

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"LOS PROBLEMAS DE SALUD EN LA COMUNIDAD DE
ZARAGOZA Y PROYECTO DE PLAN LOCAL PARA -
RESOLVERLOS"

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad
de San Carlos

Por

EDMUNDO JUVENAL ALVAREZ VASQUEZ

En el Acto de su Investidura

de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Julio de 1970.



PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. OBJETIVOS

III. ANTECEDENTES

- a) La Práctica Rural como integración y formación en el Currículum de estudios.
- b) Significado de un Plan de Salud.
- c) Experiencia de una Práctica Rural

IV. MATERIAL Y METODOS

V. DESARROLLO UN PLAN DE SALUD PARA LA COMUNIDAD DE ZARAGOZA

- a) Explicación del nivel de Salud
 - 1- Mortalidad
 - 2- Morbilidad
- b) Descripción física de la Comunidad
- c) Factores condicionantes
- d) Política de Salud
- e) El Plan de Salud

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

VII. BIBLIOGRAFIA.

I. INTRODUCCION:

Es un hecho bien conocido que más de las dos terceras partes de la población del mundo vive en los países subdesarrollados, y que el subdesarrollo económico se traduce en pobreza, enfermedades, muerte prematura, viviendas insalubres, -- sub-alimentación, analfabetismo, sub-empleo, baja escolaridad y otras condiciones de vida que universalmente se consideran insatisfactorias.

Este trabajo no pretende la resolución de tales problemas, porque la solución de ellos es sumamente compleja y en la misma se deben poner en juego, no solo conocimiento, voluntad y programación, sino la programación a nivel nacional con participación de todos sus recursos físicos y humanos.

Por el contrario, la base de este trabajo, es el análisis de una de nuestras comunidades; partiendo de principios generales, enfocar su aspecto etnográfico, físico, económico y social, para concluir en cuales son sus recursos y en que forma se puede tratar de mejorar las condiciones actuales, aunque sea en uno solo de sus aspectos y aunque el proyecto se cumpla a largo plazo.

América Latina casi en su totalidad cuenta con una población mixta, predominando la población aborigen con sus tradiciones y costumbres. Es a esta parte de la población a la que se ha tratado de enfocar con especial interés en programas de desarrollo, sin embargo, los países denominados subdesarrollados, han tenido que ser calificados como tales después de haber pasado por varias fases de desarrollo, ya que algunos de ellos fueron en épocas anteriores cunas de grandes cul

turas, de imperios de gran estabilidad económica, los que modificando sus estructuras llegaron a la época actual, en que se encuentran en estado de subdesarrollo.

En donde radica la causa o las causas que han determinado el subdesarrollo de la misma? Enfocar éste problema es cuestión de principios, estudios y análisis de muchos factores y, ante todo, se debe emplear tiempo suficiente que permita realizar un estudio minucioso.

No pretendo hacer un análisis de esta categoría, sin embargo, a grandes rasgos se puede decir que los factores más importantes son:

1. - POLITICO: Desde la Conquista, el tiempo de la Colonia y la época post-independiente, se le dió poca importancia al desarrollo de estos pueblos. Durante la Conquista la Corona Española vió a las Américas como un emporio, la base de solución de sus problemas económicos, extrajeron sus riquezas, pero nunca las incrementaron; explotaron sus tierras, pero no se cultivaron y cuando distribuyeron las tierras, lo hicieron sin justicia ni principios. En la época de la Independencia en casi todos los países de América Latina se subestimó a la población indígena y la programación económica. Algunos excepciones como Justo Rufino Barrios, en Guatemala, Domingo Sarmiento en Argentina, pensadores y ejecutores de la Revolución Mexicana, se preocuparon por darle a estas situaciones importantes la atención debida.

Actualmente poco se ha transformado o reformado esta situación, persiste el latifundio, la mala distribución de riquezas, la ignorancia y la miseria lo --

que más también persiste la explotación. La inestabilidad política es un factor que repercute enormemente en el desarrollo económico y social de los pueblos.

2. - SOCIAL: El problema en América Latina es su población. La falta de homogeneidad en la misma, ya que mientras por un lado se encuentra el grupo de la población indígena que conserva sus tradiciones y costumbres muy arraigadas, por otro la población ladina que puede tener origen en descendencia criolla, mestiza o europea o grupos de elementos indígenas que han perdido sus tradiciones y se -- han incorporado a este grupo.

Además, en algunas regiones existen porcentajes de población de raza negra y el migracionismo, factores todos que predisponen a los planes o programas de desarrollo, a no alcanzar una aplicación homogénea, por esto deben hacerse estudios y selecciones para cada grupo.

Contribuye grandemente a dificultar la aplicación de estis programas, la diversidad de lenguas y dialectos, ya que la comunicación se ve limitada por el dominio que se tenga de ellos. En Guatemala según el Censo de 1964, el 43.3% de la población total pertenece al grupo indígena (9), de este grupo existen más de 7 lenguas y 40 dialectos.

Todos estos factores si se analizaran en forma detenida y minuciosa, son los responsables del atraso o subdesarrollo de los pueblos.

En Guatemala, los hechos son de sobra conocidos y a pesar de haber sido tiempo atrás, sede de una de las más grandes culturas, la historia señala cada uno de los hechos o fases por las que se ha pasado para llegar a la época actual en que vivi

mos.

Basta solamente con analizar el índice de analfabetismo de 63.3%, lo que nos lleva a uno de los más altos a nivel mundial de población total analfabeta.

Si juzgamos el aspecto económico 1.3 millones de la población se consideran como económicamente activos, o sea el 41.5% incluyendo a niños mayores de 7 años, el 55% de la población es económicamente inactiva. (9)

De la población total el 64.% económicamente activos en su mayoría se dedican a la Agricultura, sin embargo, los poseedores de la tierra son un porcentaje muy reducido.

En salud los problemas son múltiples, cifras elevadas en mortalidad infantil y neonatal; estadísticas asombrosas de atención hospitalaria y falta de recursos para la misma, la desnutrición es un daño severo que nos deja anualmente gran cantidad de víctimas elevando la mortalidad infantil.

II. OBJETIVOS :

1. - GENERALES:

- 1.1. Colaborar en los estudios regionales de los problemas de nuestras comunidades.
- 1.2. Estimular la utilización de los recursos al afrontar tratando de resolver los problemas de nuestras comunidades.
- 1.3. Determinar en forma directa, el programa de Salud en sus diversos aspectos.
- 1.4. Enfocar la práctica rural desde un punto de vista experimental, e instar y alentar a las autoridades Universitarias Generales y Facultativas a la ampliación de estos planes.

2. - ESPECIFICOS:

- 2.1 Realizar en forma analítica el Diagnóstico del nivel de Salud de la comunidad de Zaragoza.
 - a) Estudio de morbilidad y mortalidad
 - b) Estudio de los recursos
 - c) Evolución de la situación de salud
- 2.2. Implementar un plan de Salud para el Municipio de Zaragoza.

III. ANTECEDENTES :

A) LA PRACTICA RURAL COMO INTEGRACION Y FORMACION EN EL CURRÍCULUM DE ESTUDIOS:

A pesar de la búsqueda de documentación relacionada con la integración de la Práctica Rural en el Currículum de estudios de la Facultad de Ciencias Médicas, antes del año de 1958, fue imposible debido a la falta de material y, es más, los planes anteriores a esa fecha carecían de dicha práctica. Si bien es cierto que durante catástrofes o calamidades a nivel nacional, tanto los Practicantes de Medicina como los Médicos recién egresados realizaban campañas de salud en las áreas rurales. Tenemos por ejemplo, las famosas campañas realizadas durante la epidemia de fiebre amarilla en los primeros años de este siglo, a la que fueron asignados en las zonas epidémicas y donde fallecieron atacados por el mal que combatían, muchos de los médicos y estudiantes de aquel entonces.

A partir de 1958, la Facultad de Ciencias Médicas principió a sentir la introducción de ciertos cambios, los cuales solo modificaron los planes, sino también los programas de estudio. Sintetizando estas modificaciones y también los diversos planes que se han realizado con respecto a la práctica rural, puedo mencionar los siguientes datos:

1. - En 1958, se incluyen en el Currículum de Estudio de las Cátedras de Ecología y Antropología. Además, una práctica de carácter Ecológico-Social en la

Colonia "La Florida". Estas modificaciones se realizaban en el 2º. ciclo premédico.

