

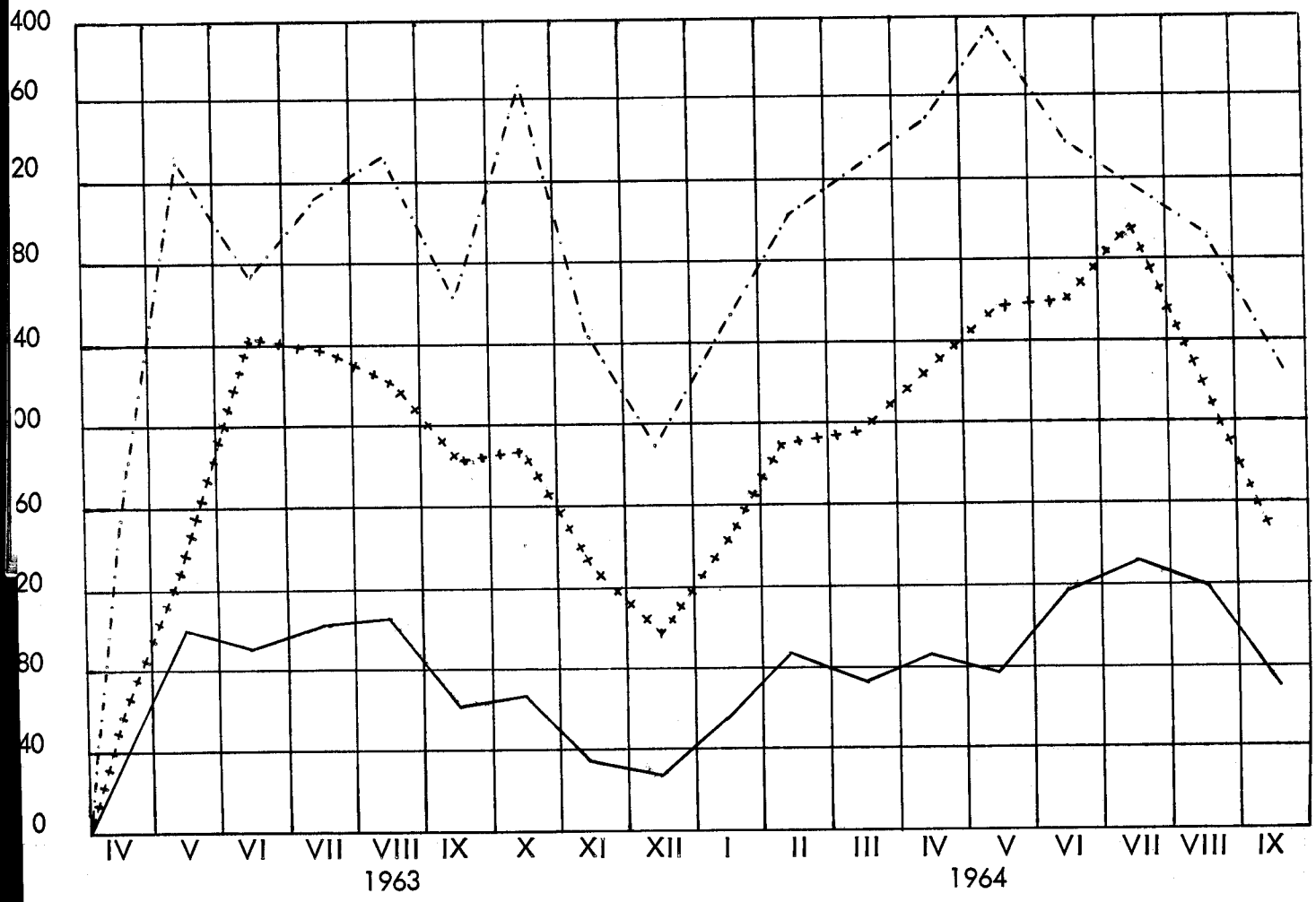
Ahora, en lo que respecta a las tres restantes señaladas para nuestra estimación en calidad de más frecuentes, hacemos el comentario que sigue: a) Alergosis: su frecuencia en relación a las demás, está en la diversidad de motivos alérgicos; b) Embarazo: estimamos interesantes los casos de consulta pre-natal, porque en - los meses de 1963 no se registró ninguna gravidez; y en 1964 se advirtió su frecuencia, quedando en el 12 lugar, lo que indica preocupación de la consulta médica; y, c) El desequilibrio hidroelectrolítico: ocupa el 13 - puesto, debido a la incidencia elevada de gastroenteritis, gastritis y diarreas inespecíficas y a otras causas. - Por su frecuencia y como una de las medidas a contrarrestar sus efectos, se acondicionó la Sala de Hidratación en los Puestos de Salud. Es indispensable.

