

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROGRAMA DE UNIDADES MOVILES PARA  
AREAS RURALES

TESIS

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

por

J. GUILLERMO TANCHEZ HERNANDEZ

Ex-interno por oposición de los siguientes servicios:  
Servicio de Ginecología del Hospital San José, Ser-  
vicio de Dermatología Hospital San José, del Hospi-  
tal Neuro-Psiquiátrico, del Hospital San Vicente,  
del Hospital General, Tercera Medicina de Mujeres,  
Cirugía Infantil, Salas Cunas, y del Departamento  
de Maternidad del Hospital Roosevelt. Actual Mé-  
dico Jefe de la Unidad Móvil No. 3 del S.E.S.P.

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1964.

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. MAGNITUD DEL PROBLEMA
- IV. DESCRIPCION GENERAL DEL PLAN
- V. TRABAJO REALIZADO POR "PUMAR"
- VI. RECOMENDACIONES
- VII. CONCLUSIONES

## INTRODUCCION

El propósito que anima el presente trabajo, es divulgar los resultados obtenidos hasta la fecha en el desarrollo del denominado "Programa de Unidades Móviles para Areas Rurales" correspondiente al Servicio Especial de Salud Pública, e interesar por su trascendencia a las autoridades estatales, universitarias y organismos internacionales, así como al pueblo en general, para la prosecución y ensanchamiento de sus actividades.

La serie de transformaciones que viven actualmente los pueblos latinoamericanos, en los aspectos biológicos, ideológicos, económicos y sociales, se reflejan en la salud y bienestar social de sus habitantes y mantenerlas constituye una serie de problemas, cuya resolución necesitaba de fomentar el desarrollo de un programa de ayuda y asistencia mutua, nunca antes observado en la historia del continente.

El índice de enfermedad, está en relación con el aumento de la población, un ostensible crecimiento determina mayores necesidades a satisfacer, que en la actualidad no va acompañado del correspondiente incremento de los recursos, existe un deseo general en la población de mejorar, se aspira al progreso

y a todos los medios y posibilidades reales para satisfacer sus propósitos.

Fue necesario crear programas de acción, investidos de recursos eficaces para su realización, concediéndose prioridad a la función que desempeña el hombre dentro de la comunidad, como un elemento que juega un papel determinante en su desarrollo y evolución.

Esto no hubiese sido posible y su realización factible, si no se hubieran aunado esfuerzos, dentro de los países en pleno desarrollo y la ayuda eficaz y desinteresada de países que tienen un estandard de vida a la altura de la época actual.

Así en base de los cambios estructurales en el fomento y ayuda que se brinda, surgió la idea de hombres de buena voluntad, que auspiciaron la formación de una ayuda dirigida y específica a promover dentro de la comunidad en pleno desarrollo la urgente necesidad de que el individuo como elemento esencial recibiera dicha asistencia, pero que al mismo tiempo esto no fuera motivo de anular sus esfuerzos e iniciativa, sino todo lo contrario de ser capaz de estimularlo en todos los aspectos de la vida.

## II

### ANTECEDENTES

Los Programas de Unidades Móviles para Áreas Rurales, surgieron como uno de los objetivos fundamentales del vasto plan de la Alianza para el Progreso, cuya inspiración está basada en los principios de la Operación Panamericana y del Acta de Bogotá que fue ratificado por los países americanos en la República del Uruguay, en la Carta de Punta del Este verificada del 5 al 17 de agosto de 1961. Con la declaración a los pueblos de América ha nacido una nueva era que persigue la elevación de los niveles de vida de las poblaciones latinoamericanas, y en lo que concierne a los Programas de Unidades Móviles tal declaración señala como imperativo el desarrollo de programas de Salubridad e Higiene con miras a prevenir las enfermedades, luchar contra las epidemias y defender en suma el potencial humano.

La importancia que reviste tan necesario programa de U. M. para Áreas Rurales, fue hecho realidad en la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial, Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso, Resolución A.2, que dado su valor me permito transcribir textualmente:

"La Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Minis

terial,

## TENIENDO PRESENTE

Las recíprocas relaciones que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar, y

## CONSIDERANDO

Que hay acuerdo entre los gobiernos de las Américas para planificar simultáneamente el crecimiento económico y el progreso social - para el decenio que se inició en 1960;

Que con este propósito son indispensables una serie de disposiciones previas destinadas a formular los planes nacionales en forma - que consulten los problemas de mayor importancia para las sociedades;

Que mientras se prepararon dichos planes, no deben interrumpirse los programas en ejecución, sino, por el contrario, ampliarse a nuevas comunidades e iniciar aquellos otros que tengan significado económico social, dando prioridad a los planes de emergencia en ciertos países;

Que es indispensable coordinar las diversas iniciativas que forman parte del bienestar individual y colectivo, tanto en los planes nacionales como en los proyectos actualmente

en ejecución o los que se realicen en el futuro;

Que el grupo de expertos de la Organización de los Estados Americanos sobre la planificación del desarrollo económico y social en América Latina estableció "que el mejoramiento de las condiciones de salud no sólo es deseable en sí mismo sino que constituye un requisito esencial previa al crecimiento económico y debe formar, por lo tanto, parte indispensable de los programas de desarrollo de la región";

Que el Consejo de la Organización de los Estados Americanos recomendó a los Gobiernos que al programar y negociar el financiamiento del desarrollo económico, se incluyan los - programas de salud pública que son esenciales y complementarios de los económicos, y que también recomendó la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana para la formulación de tales programas (Resolución 7a., Segunda Reunión);

## RESUELVE:

1.- Recomendar a los Gobiernos las siguientes medidas a largo plazo para la prevención de las enfermedades, defensa y recuperación de la salud;

a.- Preparar los planes nacionales para el

próximo decenio.