2. - En base del plan y reforma del acápite anterior, los alumnos del 5º. año tenían que cumplir con una práctica médico-familiar en la Colonia "La Florida", la que se llevaba a cabo en el Centro de Salud y visitas domiciliarias. Por razones curriculares esta práctica se inició hasta el año de 1963.

3. - Este plan programaba a la vez el Internado de Medicina Preventiva y Social a realizarse en el 7º. año.

4. - En 1961, el Dr. Carlos M. Monsón Malice, Decano de la Facultad, inició gestiones para la realización de una Práctica Rural. Se prepararon anteproyectos y se hicieron gestiones a la Rectoría de la Universidad y a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

5. - Durante los años de 1961, y 1962, los Doctores Manuel Antonio Girón, Orlando Aguilar y Carlos Estrada Sandoval, prepararon un plan para la práctica y servicio médico Social Rural, la cual realizarían los estudiantes de Medicina en el último año de la Carrera. Este plan constaba de objetivos mediatos e inmediatos bien establecidos, entre los que se concebía la extensión de los servicios de Centros de Salud a localidades rurales, previa evaluación de las mismas. Este Plan fue aprobado por la Junta Directiva de la Facultad en 1962 e informado al Rector de la Universidad.

6. - Durante los años de 1964 y 1965, se llevó a cabo en Mataquesuintla Jalapa, un plan con la asistencia obligatoria de estudiantes del 3er. año de la Facultad de Med

cina, exigiendo además, la asistencia de estudiantes de las Facultades de Arquitectura, Ingeniería, Veterinaria y Odontología. A pesar de establecerse un plan de financiamiento, de trazar objetivos indicando métodos y de investigar recursos y procedimientos, éste plan no prosperó.

7. - El plan presentado por el Dr. Alberto Viau D., en el que bosquejaba un Plan Nacional de Salud con obligación de los Centros de Adiestramiento de proporcionar personal para su dirección y ejecución, tampoco prosperó.

8. - El 27 de enero de 1967 fué aprobado por la Junta Directiva el Plan presentado por el Dr. Luis Octavio Angel A., para el Internado de Medicina Preventiva y Social, con práctica obligatoria en los Centros de la Unidad Asistencia de San Juan Sacatepéquez y Amatitlán. Este plan contenía importantes proyecciones para el futuro y fue realizado de acuerdo a estudios exhaustivos durante los cuales se analizaron factores básicos como recursos, población, métodos y procedimientos, estableciendo además, los objetivos que se perseguían.

A pesar de que en el presente trabajo no se pretende analizar en forma exhaustiva dicho plan, por su importancia y por haber sido el verdadero inicio de las actividades programadas de la práctica rural, daré a conocer algunos aspectos del mismo, aclarando que un análisis minucioso y una evaluación de dicho plan fue realizado por el Dr. Danilo Fajardo en su trabajo de Tesis de graduación.

El plan mencionado estableció los siguientes objetivos:

Para el Estudiante:

1. - Ponerlo en contacto con el medio real guatemalteco, para que conozca las

2. - Que conozca el funcionamiento y la organización de los programas de salud en las áreas rurales y urbanas del país.

3. - Que adquiera habilidad para reconocer los problemas médico Sociales de la Comunidad.

4. - Que adquiera habilidad en el trabajo con el equipo de personal de los Centros de Salud.

5. - Que colabore en la presentación de los servicios a la Comunidad.

Para la Facultad de Ciencias Médicas:

1. - Que esta experiencia sirva de base para la planificación de programas más amplios.

2. - Adquirir experiencias en este nuevo enfoque de la enseñanza.

Para el Ministerio de Salud Pública:

1. - Contribuir con la Universidad a la formación de Médicos más adecuados al país.

2. - Obtener colaboración de la Universidad en la presentación de servicio a la Comunidad.

3. - Obtener mejoras en los servicios de los Centros de Salud.

El plan se llevó a cabo con duración rotatoria de 8 semanas de práctica rural por cada interno estudiante del último año de la Carrera de Médico y Cirujano.

Se seleccionaron los Centros de Salud de Amatitlán y la Unidad Asistencial de San Juan Sacatepéquez con base a las siguientes características:

El Plan contenía el siguiente Plan de Trabajo:

- a) Introducción a la Práctica
- b) Estudio Monográfico del área de trabajo
- c) Conocimiento directo de la Comunidad
- d) Rotación por los diferentes servicios de los Centros de práctica.
- e) Al final cada estudiante Interno debía rendir un informe de sus actividades.

A mediados de 1967, las autoridades de la Facultad de Medicina, del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) y personeros del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se reunieron para estudiar la posibilidad de organizar un programa conjunto en el área rural que permitiera a los estudiantes de las tres instituciones realizar su práctica de campo en forma conjunta.

Para tal efecto decidieron nombrar a un comité formado por los Directores

Por la Facultad de Ciencias Médicas: Dr. Luis Octavio Angel A., y Dr. Enrique Padilla.

Por el INCAP, el Dr. Werner Ascoli y Dr. Carlos Tejada Valenzuela. Por el Ministerio de Salud Pública: Dr. Carlos García Salas y Dr. Carlos Estrada Sandoval.

A este Comité se le encargó estudiar diversos Centros de Salud con el objeto de seleccionar al que llenara las mejores condiciones para efectuar la práctica. También se les encomendó, una vez seleccionada el área, hacer un estudio

de los recursos de la misma y preparar un Programa General así como un proyecto de Convenio entre las tres Instituciones que definiera las responsabilidades y derechos de las mismas.

El Comité seleccionó el Centro de Salud de Chimaltenango por las siguientes razones:

- a) Tiene una población representativa de los dos grupos mayoritarios del país: Indígenas y Ladinos.
- b) En el área seleccionada existen desde minifundios hasta extensas fincas privadas, contando además, con un parcelamiento agrario siendo la situación agraria representativa de la realidad nacional.
- c) Existe en la misma zona, un programa de desarrollo de la Comunidad, Una Escuela de Maestros rurales y un programa de extensión Agrícola, lo que facilitaría el desarrollo de trabajos cooperativos.
- d) Cuenta con una población concentrada, lo que permite que el Centro de Salud que allí funciona mantenga contacto más estrecho y directo con todos los municipios.
- e) El INCAP había desarrollado en el región de Chimaltenango durante más de 6 años un curso especializado de Nutrición aplicada para Dietistas de América Latina (CENDAL) que en esencia constituía un Programa de entrenamiento rural y disponía de información básica con relación a todas las comunidades del Departamento de Chimaltenango.

Otras razones fueron:

- a) Fácil acceso a las comunidades
- b) El Centro de Salud de Chimaltenango es un Centro tipo A, dotado de -
Maternidad anexa y de un servicio de Educación y recuperación nutri--
cional.
- c) Anexo al Centro de Salud está el Centro de Traumatología del Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social.
- d) Fácil acceso al Hospital Regional de Antigua, para referencia de pa--
cientes.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

- a) Propiciar la experiencia práctica del personal de Salud mediante su parti-
cipación en programas fundados en la realidad Nacional.
- b) Presentación de servicios a la Comunidad
- c) Investigación operacional y de campo en relación con las actividades -
de Salud.
- d) Estudiar la forma de coordinar el programa de Salud con los otros progra-
mas de desarrollo que existan en el área.

El programa en su contenido, espera desarrollar las siguientes actividades -
en Salud en el Municipio de Chimaltenango.

A) Enseñanza: destinando:

- a) Médicos Pediatras Salubristas que participen en el Curso de Nutrición y -

Salud Pública a nivel de Post-Grado.

- b) Estudiantes de Medicina en el año de Internado
- c) Estudiantes de la Escuela de Nutrición y Ciencias de alimentos del INCAP
- d) Otros estudiantes de Instituciones formadoras de personal de Salud, tales -
como Facultad de Odontología, Escuelas de Enfermería, de Servicio So---
cial, etc.
- e) Entrenamiento de personal en Servicio.

Entrenamiento de Personal auxiliar en Salud. Entrenamiento de Personal
de otras instituciones existentes en Chimaltenango, como Maestros, ex--
tensionistas agrícolas, educadoras del hogar, promotores comunales, etc.