NUMERO TOTAL DE CONSULTANTES EN 8 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA
DURANTE 18 MESES - ABRIL DE 1963 - SEPTIEMBRE DE 1964



NUMERO DE CONSULTANTES POR GRUPOS ETARIOS EN 8 MUNICIPIOS
DEL DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA
1963 - 1964.

P U M A R




0 a 4 años ++++

5 a 14 años ——

15 y más años —.—.—

e) Puesto de Salud.

En relación a futuros Puestos de Salud y, como lo hemos expuesto, previendo su posterior mejoramiento, - para evitar los inconvenientes de trabajar en una sola pieza el personal con distintas atribuciones-, opinamos que ha de contar con apartamientos: para sala de espera, oficina (recepción, información, etc.), consulta y clínica, hidratación, laboratorio, servicio sanitario.

En cuanto al personal, agregar un laboratorista para el Puesto de Salud de la sede y una enfermera permanente en cada Puesto de Salud para ampliar el servicio.

Completar el equipo de trabajo: a) equipo médico, medicamentos, ambulancia; b) equipo de laboratorio ; c) equipo de divulgación (cine, megáfono, cartelones, franelógrafos, gráficas, pizarrones, volantes, etc.); d) crear: biblioteca, como medio de consulta y de divulgación. (Comentario: puede formarse con libros, boletines, folletos, etc. editados dentro de las dependencias oficiales, Ministerios, Sanidad Pública, Educación, Canjes, etc.); e) simplificar el suministro y envío de medicinas.

f) Evaluación.

Entrando a la evaluación de aspectos o características del Departamento de Santa Rosa delineados en la descripción socio-geográfica y analizando la relación con las enfermedades deducidas como predominantes, -

encontramos que constituyen factores predominantes: a) el bajo nivel educativo, elevado analfabetismo; b) la numerosa población rural y su aislamiento de los centros urbanos; c) los bajos ingresos de la población, trabajadores del campo (pobreza) e imposibilidad de la adquisición de medicinas y dificultades de tratamiento médico; d) la falta de agua potable, letrinas, drenajes, y que motiva -por ignorancia- el uso de aguas sin precaución alguna; e) el desconocimiento de medidas de higiene y ser descalza la mayor parte de la población rural: expuestos a la contaminación de las impurezas del ambiente; f) la falta de centros asistenciales para prestar servicio médico básico; el departamento de Santa Rosa carece de Hospital; g) La Unidad Móvil cubre parcialmente el Departamento.



# V

# CONCLUSIONES

Hemos hecho una somera relación de cuestiones médico-sociales y aunque muchos aspectos importantes no han sido descritos, pero lo expuesto brevemente, nos permite estimar la magnitud de los factores que afectan nuestra existencia colectiva. Que el saneamiento ambiental es el punto esencial de la función sanitaria y que Sanidad ha realizado trabajos de trascendencia en ese sentido, pero que por las condiciones sociales de la mayoría de nuestra población y las diversas condiciones desfavorables, es problema que requiere recursos económicos y tiempo en relación a su misma proporción.

Es decir que, como lo anotamos antes, son diversos factores los que afectan el estado de salud de considerable número de habitantes de nuestro país; pero que todos son de tal dimensión y de tan diversa técnica y planes, que no todos están dentro de la responsabilidad del Médico, ni de un solo Organismo, sino que requieren una acción conjunta, integral, simultánea y directa contra todas las causas que están contribuyendo a prolongar ese estado indeseable; y que, para que sea efectiva, debe abarcar a todos los sectores afectados. Estimamos que han de participar en ello no solamente uno sino conjuntamente los Ministerios de Salud Pública, Economía, Agricultura, Educación Pública, Comunica

ciones y Obras Públicas, Gobernación.

Expuestas someramente las características de los diversos factores sociales y las apreciaciones médico-sociales que nos hemos propuesto, en seguida puntualizamos las siguientes conclusiones:

1. Principales factores que afentan la salud de las comunidades:

   a) El bajo nivel educativo;
   b) El bajo ingreso económico;
   c) La inhabitabilidad de la vivienda;
   d) El consumo deficiente de nutrientes;
   e) La insalubridad del lugar;
   f) La imposibilidad del tratamiento médico y de la adquisición de medicinas;
   g) La imposibilidad de enfrentarse y salvar los factores que afectan;
   h) La ignorancia e irresponsabilidad de los adultos, por falta de educación sanitaria;
   i) La falta de agua potable, letrinas, drenajes;
   j) El aislamiento de los centros urbanos: áreas rurales distantes;
   k) La numerosa población rural y elevado analfabetismo;
   l) La falta de protección contra las impurezas del ambiente;
   ll) La falta de asistencia médica.