- b.- Crear unidades de planificación y evaluación en los Ministerios de Salud con la debida representación ante los organismos nacionales de planificación general del desarrollo económico y del progreso social para la correspondiente coordinación.
- c.- Mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y sanitarias como base para formular y evaluar los planes nacionales de salud.
- d.- Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de prevención y curación de las enfermedades. Con este fin es preciso:
  - i. Determinar el número de técnicos de diversas categorías necesario para cada función o profesión.
  - ii. Capacitar en servicio a los funcionarios actuales y formar progresivamente a otros en el mínimo indispensable; y
  - iii. Ampliar o crear los centros educativos necesarios.

e.- Perfeccionar la organización y administración de los servicios nacionales y locales de salud, integrando las funciones de prevención y curación; lograr un mejor rendimiento de los servicios de asistencia médica; crear progresivamente los que sean indispensables y asegurar la accesibilidad económica de agentes terapeúticos y prevención de las enfermedades.

- f.- Adoptar las disposiciones legales e institucionales que aseguren el cumplimiento de los principios y normas de la medicina individual y colectiva en la ejecución de proyectos de industrialización, urbanización, vivienda, desarrollo rural, educación, turismo y otros.
- g.- Hacer el mejor uso posible de los conocimientos derivados de la investigación científica para la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

2.- Recomendar a los Gobiernos la ejecución de las siguientes medidas de efectos inmediatos:

- a.- Dar término a los proyectos en ejecución, en especial los relacionados con el control o erradicación de las enfermedades transmisibles, el saneamiento, la nutri-

ción, la atención médica, la protección de la maternidad e infancia, la educación sanitaria y otros destinados a la defensa de la salud, reconociendo la debida prioridad a los programas de emergencia de determinados países.

b.- Formular para su ejecución progresiva, - proyectos destinados a:

- i.- Suministrar agua potable y servicios de alcantarillado por lo menos al 70% de la población urbana y el 50% de la población rural en el próximo decenio, como mínimo;
- ii.- Reducir la mortalidad de los menores de cinco años de edad a la mitad de las tasas actuales;
- iii.- Erradicar el paludismo y la viruela del continente e intensificar el control de otras enfermedades infecciosas frecuentes, tales como las entéricas y la tuberculosis.
- iv.- Mejorar sustancialmente la alimentación y la nutrición de los grupos más vulnerables de la población, aumentando la ingestión de proteínas de origen animal y vegetal; y
- v.- Procurar que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos,-

perfeccionando la organización y administración de los hospitales y otros centros de protección y defensa de la salud.

3.- Establecer como meta general de los programas de salud en el próximo decenio un aumento en cinco años de la esperanza de vida al nacer cada persona.

4.- Recomendar a los Gobiernos que, cuando lo estimen conveniente utilicen la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en la preparación y ejecución de estos planes. Igualmente, apoyar los proyectos de dicho organismo para establecer sistemas de planificación en salud en los países de América Latina.

5.- Recomendar así mismo el uso de otros medios de asistencia técnica, multilateral o bilateral que están a disposición de los países de este continente."

Reconociendo la urgente necesidad que tienen los pueblos de Latino América de servicios médicos básicos y la importancia de mejorar los niveles de salud y la relación con la movilización de los recur-

sos humanos necesarios para incrementar un programa de ayuda propia fue creado lo que se denominó "Comisión Especial de Trabajo" por el Presidente Kennedy. Fue integrada por destacados expertos en el campo de la salud pública y en el desarrollo de la comunidad, seleccionados en las principales universidades de los Estados Unidos, siendo además invitadas organizaciones nacionales e internacionales a Washington D.C. en julio de 1962 para buscarle solución al problema antes mencionado.

La Comisión acordó los siguientes puntos resolutivos:

- 1º. En que el mejoramiento de la salud rural es fundamental para el desarrollo económico social y que un programa de ataque por medio de servicios básicos de salud proporcionaría una fuerza inicial para un plan de largo alcance para el desarrollo integral del área de Centro América y Panamá.
- 2º. La utilización de unidades médicas móviles para suministrar un servicio integral organizado, que ofreciera una base apropiada para su más amplio desarrollo ulterior. Tanto la comunidad como las autoridades médicas, instituciones educativas, organizaciones privadas u oficiales, debieran ser inducidas a cooperar en este programa de mejoramiento de la comunidad, puesto que todos tienen el interés común de solucionar favorablemente este problema.