B. - ACTIVIDADES EN SALUD:

- 1. - Programa de Salud Materno Infantil
- 2. - Atención Médica.
- 3. - Actividades en epidemiología
- 4. - Nutrición aplicada.
- 5. - Saneamiento ambiental
- 6. - Educación en Salud y Nutrición
- 7. - Demografía

Para cada una de las actividades mencionadas se realizaron planes de trabajo -
previo estudio de las características demográficas, socioeconómicas de cada una de
las comunidades Municipales de Chimaltenango y de sus recursos, incluyendo la Ca

becera Departamental, que creo inconveniente mencionar por lo extenso del estudio.

Sin hacer mención a los otros programas, trataré de enfocar en forma resumida y descriptiva los principales aspectos del programa del Plan docente y actividades de campo de los estudiantes de Medicina.

Plan Docente y Actividades de Campo de los Estudiantes de Medicina en el Programa de Salud de Chimaltenango PROSA.

A) OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. - Que el estudiante conozca de cerca los problemas de Salud, sus factores condicionantes y los medios empleados para tratar de resolverlos.
2. - Que se familiarice con el medio rural, observando los problemas médicos-sociales prevalentes y que, en su relación con el individuo y la comunidad conozca la cultura de nuestras sociedades rurales.
3. - Crear en el estudiante actitudes favorables hacia el trabajo de campo y despertar en él interés hacia los problemas sociales del área rural.

B. - ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

1. - Hacer un diagnóstico de la Situación mediante:

a) Orientación sobre los problemas de Salud del área y los distintos programas en vías de desarrollo con miras a solucionarlos.

b) Colaborar con encuestas a realizar con otros miembros del equipo de salud.

2. - Programas de Salud en que participará;

a) Materno Infantil

- I) Atención del niño preescolar por medio de consulta en el puesto de salud o aldeas colindantes a la Cabecera Municipal.
- II) Atención al niño escolar mediante visitas periódicas a las escuelas del municipio y sus aldeas vecinas.
- III) Consulta prenatal y atención de partos a domicilio.

b) Consulta Externa:

- I) En Puesto de Salud
- II) Visitas periódicas a las aldeas vecinas al puesto de Salud
- III) Atención de emergencias
- IV) Referencia de los pacientes que así lo requieran al Centro de Salud.

c) Actividades educativas

a) Independientemente o en colaboración con otros miembros del equipo de Salud participará en programas dirigidos a otros agentes de cambio residentes en el municipio o a la población cubierta por su radio de acción.

b) Rendirán informe final por las actividades desarrolladas.

d) Otras actividades:

a) Participación en programas específicos y campañas masivas en las que el Centro de Salud lo considere oportuno.

b) Participación en programas cooperativos con los otros que laboran en el área a su cargo.

El programa se inició el 1º de febrero de 1969, con la participación de --
estudiantes de medicina, nutrición y Post-grado.

Posteriormente llegaron estudiantes de Odontología y enfermería, éstos --
últimos solamente por dos meses en el año.

Es así como en una forma descriptiva se hace un historia cronológico de
la integración de la práctica rural en el Currículo, de estudios de la Carrera de
Médico y Cirujano en la Facultad de Ciencias Médicas, pudiéndose observar --
que no fué sino hasta 1967 y 1968 en que realmente se le dió la importancia --
prevalente y se establecieron planes con programación, objetivos y estudios a--
decuados.

Con respecto al programa de Salud en Chimaltenango PROSA, puedo ha--
cer mención de que en 1969 egresó la primera promoción de Médicos Pedia---
tras de su curso de Post-Grado en Nutrición para Pediatras formado por 6 médi--
cos de Centro América; además, se realizó el primer curso práctico para estu--
diantes de nutrición del último año de su carrera, se inició la participación de
estudiantes de Odontología. Con respecto a los estudiantes de Medicina en el
mismo año el grupo de Internos del último año realizó sus prácticas en las dis--
tintas comunidades de Chimaltenango, yo uno de ellos, y aunque no me propon--
go evaluar los resultados del plan, si deseo dejar constancia de mis experiencias
personales, de mi práctica y exponer el estímulo que se despertó en mí hacia --

las comunidades rurales y la motivación que me provocó el vivir de cerca sus --
problemas, tratando de solucionarlos aún ante la carencia de recursos de los mis--
mos.

Este trabajo de tesis surgió precisamente de este estímulo, deseando expresar
a las autoridades de dicho plan mi experiencia en el área rural.

B. - SIGNIFICADO DE UN PLAN DE SALUD:

En este capítulo se exponen los principales criterios y juicios que deben tomarse en cuenta para planificar en Salud, según trabajo encomendado al CENTRO DE ESTUDIOS DEL DESARROLLO (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana, por el Dr. Abraham Horwitz, Director de la misma con sede en Washington D. C.

El informe de dicho estudio se titula "Problemas Conceptuales y metodológicos de la Programación de la Salud".

Si se analizara por qué razones coinciden la pobreza, enfermedad, viviendas insalubres, analfabetismo, etc., con el desarrollo económico de un país se determinará que no es casual, pues todos los adelantos como técnicas, mejora de vivienda, salud, educación, conocimientos científicos, son bienes que distinguen a un pueblo, pero que dependen de un fondo común económico nacional.

Ante esta coincidencia a los países clasificados como subdesarrollados les quedan dos formas de mejorar las condiciones medias de vida:

1) Aumentando el fondo común Nacional. Si se aumenta el fondo Común Nacional y se incrementa el acervo de los recursos naturales utilizándolos con más amplitud, adiestrando a una mayor proporción de la población, construyendo nuevas fábricas, carreteras, hospitales, tecnificando e intensificando los cultivos a una velocidad mayor que el aumento demográfico, se mejorarán las con-

diciones medias de vida. No obstante, el incremento del fondo económico nacional precisa de ciertos compromisos como empréstitos nacionales e internacionales, o de una cadena de ayuda por medio de organismos Internacionales. Esta solución requiere que los planes y programas propuestos sean establecidos, supervisados, y lo que es más, respetados por los gobiernos que los contraen. Es sin embargo, verdaderamente penoso que la inestabilidad política provoque la ruptura de convenios o impida la continuidad de programas establecidos anteriormente. Asimismo, en nuestro medio es muy corriente que los préstamos internacionales bipartitos sean onerosos y comprometan muchas veces hasta la propia soberanía, factor que radica en la falta de escrúpulos de parte de quienes los suscriben.

2. - Utilizando en mejor forma los recursos disponibles: De esta forma podemos encontrar soluciones a determinados problemas, no a su totalidad, requiere además, de entusiasmo, patriotismo, de programación adecuada y ante todo, de vastas campañas de educación.

LOS PRINCIPIOS BASICOS DE LA PROGRAMACION:

1. - Los Problemas programáticos Centrales:

En el campo de Salud se confrontan problemas en cuanto a la programación fundamentalmente en:

- a) Elección de técnicas
- b) El problema de las prioridades

Un ejemplo de lo indicado primeramente se presenta cuando se desea incrementar el aporte proteico en la dieta de una población la cual puede ser satisfecha pro-

duciendo más huevos o más pescado, más carne de ave o de vacuno; cualquier puede incrementarse de acuerdo con los recursos prevaletentes y el medio ambiente.

Con respecto a lo indicado en B) se debe relacionar la necesidad de decidir en que proporción convendría satisfacer la demanda de alimentos más que la del vestido o de la vivienda.

Con respecto a esta prioridad aún pueden determinarse otras dimensiones que aumentan la complejidad. Una es temporal y surge del hecho de que las necesidades son recurrentes, de manera que hay que procurar la satisfacción de las del presente, sin olvidar las futuras. (12) La otra dimensión deriva de la posibilidad de resolver las necesidades de todos por lo que hay que decidir quienes deben ser más beneficiados.

Por ejemplo, en el campo de Salud, si se desea combatirlos se puede utilizar una técnica curativa, preventiva o la combinación de ambas; pero no deben descuidarse la tifoidea, la tuberculosis, el cáncer, accidentes de trabajo y otros daños que pueden afectar una población.

Como no existen recursos suficientes para combatirlos todos en la medida posible, hay que fijar un orden de prioridad. En el campo de Salud hay que -- destinar cierta proporción de recursos a reparar daños y otras a prevenirlos.

Para programar en Salud Pública además de los factores anteriores, debe tomarse muy en cuenta los siguientes factores:

1. - Definición de Objetivos:

La definición de los objetivos a alcanzar constituye uno de los principios de la técnica programática. Definir objetivos es estimar o comparar los principales aspectos de la salud para concluir y decidir a cuales darles mayor prioridad. Buscar las técnicas de los estudios económicos adecuados, con miras a resolver el problema de prioridad, recurrir a la noción de bienestar económico con referencia a la cual la satisfacción de cualquier necesidad pasa a ser un medio. Al proceder de esta manera se plantea la situación de cómo medir el bienestar y de cómo hacer comparable con el los bienes de consumo, como vestido, alimentación, etc.. De allí que el objetivo de la actividad económica se mida por el valor de la producción y que éste a su vez mida al bienestar económico.