2. Los factores determinantes del estado de salud del



Departamento de Santa Rosa son:

   a) Los mismos factores anteriormente indicados;
   b) La falta de centros asistenciales esenciales para prestar servicio médico básico: el Departamento carece de Hospital;
   c) La numerosa población rural y elevado analfabetismo; trabajar en el campo sin protección contra las impurezas ambientales;
   d) La Primera Unidad Móvil cubre parcialmente el Departamento.

De las deficiencias apuntadas, se deduce que el problema de la salud del Departamento de Santa Rosa, es más social que médico, como en la mayoría del país.

3. De la experiencia clínico-social en poblaciones de ese Departamento relacionadas con la Unidad Móvil, deducimos lo siguiente:

   a) Es de máxima utilidad para el médico el conocimiento de las características de la región o lugar en que actúe, para el estudio de los aspectos que la afectan;
   b) Para la investigación y el análisis de los factores sociales que influyen y afectan la salud de la comunidad, es indispensable como el medio natural y lógico, el enlace PUEBLO-MEDICINA-MEDICO y que para que trascienda en SOCIEDAD y SALUD no deben actuar aisladamente si no han de conectarse más para conocerse mejor y unirse más en ese propósito:

sociedad y salud; (1)

c) Que la Unidad Móvil ha contribuído a fomentar el sentido de comunidad en que descansa el bienestar;

d) Que el médico en constante relación con la vida rural aprecia más de cerca la diversidad de factores del ser humano en esas regiones e influye en la conformación humanística y social del Médico;

e) Que se hace necesario para el mejor resultado de las actividades relacionadas con la salud, procurar el encadenamiento de unos y otros servicios que, aunque son de dependencias diferentes y persiguen la misma finalidad, no están enlazados, para lograr así mayor rendimiento.

4. Es sabido el ascendiente de medios mágicos de curación; que hay curanderos o zahorines que pueden ser auxiliares de utilidad para información entre la comunidad y el servicio médico; y, que mediante el análisis del ambiente, pueden emplearse para un mejor entendimiento entre unos y otros y para procurar y extender recursos adecuados para crear "el canal" o "el puente trascultural" para pasar de la medicina mágica a la medicina científica, como la finalidad fundamental e imprescindible.

Oscar Raúl Alvarado de León

(1) Bien puede llamarse el triángulo de la salud.



Dr. Werner Ovalle López
Asesor

Dr. Carlos Estrada Sandoval
Revisor

V°.B°.

Dr. Carlos Armando Soto
Secretario

Imprímase:

Dr. Carlos M. Monsón M.
Decano

# BIBLIOGRAFIA


ADAMS, Richard N.
Introducción a la Antropología Aplicada -Seminario de Integración Social Guatemalteca- 1964.

GIRON, Dr. Manuel Antonio
Pediatría Social -Volumen 19 de la Editorial Universitaria, Guatemala 1956.
Medicina Social -Volumen 37 de la Editorial Universitaria, Guatemal, 1964.

ESTRADA SANDOVAL, Dr. Carlos
Experiencia de un Médico en el Medio Rural -1953.

GOUBAUD CARRERA, Antonio
Indigenismo en Guatemala, Guatemala 1964.

NOGUERA BARRANECHE, Dr. Rodrigo
El Libre Albedrío en Sociología. Revista Universitaria de San Carlos XXXVII, 1956.

GUILLIN, Johan
San Luis Jilotepeque, Guatemala, 1958.

BOLETIN SANITARIO DE GUATEMALA
No. 57 -1963.

DEL VALLE MATHEU, Lic. Jorge
Guía Sociológica de Guatemala, Tip. Nac. -1961.

DICCIONARIO GEOGRAFICO DE GUATEMALA
Tip. Nac. - 1961.

ARIAS B., Jorge
El Analfabetismo en Guatemala, Guatemala Indígena - No.7, 1963.

GARCIA ELGUETA, Manuel
Descripción Geográfica del Departamento de Totonicapán, 1897, Guatemala Indígena No.8 - 1963.

DATOS DEL CENSO DE POBLACION
1964, Dirección General de Estadística

MEMORIA ANUAL DE 1963 DEL SERVICIO ESPECIAL DE SALUD PUBLICA