3º. Que los equipos médicos móviles puedan proporcionar asistencia médica y servicios preventivos, estimular el interés por solucionar las necesidades de la comunidad dinamizando su espíritu para promover la resolución de los problemas de desarrollo local dentro de sus recursos y sus capacidades juntamente con el curso de los Gobiernos nacionales, en todas las etapas de desarrollo social.

Como resultado de la enunciación de las conclusiones antes enumeradas, se nombró a dos eminentes médicos Dr. Fred J. Vintinner y al Dr. Edgar Berman; para que visitaran a los ministros de salud de las repúblicas de Centro América y Panamá; con el fin de obtener la información necesaria y conocer su interés en la realización de los puntos resolutivos anteriormente enumerados; estableciéndose en tales entrevistas el deseo de los gobiernos centroamericanos para llevar a la realidad lo antes posible el plan básico propuesto.

Fue así como se llegó a inaugurar formalmente el programa de unidades móviles para áreas rurales el 1º. de diciembre de 1962 en la sede de la ODECA, habiéndose hecho representar en dicha reunión delegados de los seis países de Centro América y Panamá y del Departamento de Estado de Washington a través de la Agencia de Desarrollo Internacional (AID).

Además este programa está comprendido en la declaración Centroamericana de San José de Costa Rica

ca firmada el 19 de marzo de 1963 por el Presidente Kennedy y los Presidentes de las Repúblicas del Istmo.

En esta declaración los Presidentes centroamericanos juraron:

"Llevar a cabo lo más pronto posible las reformas necesarias para lograr los objetivos enunciados en el acta de Bogotá y en la declaración de Punta del Este, especialmente en los campos de la agricultura, la educación, el impuesto sobre la renta, la administración pública y el bienestar social.

### III

#### MAGNITUD DEL PROBLEMA

No es desconocido que nuestra población rural como cualquiera otra, confronta los problemas de la prevención de enfermedades epidémicas, del cuidado pre-natal, del parto y post-natal, de la mala nutrición, de las enfermedades transmisibles, de la enfermedad común, del parasitismo y de las endemias.

Pero, en tanto que en el medio citadino, causas y efectos pueden atacarse y se logra con ello establecer un balance de control; en el medio rural quedamos al capricho de la selección natural y de la propagación sin control de algunas enfermedades.

Al dar un vistazo a la distribución de la población médica en el país nos encontramos con que una estimación hecha a principios de este año daba la siguiente información: para todos los departamentos de la República había 170 médicos y una población aproximada de 4 millones de personas; el cuadro por sí desconsolador, ya que indica que hay un médico por cada 24 000 habitantes cuando debiera haber por lo menos uno para mil habitantes se vuelve aún más sombrío cuando realizamos que tales profesionales prestan sus servicios exclusivamente a los pequeños grupos que habitan las cabeceras departamentales o municipios de mayor importancia. Frente

a este panorama desalentador los Gobiernos trataron de buscarle solución y hubieron de enfrentar realidades adversas, a saber: la ubicación de las comunidades rurales que carecen por lo general de medios de comunicación o que tienen caminos transitables difícilmente en la estación seca e intransitables en la estación lluviosa.

El problema económico derivado de la escasa producción que sólo permite vivir a nivel de subsistencia y no contribuir al progreso y mejoramiento. En general nuestros campesinos cuentan con dinero únicamente en la época de cosecha y el resto del año subsisten con los productos alimenticios de sus cultivos. Los salarios del campesino por otra parte no le permiten hacer ningún aporte sustancial que contribuya a la solución de sus problemas de desarrollo, aún cuando algunos de ellos tengan ahorros modestos, los mismos son insuficientes para resolver el problema de una enfermedad que significa gastos de transporte, alojamiento, alimentación, medicinas, servicio médico y pérdida de días de trabajo; es por ello explicable que nuestros campesinos se conformen con tratar sus enfermedades con el consejo del brujo de la localidad o viendo a la enfermedad y a la muerte como fenómenos naturales que se contemplan pasivamente.

Los factores económicos, unidos al desconocimiento de lo que es la asistencia médica científica les ha dejado libre el camino de la superstición y la indiferencia que constituyen barreras formidables que se oponen a la penetración de la asistencia médica, esta situación sugiere el empleo de medios persuasi-

vos sutiles. Si a lo anterior se añade la falta de planificación de la familia y su corolario la explosión demográfica que cada día agudiza la crisis y produce soluciones nacionales de equilibrio biológico que tienen su mejor expresión y la más trágica en la elevada mortalidad infantil causada por la mala nutrición y las enfermedades infecciosas, etc.

Muchas veces nos enfrentamos al problema de comunidades que habitan áreas castigadas por el azote que representan las enfermedades endémicas como el paludismo, sólo falta agregar para completar el cuadro que nuestros campesinos están desprovistos de alfabeto, de educación higiénica, de conocimientos elementales de nutrición y que son víctimas de la superstición. Creo que esta descripción del problema explica porque el parasitismo crónico, la tuberculosis, el paludismo, la desnutrición, etc., han encontrado campo fértil para su desarrollo en el cuerpo de nuestras comunidades rurales.