2. - Capacidad Potencial Productiva:

No se puede programar en ningún campo que afecte o interese a la economía, sin considerar la capacidad potencial productiva que representaría el número de -- años persona de que dispone una comunidad en conjunto utilizable en cualquier actividad.

3. - Definición de Recursos:

Se puede definir como recurso a todo aquello que pueda ser utilizable para producir bienes y servicios (12) puede clasificarse en tres categorías:

a) Trabajo

b) Capital

c) Recursos naturales

4. - Tiempo, espacio y el sujeto de la programación:

Según la naturaleza de la programación se tiene que prever que tipo de tiempo dará cobertura un plan, que áreas debe abarcar y cuáles serán los sujetos beneficiados.

Especialmente con respecto al tiempo casi todos los países trazan pla--nes de largo plazo: de 15 a 20 años; de medio plazo: 5 a 7 años y a corto pla--zo: 1 año. Cada uno depende de prioridad de recursos y tipo de acción que--se persigue.

5. - El Proceso Programático en Salud Pública:

Se debe seguir un proceso sistemático y ordenado, según la Organización Panamericana de la Salud, el proceso de programación comprende las siguientes etapas:

1. - El diagnóstico

2. - La Programación propiamente dicha

3. - Discusión y decisión

4. - Ejecución

5. - Evaluación y revisión

6. - El Diagnóstico:

La precisión del diagnóstico es tan necesaria para el tratamiento de la Sa--lud en una Comunidad, como para el tratamiento de un individuo.

Es evidente que los problemas de Salud que afectan a una comunidad guarda una relación muy íntima con su situación ambiental y con el grado de desarrollo económico social y cultural.

Para que el diagnóstico sea útil debe elaborarse con criterio y objetivos defi--nidos y debe ser integral. Además, debe incluir a toda la población y no sola--mente a una parte de ella.

Fases del Diagnóstico de Salud:

a) Sujeto:

Cuando se diagnóstica en Salud Pública, el sujeto puede ser el país, una re--gión o un grupo de población en una comunidad.

b) Los Daños

El método tradicional de medir la magnitud de un daño es por medio de su --contribución al total de defunciones por todas las causas.

A pesar de que esto es un problema de estudio, es programación, se puede me--dir la magnitud de un daño ponderando su influencia relativa sobre el total de muer--tes, su relación con grupos etareos y el total de defunciones por todas las causas --dentro de cada grupo.

Sintetizando en un marco práctico los principales aspectos y juzgar en cuanto a los daños se pueden enumerar:

I) Mortalidad: Número de defunciones enentre residentes del área en los últi--mos 5 o 10 años, distribuidos por causa y por grupos etareos en que fué distribuida la población.

II) Morbilidad:

A) Número de consultantes por cada establecimiento durante un número de tiempo consignado el diagnóstico de la consulta, la edad y la condición de consulta o reconsulta.

B) Número de egresos consignando el diagnóstico de egreso, la edad y tiempo de hospitalización.

C) Inventario de los recursos disponibles y de las acciones ejecutadas.

Los recursos de capital en Salud Pública están constituidos por todos los bienes durables en existencia y por los inventarios, comprende concretamente los edificios, acueductos, equipos de labor y transportes, las existencias de medicinas y otros materiales. Por otra parte es necesario contar con información acerca del costo de los recursos de operación o funcionamiento, empleados cada año. El inventario de las acciones realizadas debe efectuarse en términos adecuados para permitir su análisis posterior.

Deberán realizarse por unidades ejecutivas o áreas de acción así:

Hospitales

Unidades Sanitarias

Centros de Salud

Puestos de Salud, etc.

d) Costos de las distintas acciones:

Cada acción a realizarse debe programarse de acuerdo con cálculos, empleando técnicas distintas para cada tipo de acción. Así, son diferentes las acciones de reparación para mejorar o recuperar la salud de los individuos afectados que soliciten los servicios respectivos. Al programar debe procurarse la reducción a un mínimo de costo por caso y evaluar el monto según el momento actual. Este tipo de acción se logra a base de encamamiento o sea hospitalización o en consulta externa, y la acción de prevención que incluye aquellas enfermedades capaces de producir daño, pero que pueden ser reducidas a base de programas de prevención.

El costo de una persona protegida es el cociente de dividir el costo total de las acciones ejercidas contra un daño, por el número de personas protegidas.

e) La Población:

Se deberá determinar el número total de habitantes y su distribución por edad, de acuerdo con las estimaciones de población que se hagan para los años posteriores al caso.

f) El Medio Ambiente:

Si se conocen las características de la población del área local a programar debe describirse el medio ambiente, por la influencia que puede tener sobre la salud de sus pobladores. En este sentido los principales aspectos a juzgar son:

1. - Estado de las viviendas: Número de viviendas, previa aceptación y definición del término vivienda, salubridad, hacinamiento, etc.

2.- Abastecimiento de Agua: La calidad del agua, es un factor incidente directo en la salud de un pueblo, para analizar el agua debe partirse si es o no potable, red de distribución, recolección, fuentes, etc., y el análisis propiamente de sus características físicas, químicas y bacteriológicas.

3.- Disposición de excretas: En este sentido la información que interesa conocer es el número de viviendas con sus respectivos habitantes que cuentan con un sistema satisfactorio para la eliminación de excretas ya sea un sistema de drenajes, foso séptico o letrina sanitaria.

4.- Alimentos: Factor muy importante también en la salud de una comunidad son sus alimentos. Desde un punto de vista sanitario, los datos a juzgar son: establecimiento de producción, almacenamiento y expendio. Por ejemplo, hortalizas, mataderos, lecherías, carnicerías, restaurant, mercados, etc.

5.- Basuras: Es indispensable conocer el número de viviendas que tienen servicio de recolección de basura y la frecuencia con que ésta se realiza, además, la forma como se dispone en la localidad de las basuras recolectadas, ya sea incineración, basureros, rellenos, etc.

6.- Vectores: De acuerdo con la prevalencia, debe investigarse la existencia de vectores potenciales de ciertas enfermedades como la malaria, oncocercosis enfermedad de Chagas, equistosomiasis, etc. La investigación debe hacerse en forma rutinaria y determinar el tipo de vector existente e índices de densidad.

7.- Industrias: En este aspecto únicamente vale la pena investigar las condicio-

nes de trabajo de los obreros, la recolección de excretas y productos de deshecho de las fábricas, que pueden afectar la salud de los trabajadores o de la población en general.

8.- Escuelas: Es importante conocer el número de escuelas, su distribución, número de alumnos, estado higiénico de los locales y de la población escolar que cubren.

g) Explicación de la situación de Salud: Por último en la Programación en Salud, luego de hacer el diagnóstico debe procurarse la explicación de dicha situación a la luz de la influencia que ejercen sobre ella los factores condicionantes.

C) EXPERIENCIA DE UNA PRACTICA RURAL:

Cumpliendo con una de las fases finales de la práctica del Internado Rotatorio el 3 de Diciembre de 1969, inicié los meses correspondientes en el área Rural. Según distribución previa, me correspondió realizar mis labores en el Municipio de Zaragoza, Chimaltenango.

Según información recibida, antes de llegar a mi destino, los pobladores de Zaragoza era apáticos, y habían manifestado falta de interés en las actividades que en forma irregular se habían desarrollado en la Clínica de Salud, a pesar de esto y del temor que prevalecía en mí al enfrentarme ante una comunidad extraña, ignorando la actitud que iban a manifestar respecto a mi labor, el entusiasmo, la fe en mis ideales y ante todo, la seguridad de que en alguna forma podría aportar beneficios para el mejor desarrollo de dicha comunidad, me alentaron a iniciar mis labores dispuesto a poner en ellas toda la dedicación y el esfuerzo que fueran necesarios. Después de ciertos análisis y estudios surgió la idea de preparar un proyecto de un Plan de Salud para Zaragoza.

La idea de falta de interés y colaboración se desvaneció rápidamente al observar la recepción cordial, las atenciones y grandes satisfacciones que recaba a cada paso, los pobladores de Zaragoza colaboraron en forma espontánea y fueron factor principal de los logros alcanzados en mi estadía entre ellos.