## IV

### DESCRIPCION GENERAL DEL PLAN.

El propósito específico de los programas de unidades móviles para áreas rurales, que se han establecido en los países centroamericanos y Panamá es el de proporcionar servicios médicos a la población de las áreas rurales de dichos países, complementándolos con provisión gratuita de medicamentos, con actividades de educación sanitaria, protección materno infantil, campañas de inmunización, desarrollo de la comunidad y saneamiento ambiental. Naturalmente que todas las actividades referidas tienen como base de sus objetivos aquellos mismos objetivos de la Alianza para el Progreso.

El Plan Regional para los países Centroamericanos presta servicio para una población aproximada de 2 millones de habitantes, o sea una sexta parte de la población total del istmo, por lo que creará en el futuro instituciones que dentro de la comunidad se podrán mantener por sí mismas.

La meta ha sido establecer en cada país un número determinado de unidades móviles, tipos jeep - ambulancia, por lo general diez en cada país centroamericano. Estas unidades están equipadas con implementos médico-quirúrgicos suficientes para prestar cualquier servicio inmediato y provistos de una

variedad de medicamentos que hacen posible afrontar la mayoría de los cuadros endémicos en las áreas rurales de los países beneficiados, ya que dicha variedad oscila desde los medicamentos para tratamientos puramente sintomáticos, hasta aquellos que son específicos para ciertas afecciones, tales como antibióticos de amplio espectro, antidiárrreicos, anti-helmínticos, antipalúdicos, etc.

El equipo humano que presta servicio en las unidades móviles tiene muy ligeras variantes en su organización en los diferentes países. En Guatemala cada unidad móvil cuenta con un médico jefe, una enfermera y un asistente sanitario (que es por lo general un piloto que ha sido adiestrado en cuestiones sanitarias elementales). Recientemente se logró contar con un nuevo elemento, el promotor social, cuya labor será de trascendental importancia, especialmente en lo que se refiere a las actividades de organización y desarrollo de la comunidad.

En el área Centroamericana y de Panamá, por lo menos 400 pueblos y aldeas serán beneficiados por el programa, con la singularidad de que se trata de comunidades que no cuentan con facilidades para atención médica, o bien que aun teniéndolas éstas son deficientes, por lo que no rinden el beneficio deseado.

En cada una de las comunidades seleccionadas, se ha establecido un puesto de salud fijo, adecuadamente amueblado, el cual es visitado periódicamente por la unidad móvil y atendido permanentemente -

por una enfermera auxiliar, la cual tiene la responsabilidad de cumplir con los tratamientos establecidos - por el médico jefe.

La selección del personal de las unidades móviles, en Guatemala, se llevó a cabo de la manera siguiente:

a.- De los médicos:

Se dió a conocer la posibilidad de la existencia de dichas plazas haciendo énfasis de que se trataba de servicios en áreas rurales y de que se daría preferencia a médicos infieri, con el objeto de que el programa pudiera ser, por decirlo así, el inicio del servicio médico social rural obligatorio de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos.

Una vez seleccionados los candidatos, fueron sometidos en el Servicio Especial de Salud Pública, a un adiestramiento de tipo intensivo que incluyó: conceptos básicos de salud pública, educación sanitaria, materno infantil, epidemiología, saneamiento ambiental, uso de ayudas audiovisuales e intercambio de información con entidades nacionales e internacionales enmarcadas dentro de actividades afines, tales como INCAP, OMS, UNICEF, etc.

Durante los comienzos del programa no se seleccionó el número total de médicos, por no estar en posibilidades el país y AID de inaugurar al mismo tiempo todas las unidades. Lo que se hizo fue escoger -

un grupo mínimo de médicos, que se sometieron al adiestramiento y que específicamente trabajarían en las primeras unidades móviles.

En el adiestramiento previo de los médicos, participaron profesionales, tanto del Servicio Especial de Salud Pública, como de la Dirección General de Sanidad Pública y de otros programas específicos, tales como el servicio Nacional de Erradicación de la Malaria y el Programa de lucha contra la tuberculosis. Por otra parte, se contó con la asesoría directa de especialistas norteamericanos patrocinados por AID que enfocaron temas tan importantes como: Organización y Desarrollo de la Comunidad, Administración, etc.

b.- De las enfermeras:

Inicialmente, dentro del programa sólo se aceptaron enfermeras graduadas, pero especialmente aquellas que tenían adiestramiento previo en salud pública, algunas de ellas, además del adiestramiento en salud pública, contaban con una experiencia en dicho ramo verdaderamente satisfactoria por lo que no fue necesario hacer mucho énfasis en su entrenamiento, más que en aquellos casos en donde no se contaba con las condiciones apuntadas. Al grupo de enfermeras también se les impartió un cursillo similar en contenido al que se dió al grupo de médicos, pero adaptándolo al nivel de ellas y haciendo énfasis en aquellos aspectos que están directamente relacionados con la profesión de la enfermería.

c.- De los pilotos:

En Guatemala se hizo una experiencia especial consistente en preparar personal con ciertas y determinadas características, tales como: experiencia suficiente y pericia demostrable en el manejo de vehículos, adiestramiento previamente seleccionado dentro del campo de lo sanitario pero en forma elemental y puramente experimental, en cumplimiento de los requisitos generales que para estos casos establece el servicio Especial de Salud Pública.