Es pues para mí, una satisfacción el exponer que la respuesta positiva a los aspectos de las actividades realizadas fueron exitosas, incluso los estudios de un

Plan de Salud quedaron iniciadas en cierta forma, de manera tal, que al poco tiempo ya se podían evaluar los resultados que desde ya, son positivos.

A continuación las actividades desarrolladas durante mi permanencia, en orden de importancia, contando con la colaboración de los pobladores, quienes siguieron mis indicaciones no sólo en el campo de mi especialidad sino que en toda clase de sugerencias, las cuales llevan el mejor deseo por la superación de problemas y situaciones que presentaron a lo largo de mi labor.

Con el fin de atraer a la Comunidad hacia el Centro de Salud y hacia las actividades derivadas de la misma asistencia a ellas, como saneamiento ambiental, pláticas sobre higiene, etc. tratando al mismo tiempo, atraer a las autoridades para lograr su colaboración, se efectuaron actividades promocionales así:

- 1.) Planificación de actividades con los miembros de Acción Conjunta.
- 2.) Plática a un grupo de 200 madres, en la que les hablé de temas de salud, convenciéndolas para que utilizaran los servicios de salud que tenía propuestos realizar.
- 3.) Reunión con los miembros del Comité de Salud ya existente y que a esa fecha se hallaba formado solamente por Presidente y Tesorera, debido a que el resto de ellos eran Maestros y se encontraban de vacaciones, por esta razón no se pudo iniciar alguna planificación el mes de diciembre.
- 4.) Plática con el Director General del Programa de Desarrollo de la Comunidad, con el Gobernador Departamental, con el Cura Párroco de la Comunidad y otras

autoridades, para exponerles el Plan de Trabajo, recibiendo de parte de ellos la promesa de ayuda en la realización del mismo, estímulo moral que fue altamente apreciado.

- 5.) Reintegración del Comité Pro-Salud.
- 6.) Presentación del Plan General de Trabajo al Comité
- 7.) Iniciación de Sesiones de trabajo, cinco en total
- 8.) Actividades pro-obtención de un lote para la construcción de un Puesto de Salud, las cuales fueron fructíferas en el sentido de que ya se cuenta con el terreno para la instalación de la clínica y el cual fue donado por el Sr. José Luis Figueroa Argueta.
- 9.) Promoción de Salud en la Aldea Joya Grande
- 10) Recaudación de fondos a beneficio del Puesto de Salud, la cual fué realizada por el Comité, el cual estaba integrado por las siguientes personas:

Presidente:	Tránsito Jerez Alcántara
Secretario	Francisco Girón Marroquín
Tesorera	Antonia Girón
Vocal I.	Roberto de León
Vocal II.	Mercedes v. de Santizo

Este grupo se interesó sinceramente en los problemas de su Comunidad, reaccionando en forma espontánea, con actividad y entusiasmo encomiables, dispuestos en todo momento a trabajar en beneficio de sus vecinos, por lo -

que me es muy grato dejar constancia de su alto espíritu de colaboración, de su nobleza de ideales y sentimientos, lo que les impulsa a sacar adelante todas las actividades que se proponen, deseando que lleven adelante todos los planes que han estado elaborando.

El trabajo clínico asistencia se realizó en la Clínica PUMAR, ya que reunía las mejores condiciones y por contar con la colaboración de la Tesorera del Comité, Señorita Antonia Girón, propietaria de la vivienda donde está instalada la clínica, y que además, me prestara su ayuda con dedicación y empeño en lo relativo a labores de enfermería, poniendo de manifiesto sus conocimientos y buena voluntad en el desempeño de las mismas.

La recepción de pacientes en el inicio de las labores, es decir en el mes de diciembre se efectuó sin horario establecido, implantándose un horario a mediados del mes de enero, en virtud de la dificultad de habitar a los pacientes en dicho sistema.

Es importante dejar constar de que las personas atendidas seguían fielmente las indicaciones que se les dictaban con respecto a su tratamiento y en los casos que se citaron a reconsultas todos los citados se presentaron a las mismas.

La clínica funcionaba de 8:00 a 12:00 A. M. y de 14:00 a 16:00 P. M. de lunes a viernes únicamente en la mañana.

Las consultas por enfermedad se cobraban a Q.0.50 y el dinero recaudado era manejado por el Comité. Se exoneraban de pago los casos que lo ameritaran, se-

gún la opinión del Presidente o de la Tesorera, quienes se basaban en las referencias que tenían acerca de los habitantes de la Comunidad.

Los casos de niños y adultos que ameritaban evaluación, eran encuestados y evaluados por la Señora Nutricionista, Frida de Díaz, quien cumplía su labor en forma eficiente y ponderada, convirtiéndose en valiosa e insustituible colaboradora, tanto en las actividades promocionales realizadas, como en las labores a su cargo, trabajamos en estrecha colaboración logrando que los éxitos y triunfos alcanzados se deban a su espontánea y dedicada actitud gran parte de los logros finales. En esta forma se realizó una silenciosa y efectiva labor en el aspecto nutricional de tan difícil aceptación en nuestro medio, logros que no podrán evaluarse a corto plazo, y cuya huella es de gran importancia.

Cumpliendo con el importante aspecto educativo de la población, se realizaron las siguientes actividades:

1. - Plática sobre higiene personal, con énfasis en higiene oral, con asistencia de 200 madres.
2. - Curso de Hipodermia a grupo juvenil de señoritas. Asistieron 14. Evaluación Oral con resultados satisfactorios.
3. - Se creó un plan de pláticas, conferencias y mesas redondas para los Maestros, se les presentó y fue aceptado. Dicho plan fue elaborado con la colaboración de la señora de Díaz, Nutricionista, ya que incluye temas de nutrición y -

salud, no se ha puesto en marcha debido a que está pendiente la asignación cronológica de los temas por los maestros según su programación y Plan general de actividades escolares.

2. - Se inició la clínica escolar habiendo sido cubiertos 27 alumnos de primer grado, llenándose su ficha escolar con un examen físico completo.

PROYECCION AL AREA RURAL:

Se inició la cobertura en Salud de las áreas rurales.

Se seleccionó la aldea Joya Grande por varias razones, entre otras:

- a) Su cercanía y fácil acceso (6 kilómetros)
- b) Existía un Comité organizado
- c) Se contaba con la colaboración de los miembros de Acción Conjunta, -- quienes cubrían la aldea con otras actividades.

En esta oportunidad conté con la colaboración de la promotora bilingüe (español-Cakchiquel) Modesta Sac-Moloj, quien prestó su colaboración espontánea en mis relaciones con la Comunidad indígena, sirviendo de intérprete o ampliando en Cakchiquel tanto las charlas ofrecidas como el interrogatorio practicado, lo que obviamente facilitó grandemente mi labor dado mi completo desconocimiento de esa lengua.

Se reunieron dos grupos:

1. - De hombres con un total de 17, a los cuales se les dieron pláticas sobre: saneamiento ambiental, Salud-Higiene e infección.

2. - De mujeres, en total 38, a quienes se les impartió: Charlas sobre nutrición del niño en el primer año de vida, por la Nutricionista, Señora Frida de Díaz; charlas sobre Salud-Higiene e infección en los niños de 0 a 4 años.

Se dió consulta en el local de la escuela logrando que 50 casos fueran evaluados y tratados.

Deseo hacer constar que fue en esta Comunidad indígena donde logré las mayores satisfacciones de mi práctica, pues además de acogerme en forma muy favorable, las charlas fueron exitosas y sus pobladores respondieron con agradecimiento y sencillez a nuestra labor. El Comité organizado se comprometió a habilitar un local para fines clínicos.

El entusiasmo del Comité y la acogida amable del pueblo, además del análisis de sus condiciones de Salud fueron bases que me motivaron a realizar el presente trabajo para proporcionar un plan que mejore sus condiciones de Salud, esperando sea un pequeño aporte para el mejoramiento de las condiciones de vida de una porción de nuestro pueblo, al que asedian tantos problemas, tratando de que sea un estímulo para las generaciones futuras en las aulas de la Universidad.