Los asistentes sanitarios (pilotos) después de ser sometidos al adiestramiento específico, tuvieron que ser seleccionados por medio de un examen a través de un test preparado para el efecto, de manera tal que aquellos que obtuvieron los mejores puntuaciones fueron los que ocuparon los cargos respectivos.

d.- Del puesto de salud:

Cada puesto de salud tiene funciones específicas bien determinadas; dentro de las cuales podrían señalarse las siguientes:

- d.1 Asistencia médica a las personas que la requieren;
- d.2 Provisión de los medicamentos necesarios.
- d.3 Actividades de extensión en salud pública, para enviar a los pacientes a los centros específicos

encargados de su tratamiento, tales como las siguientes:

- d.3.1 Reconocimiento a pacientes maláricos - que requieren tratamiento;
- d.3.2 Reconocimiento a pacientes con problemas pulmonares que requieren control específico acerca de tuberculosis.
- d.3.3 Reconocimiento a pacientes ciegos y - sordomudos para referirlos a los servicios centrales.
- d.3.4 Actividades de educación sanitaria que se efectúan en una serie bien definida - de actividades, tales como: charlas, - conferencias, reuniones de grupo, demostraciones, formación de clubs con - objetivos definidos, etc.
- d.3.5 Actividades de orientación para relacionar a todos los pacientes con las entidades que están en capacidad de ayudar.
- d.3.6 Otras actividades.

Se ha comprobado que los países Centroamericanos y Panamá adolecen de una serie de situaciones problemáticas que tienen el mismo denominador, entre ellas las que son resultantes de las enfermedades que más comúnmente encontramos, las cuales al clasificarse en una forma jerarquizada pueden defi-

nir claramente el panorama de salud de cada región.

En cada comunidad tuvo que recibirse el impacto de la misión del médico puesto que una vez seleccionada el médico tiene la obligación de organizar un Comité específico para el Programa mismo. Dentro de las responsabilidades legales necesarias se encuentran las siguientes, de acuerdo con el manual respectivo:

#### DEL COMITÉ

Artículo 1°. Las comunidades favorecidas con el programa de Unidades Móviles para Áreas Rurales (PUMAR) deberán participar activamente en él.

Artículo 2°. Para el efecto se formarán en cada aldea, municipio, villa o ciudad favorecida, un COMITÉ PRO-MEJORAMIENTO DE LA COMUNIDAD en el ramo de la salud.

Artículo 3°. Cada Comité estará integrado por el número de personas que en cada caso se estime conveniente para su correcta división del trabajo (no más de 7 miembros). Los cargos serán: un Presidente, un Secretario, un Tesorero y vocales.

Artículo 4°. En el momento de integrar cada Comité, deberá estar presente la autoridad municipal respectiva o su representante legal debidamente autorizado, quien intervendrá y sancionará con su presencia el acto.

Artículo 5°. Todo lo actuado en la función del Comité, deberá hacerse constar en el acta que habrá de suscribirse en dicha ocasión.

#### II

#### DEL PRESIDENTE

Artículo 6°. Será la persona encargada de mantener contacto directo con el médico jefe de la unidad móvil, a quien ayudará con sus conocimientos relativos a la comunidad beneficiada.

Artículo 7°. Convocará a reuniones periódicas del Comité, por lo menos una por mes, para mantenerlo debidamente informado de los asuntos concernientes al programa.

Artículo 8°. Convocará a reuniones de los vecinos para informarlos de los beneficios recibidos y con el objeto de que todos participen activamente en el programa.

Artículo 9°. En todas las reuniones deberá fungir como Director de ellas y será el Representante Oficial del Comité en cualquier acto de otra índole.

Artículo 10°. Coordinará todas las demás actividades del Comité en beneficio de su comunidad y del programa.

Artículo 11°. Deberá firmar todas las actas, corres-

pondencia y documentos oficiales del Comité.

Artículo 12°. Será solidariamente responsable con el Secretario y el Tesorero del manejo de los fondos que se recaudan.

### III

#### DEL SECRETARIO

Artículo 13°. Será la persona encargada y responsable de la correspondencia oficial del Comité. Formulará y elaborará todas las actas del mismo.

Artículo 14°. Hará un resumen escrito de todas las reuniones tanto del Comité como las que se tengan con los vecinos de su comunidad, asentándolas en el libro de actas respectivo.

Artículo 15°. Dejará constancia en el libro de actas de todos los acuerdos y resoluciones que con respecto a la marcha del programa o distribución de beneficios se tomen, transcribiendo los que sean de interés, a la Dirección del programa.

Artículo 16°. En defecto del Presidente firmará la correspondencia oficial del Comité.

Artículo 17°. Será solidariamente responsable con el Presidente y el Tesorero del manejo de los

fondos que se recauden.

### IV

#### DEL TESORERO

Artículo 18°. Será el responsable primario, y solidario con el Presidente y el Secretario del Comité, por el manejo de los fondos que se recaudan.

Artículo 19°. Recaudará y llevará el control de los aportes que se reciban, de conformidad con los preceptos que se estipulan en el presente reglamento.