IV. MATERIAL Y METODOS

Uno de los principales problemas de investigación es la falta de material adecuado para su estudio. Prevalciendo este factor sin embargo, en la realización de este trabajo, se contó con algunas fuentes de información con datos precisos algunas veces y otras con datos que daban lugar a dudas y falta de conclusiones. La fuente principal como material de investigación para la realización del presente trabajo fueron:

1. - Copia de Actas de la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas.
2. - Programa de Salud Rural de Chimaltenango (PROSA)
3. - Libro de Registro Civil de la Comunidad de Zaragoza.
4. - Encuesta Clínico Nutricional en Zaragoza realizada por los estudiantes de nutrición del INCAP radicados en Chimaltenango y asesorados por los Doctores William Vargas y Marina Cornejo de León, bajo la supervisión del Dr. Werner Ascoli.
5. - Censos de Población 1950 y 1964.
6. - Normas de Salud de la Dirección General de Servicios de Salud.

V. UN PLAN DE SALUD PARA LA COMUNIDAD DE ZARAGOZA

a) Explicación del nivel de salud:

Para proponer un Plan de Salud que beneficie a la Comunidad de Zaragoza es necesario conocer cuales son los problemas de Salud que la afectan.

Aunque reconozco que la calidad de las estadísticas deja mucho que desear, ésta es la única forma de valorar la magnitud de cada uno de los problemas, por lo tanto se presentarán y analizarán los datos obtenidos del Registro Civil de Zaragoza, dentro de los 10 últimos años en relación a la mortalidad.

Se complementarán estos datos con los resultados de la Encuesta Clínico - Nutricional realizada por el PROSA el año de 1969.

MORTALIDAD:

Para el estudio de mortalidad se emplearon los indicadores más comúnmente usados en Salud Pública.

MORTALIDAD GENERAL:

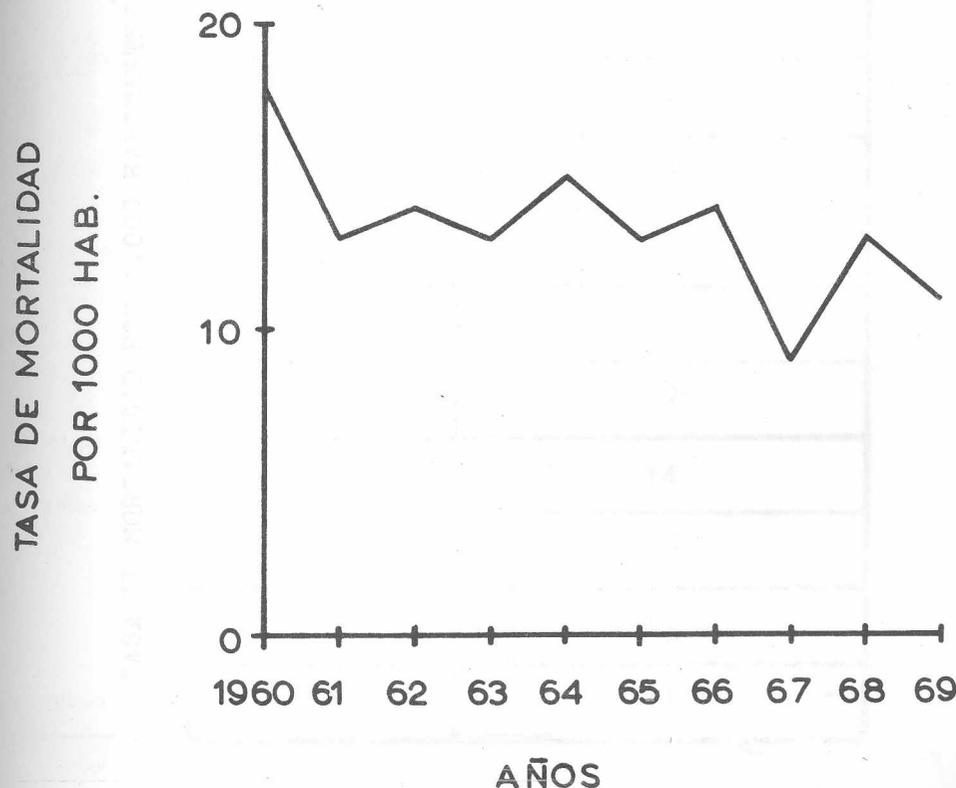
En la tabla y Gráfica se muestran las tasas de mortalidad General de los años 1960 a 1969; se observa que aunque existe tendencia a disminuir aún permanece alta.

MORTALIDAD INFANTIL:

La tasa de mortalidad Infantil es uno de los mejores indicadores para medir las condiciones de salud de un área determinada. En Zaragoza durante el decenio 1960-1969, se puede observar según la Tabla y Gráfica No. 2, algunas varia

TASA DE MORTALIDAD GENERAL EN ZARAGOZA MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO EN EL DECENIO 1960-1969

GRAFICA No. 1.



TASA DE MORTALIDAD GENERAL
EN ZARAGOZA
MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO
EN EL DECENIO 1960 - 1969

CUADRO No. 1.

A Ñ O	TASA DE MORTALIDAD GENERAL
1960	18
1961	13
1962	14
1963	13
1964	15
1965	13
1966	14
1967	9
1968	13
1969	11

TASA DE MORTALIDAD POR 1,000 HABITANTES

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

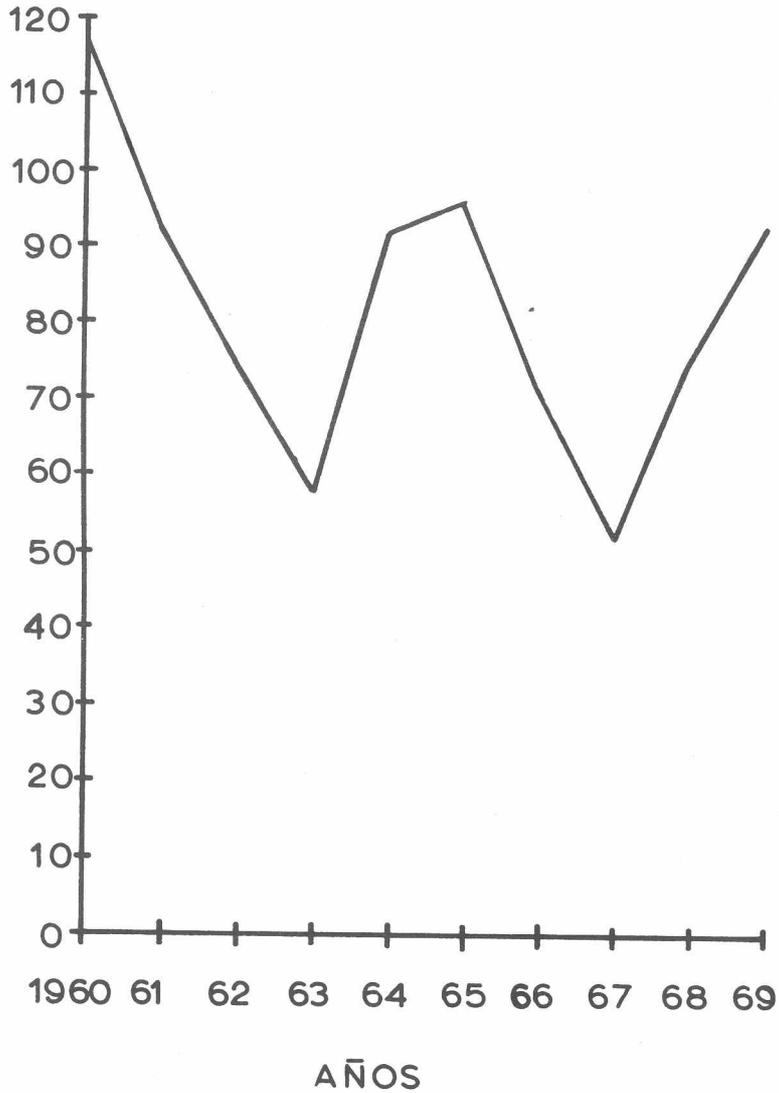
EN ZARAGOZA

MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO

EN EL DECENIO 1960-1969

GRAFICA No. 2.

TASA DE MORTALIDAD
POR 1000 NACIDOS VIVOS



TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
EN ZARAGOZA
MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO
EN EL DECENIO 1960 - 1969

CUADRO No. 2.

A Ñ O	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
1960	118
1961	93
1962	75
1963	58
1964	92
1965	96
1966	72
1967	52
1968	75
1969	93

TASA DE MORTALIDAD POR MIL NACIDOS VIVOS

ciones en la magnitud de dicha tasa, pero en general permanece en niveles tremendamente elevados, sobre todo, si las comparamos con las tasas de mortalidad Infantil de Zaragoza para el año de 1960 es más elevada que la del Municipio de Chimaltenango y que la del país en general.

Si analizamos los componentes más importantes de la tasa de mortalidad Infantil; mortalidad neonatal e infantil tardía, observamos en la Gráfica No. 3 que ambos son muy altos lo cual puede hacernos pensar en problemas de falta de atención pre-natal y del parto, que repercuten sobre el niño, así como falta de atención del recién nacido. Además, la agresión del ambiente desfavorable a que se ven sometidos los niños desde muy temprana edad.

MORTALIDAD DE 1 A 4 AÑOS:

De acuerdo con los datos que presento en la Tabla y Gráfica No. 4, las tasas de mortalidad del Grupo de 1 a 4 años, aunque con algunas variaciones permanecen elevadas; siendo en algunos años tan alta como 10 veces la que se presenta en áreas de mayor desarrollo.

En el país la tasa de mortalidad de 1 a 4 años es una de las más altas del mundo. Las causas de esta alta tasa de mortalidad se ha demostrado que están relacionadas en forma directa con problemas de deficiencia nutricional.

MORTALIDAD MATERNA:

el hecho de que en los 10 años estudiados sólo

cirse que el Registro de muertes de este tipo de defunciones es deficiente, ya que las condiciones del lugar y la falta de recursos son problemas muy serios.

MORTALIDAD POR CAUSAS:

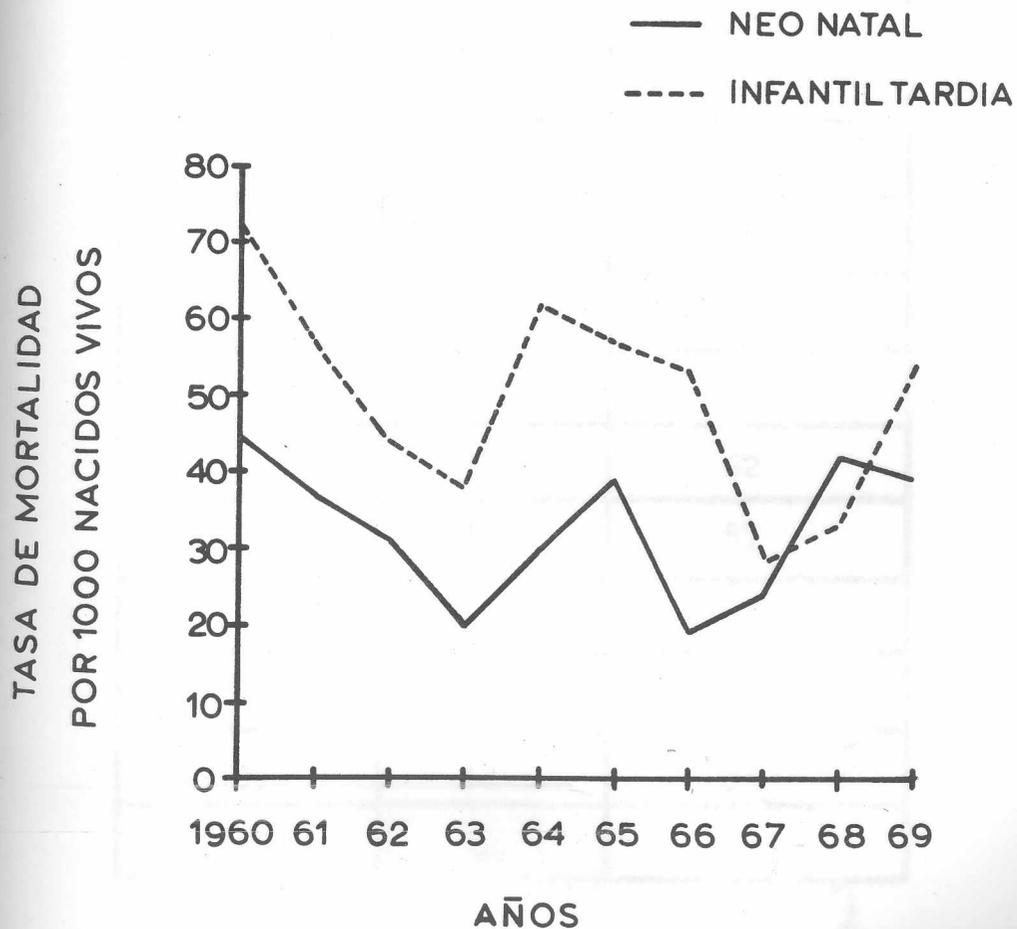
Debido a que la información o certificación de la muerte es proporcionada por personas tales como parientes, Alcaldes Auxiliares o Vecinos, la calidad del diagnóstico es mala.

Sin embargo, y en base a un estudio efectuado por el Dr. Werner Ascoli y colaboradores () del INCAP es posible agrupar las causas existentes en los registros civiles del área rural, en un grupo de diagnósticos que incluyen las enfermedades más frecuentes causantes de mortalidad en nuestro país. Esta interpretación es especialmente válida para los niños menores de cinco años.

En el cuadro No. 5 se presentan ya agrupadas las causas de muerte para el Municipio de Zaragoza, durante el decenio 1960-1969, basado en los criterios del estudio del Dr. Ascoli. Como puede observarse las enfermedades infecciosas, especialmente respiratorias y gastrointestinales, ocupan el porcentaje mayor del total de muertes para cada año, también aparecen como causas importantes la Tos Ferina y el Sarampión. En el rubro de "OTRAS" se incluyen una serie de causas aún no clasificadas en grupo específico de diagnóstico, tales como: Ojo, epilepsia, infección, tumores, parálisis, ataque cardíaco, diabetes, paludismo, eclipsado, inanición e hinchazón, con referencia a las últimas tres citadas, existen registrados gran número de casos y se considera que -

TASA DE MORTALIDAD
NEO NATAL E INFANTIL TARDIA
EN ZARAGOZA
MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO
EN EL DECENIO 1960-1969

GRAFICA No. 3.



TASA DE MORTALIDAD NEO NATAL E INFANTIL TARDIA

EN ZARAGOZA

MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO

EN EL DECENIO 1960 - 1969

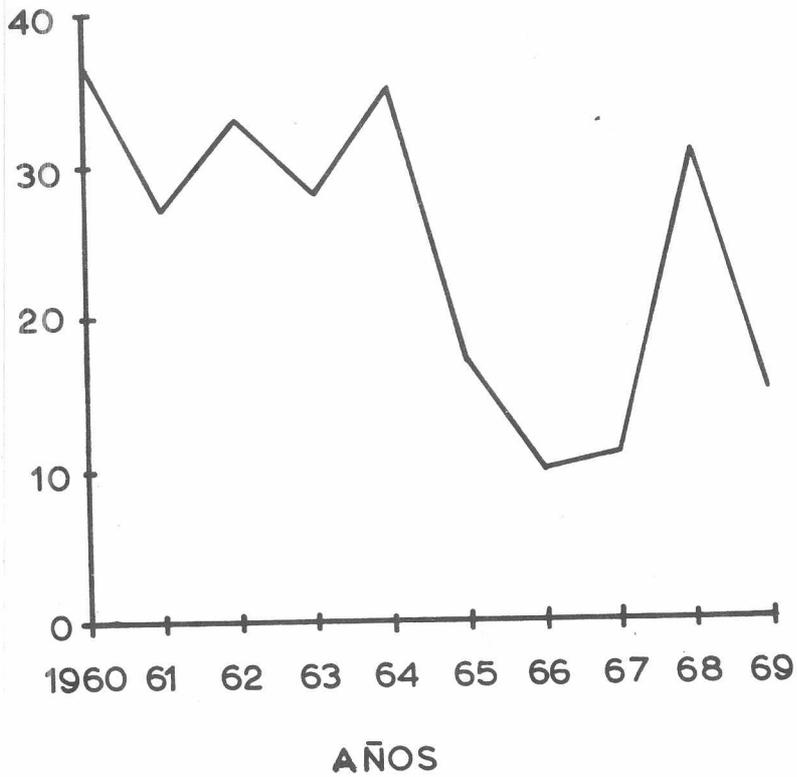
CUADRO No. 3.