### V

#### DE LA RECEPCION DE CUOTAS

Artículo 20°. Los beneficiados con la asistencia médica que presten las unidades móviles del PUMAR participarán en el programa en forma directa por medio del pago de una cuota mínima por los servicios y medicamentos recibidos.

Artículo 21°. Los respectivos Comités están facultados para percibir de los beneficiados los aportes o cuotas mínimas que en cada caso estipulen.

Artículo 22°. En cada caso el personero del Comité encargado de la recaudación extenderá el recibo correspondiente en el formulario PUMAR No. 1.

Artículo 23°. Los formularios serán solicitados a la Dirección del SESP quien lo proporcionará según las necesidades de cada Comité y bajo estricto control.

Artículo 24°. El cobro y recepción de las cuotas tendrá lugar únicamente por servicios prestados y/o medicamentos suministrados.

## VI

### LA UTILIZACION DE FONDOS

Artículo 25°. Los fondos recaudados por los Comités podrán emplearse única y exclusivamente para proveer mejoras en favor de la propia comunidad.

Artículo 26°. Para cualquier gasto o erogación que afecte estos fondos, deberá obtenerse la opinión favorable del médico jefe de la unidad móvil respectiva y el visto bueno del jefe del programa.

Artículo 27°. Ningún Comité o autoridad alguna podrá hacer uso de los fondos recaudados, sin la autorización escrita y previa del Director del Servicio Especial de Salud Pública.

Artículo 28°. La Dirección del SESP tiene amplias facultades para ordenar cada vez que lo estime conveniente la revisión de los libros, arqueo de Caja y la práctica de cualquier otra operación - de tipo contable que se estime necesaria para - el control respectivo.

Artículo 29°. Queda absolutamente prohibido emplear cualquier suma de los fondos recaudados por el Comité, en celebraciones de cualquier índole.

Artículo 30°. Los Comités estarán sujetos en un todo a las disposiciones contenidas en este reglamento y a las que en enmienda, adición o sustitución se emitan según la práctica vaya aconsejando.

Artículo 31°. Los vocales de los Comités asistirán al Secretario y Tesorero en las funciones de tipo administrativo que éstos les deleguen.

## TRABAJO REALIZADO POR EL PUMAR

A continuación se ofrece un resumen de las actividades médico-asistenciales realizadas por el PUMAR durante el año 1963 y el primer semestre del año 1964.

AÑO 1963Unidad Móvil No.1:

Con sede en Barberena, Santa Rosa. Protege las siguientes poblaciones: Barberena, Casillas, - San Rafael las Flores, Santa Cruz Naranjo, Oratorio, Pueblo Nuevo Viñas, Santa Rosa de Lima y - Nueva Santa Rosa.

Del 15 de abril, fecha de inauguración, al 31 de diciembre se ha prestado atención a 4 758 pacientes.

Unidad Móvil No.2:

Con sede en el Depto. de El Progreso. Protege a las poblaciones del Progreso, Cabecera, Morazán, El Rancho, San Agustín Acasaguastlán, San

Cristóbal Acasaguastlán, El Jícaro, Tulumajillo, El Paso, Sanarate y Sansare.

Del 30 de abril al 31 de diciembre, atendió - 4 252 pacientes.

Unidad Móvil No.3:

Sede en la ciudad de Guatemala, protegiendo la población de las zonas 3, 5, 6, 7, y 12. Del 16 de julio al 31 de diciembre ha atendido a 2 537 pacientes.

Unidad Móvil No.4:

Sede en Tecpán, Guatemala, Departamento de Chimaltenango. Fue inaugurada el 27 de julio y cubre las poblaciones de Tecpán, Comalapa, San Martín Jilotepeque, Yepocapa, Patzizía, Acatenango, - Patzún y Zaragoza.

De su iniciación al 31 de diciembre atendió - 2 058 pacientes.

Unidad Móvil No.5:

Sede en Quezaltepeque, Chiquimula. Se protege las poblaciones de Esquipulas, Quezaltepeque, - Concepción las Minas, Ipala, San Jacinto y San José la Arada.

Del 1º. de Agosto al 31 de diciembre han sido atendidos 2 839 pacientes.

#### Unidad Móvil No.6:

Su sede está en la población de Tucurú, Alta Verapaz y cubre el valle del Río Polochic, visitando las poblaciones de Panzós, Senahú, Telemán, La Tinta, Tucurú, Tactic y Tamahú.

Del 3 de agosto al 31 de diciembre han atendido 1 686 pacientes.

#### Unidad Móvil No.7:

Sede en Salcajá, Quezaltenango, cubriendo las poblaciones de San Juan Ostuncalco, San Cristóbal Totonicapán, Olintepeque, San Francisco la Unión, Almolonga, Cantel y Zunil, ha atendido del 12 de septiembre al 31 de diciembre a 1 405 pacientes.

#### Unidad Móvil No.8:

Con sede en San Lucas Tolimán, Sololá, cubrió en un principio las poblaciones de Santiago Atitlán, San Lucas Tolimán, San Juan la Laguna, San Pedro la Laguna, San Antonio Palopó, Santa Cataria Palopó y San Marcos la Laguna. Debido a las condiciones atmosféricas, no fue posible prestar con regularidad los servicios en todas las poblaciones, en

vista de lo cual se decidió dotar a la unidad de vehículo para su movilización por tierra y abandonar el servicio que se daba en lancha. Por tal motivo dejó de asistirse a las poblaciones de Santa Catarina Palopó, San Antonio Palopó y San Marcos la Laguna que sólo son posibles de alcanzar por agua, y en su lugar se visitan en la actualidad las poblaciones de Agua Escondida, San Antonio Semetabaj y Godínez.

Del 28 de septiembre al 31 de diciembre se ha prestado atención a 767 pacientes.

#### Unidad Móvil No.9:

Se localizó en el parcelamiento de Nueva Concepción y atiende a las poblaciones de los siguientes lugares: Palo Blanco, Santa Ana Mixtán, Trocha 4, Trocha 8, Trocha 12 y Calle Vieja y el Reparo, Aseradero. Fue inaugurada el 7 de diciembre de 1963.

### LABORES REALIZADAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 1964

#### Unidad Móvil No.1 :

Con sede en Barberena Santa Rosa, protege actualmente las siguientes poblaciones: Barberena, Cásillas, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa de Lima, Pueblo Nuevo Viñas, Santa Cruz Naranjo, San Rafael las

Flores, Oratorio, Mataquescuintla y prestó atención hasta el 31 de julio a 4 598 pacientes.

#### Unidad Móvil No.2:

Con sede en el Depto. de El Progreso. Protege actualmente a las siguientes poblaciones: Estancia de la Virgen, El Jícaro, El Paso, El Rancho, El Progreso, San Agustín Acasaguastlán, San Cristóbal Acasaguastlán, Morazán, Tulumajillo, Sanarate y Sansare, y prestó atención hasta el 31 de julio a 4 509 pacientes.

#### Unidad Móvil No.3:

Con sede en la ciudad capital , protegiendo las zonas No.3, Zona No.5, Zona No.6, Zona No. 7, Zona No.12, Aldea Los Pocitos, Colonia Castañás, Colonia Ciudad Real y San José del Golfo. Prestó atención hasta el 31 de julio a 4 634 pacientes.

#### Unidad Móvil No.4:

Con sede en Tecpán, Guatemala, Departamento de Chimaltenango, protege a las poblaciones siguientes: Tecpán, Zaragoza, San Martín Jilotepeque, Co malapa, Acatenango, Yepocapa, Patzún, Poaquel, y Patzicía. Al 31 de julio ha atendido 3 066 pacientes.

#### Unidad Móvil No.5:

Con sede en Quezaltepeque, Chiquimula, protege actualmente Esquipulas, Quezaltepeque, Concepción las Minas, Ipala, San Jacinto, San José la Arada, al 31 de julio ha atendido 4 431 pacientes.

#### Unidad Móvil No.6:

Sede en la población de Tucurú, Alta Verapaz, y cubre actualmente las poblaciones de La Tinta, Tactic, Tucurú, Telemán, Panzós, Senahú, y Tamahú. Ha atendido al 31 de julio a 4 091 pacientes.

#### Unidad Móvil No.7:

Sede en Salcajá, Quezaltenango, cubre actualmente las poblaciones de San Juan Ostuncalco, San Cristóbal Totonicapán, Almolonga, Cantel, Salcajá, Zunil, Olintepeque, San Francisco la Unión y San Carlos Sija. Atendió hasta el 31 de julio a 2 544 pacientes.

#### Unidad Móvil No. 8:

Con sede en San Lucas Tolimán, Sololá, cubre actualmente las poblaciones de: Agua Escondida, San Lucas Tolimán, San Andrés Semetabaj, Santiago Atitlán, Godínez, San Pedro la Laguna y San

Juan. Ha atendido al 31 de julio a 3 683 pacientes.

#### Unidad Móvil No. 9:

Con sede en el parcelamiento de Nueva Concepción, ha atendido a las siguientes áreas: Trocha No. 8, Trocha No.9, Palo Blanco, El reparo, Santa Anna Mixtán y Trocha No.3. Ha atendido al 31 de julio 5 154 pacientes.

#### Unidad Móvil No.10:

Con sede en Villa Canales, atiende a las siguientes poblaciones: Villa Canales, San José Pinula, San Pedro Ayampuc, Santa Catarina Pinula, Pañuelo, Fraijanes, San Miguel Petapa y Santa Elena Barillas, De su iniciación en febrero al 31 de julio, ha atendido a 3 622 pacientes.

Las 14 causas de diagnóstico más frecuentemente establecidas fueron, de manera ordinal, las siguientes: parasitismo intestinal, anemia secundaria, infección respiratoria superior, desnutrición, diarrea infecciosa, gastritis, bronquitis, amigdalitis, enfermedades dérmicas, distonía neuro-vegetativa, reumatismo, otitis media, hipertensión arterial, conjuntivitis.

Como se puede apreciar en la distribución anterior, las causas de diagnóstico son evidencia de lo que ya ha establecido la estadística nacional, pues

predominan las parasitosis, las enfermedades carenciales, y respiratorias, etc., las cuales son factores responsables de la alta morbilidad y la alta mortalidad -esencialmente infantil- que constituyen uno de los más serios problemas de la salud pública nacional.

Durante el segundo trimestre del año 1964 y - en relación con el inicio del Programa Nacional de Vacunación, las Unidades Móviles empezaron a aplicar vacuna triple (contra Difteria, Tos Ferina y Tétanos) y vacuna antivariólica, con los totales siguientes:

Vacuna Triple	7 675
Vacuna Antivariólica	<u>19 516</u>
Total	27 191

Si se toma en cuenta el número de vacunas aplicadas durante el trimestre referido, podemos colegir - que las Unidades Móviles, además de las asistencias puramente médicas están ya realizando, dentro del campo específico de la salud pública, actividades directas en el área del control de ENFERMEDADES TRANSMISIBLES a través de los programas de inmunización.

Durante el primer semestre también hubo numerosas actividades en el campo de la educación sanitaria consistentes en lo siguiente:

a.- Visitas periódicas de la unidad audiovisual a - las diversas Unidades Móviles del PUMAR, con

el propósito de hacer divulgación educativa, proyección de películas, distribución de material educativo, charlas cortas, etc.

- b.- Reuniones en asambleas con los diversos Comités, con el objetivo de discutir problemas existentes, estudiar las posibles soluciones y resolver algunos cambios de ubicación de los puestos de salud.
- c.- También se realizan, en la ciudad capital -y con la participación de las Unidades Móviles, Directivos del SESP y de personeros de la AID- reuniones plenarias de tipo convención, con el fin de evaluar y orientar la política administrativa y técnica del "PUMAR".

En resumen:

El PUMAR ha realizado actividades dentro de las áreas siguientes:

- 1.- Servicios médicos;
- 2.- Programas de inmunización triple y antivariólica;
- 3.- Actividades de educación sanitaria;
- 4.- Servicios médicos de emergencia;
- 5.- Programas de suplementación alimentaria;

6.- Actividades de recreación;

7.- Actividades de organización y desarrollo de la comunidad.

## RECOMENDACIONES

1. En base de los magníficos resultados obtenidos con el Servicio de Unidad Móvil en la asistencia médica rural, se recomienda que se incremente dicho servicio.
2. Que el servicio médico rural obligatorio se inicie con actividades de la naturaleza descrita en este trabajo, participando el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas en la labor de asesoría; estas actividades se incorporarán al currículum de la misma.
3. Que la Facultad de Ciencias Médicas dé aún mayor impulso a la enseñanza de la medicina preventiva y social.
4. Estimular las actividades de la Escuela de Salud Pública con el fin de que pueda cumplir en la mejor forma posible con su trabajo de capacitación de personal, para la realización de estas tareas y su ensanchamiento.
5. Exhortar al Gobierno de la República para que considerando la importancia nacional de este tra

bajo, destine los fondos necesarios para su expansión en el futuro.

6. Utilizar todos los medios de divulgación disponibles para crear conciencia de la importancia y beneficios que presta un programa como el enunciado.
7. Capacitar personal auxiliar utilizando los servicios de la Escuela Nacional de Enfermeras, Escuela de Salud Pública.
8. Enseñanza y entrenamiento de trabajadores sociales específicamente para el medio rural.

## VII

### CONCLUSIONES

1. En Guatemala ha sido hasta la fecha, insuficiente la asistencia médica en las áreas rurales debido en parte a que los médicos no encuentran en ellas los medios necesarios para desarrollar sus actividades de acuerdo con su profesión y hábitos.
2. Que hasta épocas recientes no había sido posible por razones económicas dar asistencia médica social a los habitantes del medio rural.
3. A través del PUMAR se ha establecido que los habitantes de las zonas rurales si responden y con entusiasmo a los alicientes del programa.
4. Las unidades móviles superan la dificultad del establecimiento permanente de un médico en una zona fija del área rural que por otra parte cumple con la dinámica de la medicina rural actual que establece que el médico debe movilizarse en busca del paciente, permitiéndole ampliar su radio de acción.
5. El médico que ha sido trasplantado al área ru-

ral se adapta perfectamente a ella y con gran sentido social y compenetración de su utilidad pública se incorpora al medio consciente de su alta misión.

6. Un servicio de esta naturaleza a la vez que - permite la propagación de las actividades asistenciales a vastas áreas rurales; evita el aislamiento científico del médico porque cuenta - con una central que mantiene relación vigente con las más avanzadas entidades del mundo en salud pública, lo que permite mantener al profesional alerta de los últimos avances científicos de su profesión, para beneficio personal y de la comunidad que sirve.
  7. A la vez que asistencial este programa es educativo, enseña a los individuos que su participación y ayuda les proporciona beneficios ostensibles que no sería dable obtener en otra forma, a la par que, dignifica la asistencia la que no se recibe pasivamente, sino con la sensación de que proviene del esfuerzo propio.

J. Guillermo Tánchez Hernández

Dr. Werner Ovalle López  
Asesor

Dr. Fernando Molina B.  
Revisor

V°. B°.

Imprímase:

Dr. Carlos Armando Soto  
Secretario

Dr. Carlos M. Monsón M.  
Decano