A Ñ O	MORTALIDAD NEO NATAL	MORTALIDAD INFANTIL TARDIA
1960	45	73
1961	37	56
1962	31	44
1963	20	38
1964	30	62
1965	39	57
1966	19	53
1967	24	28
1968	42	33
1969	39	54

TASA DE MORTALIDAD DE 1 A 4 AÑOS
EN ZARAGOZA
MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO
EN EL DECENIO 1960-1969

GRAFICA No. 4.

TASA DE MORTALIDAD
POR 1000 HAB. DE 1 A 4 AÑOS



TASA DE MORTALIDAD DE 1 A 4 AÑOS
 EN ZARAGOZA
 MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO
 EN EL DECENIO 1960 - 1969

CUADRO No. 4.

TASA DE MORTALIDAD POR 1,000 HABITANTES DE 1 a 4 AÑOS

A Ñ O	TASA DE MORTALIDAD DE 1 A 4 AÑOS
1960	37
1961	27
1962	32
1963	28
1964	35
1965	17
1966	10
1967	11
1968	31
1969	15

CAUSAS DE DEFUNCION
 EN ZARAGOZA
 MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO
 EN EL DECENIO 1960 - 1969
 CIFRAS ABSOLUTAS POR AÑO

AÑO	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	ENFERMEDADES GASTRO INTESTINALES	TOS FERINA	SARAMPION	OTRAS	TOTAL
1960	38	17	6	4	29	94
1961	29	12	5	5	17	68
1962	30	11	5	2	26	74
1963	22	12	1	4	33	72
1964	28	18	6	16	16	84
1965	34	12	0	2	30	78
1966	42	6	0	4	30	82
1967	23	7	0	0	26	56
1968	30	9	3	3	48	93
1969	37	12	5	2	18	74
TOTA- LES	313	116	31	42	273	775

CUADRO No. 5.

niños fallecidos y declarados como "por hinchazón" posiblemente sean casos de -
desnutrición, pero se carece de base para tal afirmación.

Es importante hacer énfasis que el diagnóstico de desnutrición sólo apareció
en el caso de un niño que falleció en el Hospital Regional de Antigua Guatema-
la. No obstante, es posible inferir que esta es una de las causas más frecuentes
de mortalidad, si tenemos en cuenta la alta tasa de mortalidad en los niños de 1
a 4 años y la alta letalidad por sarampión en la Comunidad de Zaragoza, que en -
niños bien nutridos, es baja.

MORBILIDAD:

Tomando en cuenta los resultados de la encuesta realizada en Zaragoza en -
Noviembre de 1969, por estudiantes del INCAP, Universidad de San Carlos, a--
lumnos de la Facultad de Medicina y Médicos del Curso de Post-Grado, Facultad
de Medicina INCAP, el problema de Desnutrición proteico calórica en los niños
menores de 4 años es bastante elevado.

El examen físico y el análisis bioquímico demuestra la existencia de hipovita-
minosis "A" (13)

Existe una marcada deficiencia de Riboflavina.

Además de lo anterior, durante el corto tiempo que tuve la oportunidad de
permanecer en el Municipio de Zaragoza, pude observar que la mayoría de perso-
nas que demandaron los servicios del puesto de salud fueron niños y padeciendo en
fermedades infecciosas, especialmente respiratorias y gastro intestinales; así como

desnutrición proteica calórica incluyendo una familia completa.

b) DESCRIPCION FISICA DE LA COMUNIDAD DE ZARAGOZA:

Zaragoza es uno de los 16 municipios en que se divide políticamente el Departamento de Chimaltenango. Situado a 64 Kilómetros de la Capital y a 12 de la Cabecera de Chimaltenango en dirección noroeste.

CLIMA: Fresco y confortable, con un promedio de temperatura de 18.7°C, -- presenta dos estaciones. Una fría de noviembre a febrero y otra cálida que -- comprende el resto del año.

ACCESO: Se conecta con la carretera Panamericana por dos caminos en el Km 62 y 64, ambos transitables en todo tiempo y con longitud aproximada de dos - kilómetros. Por razones de inclinación, el más utilizado es el primero de ellos, que conecta pasando a través de Zaragoza con el Municipio de Comalapa. (ver Gráfica No. 5).

TOPOGRAFIA Y URBANIZACION: El poblado, cabecera Municipal, tiene la - forma oblonga y está rodeado por valler y laderas (11). La Sierra Madre en su re - corrido de Este a Oeste, forma algunos picos montañosos. La región norte de la comunidad la riega un pequeño riachuelo.

DIVISION: El Municipio de Zaragoza se divide de la siguiente ma nera

- a) Cabecera Municipal
- b) Aldeas que la rodean. La principal es Joya Grande, siguiendola en impor tancia: Rincón Grande, Rincón Chiquito, y las Lomas.

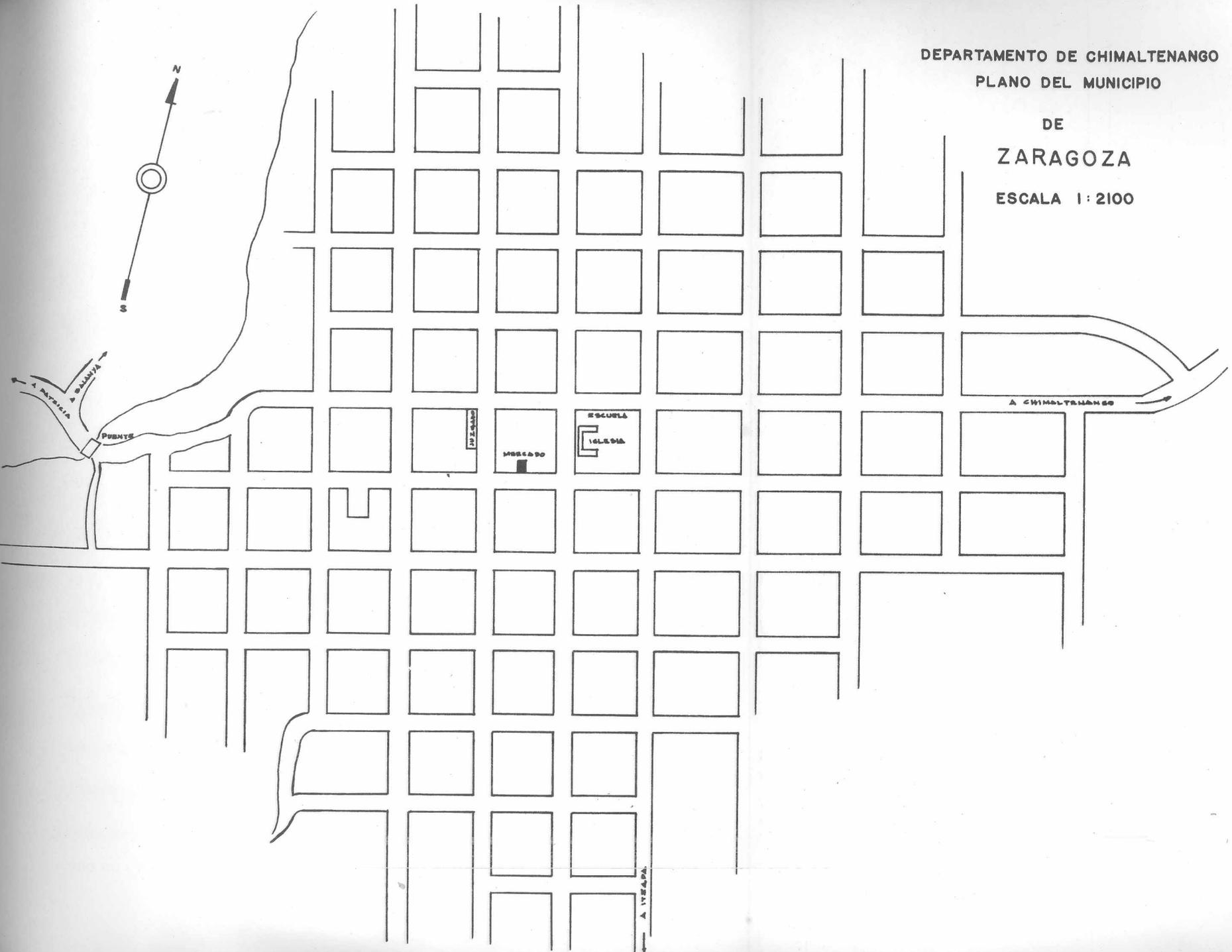
DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

PLANO DEL MUNICIPIO

DE

ZARAGOZA

ESCALA 1 : 2100



GOBIERNO: El Alcalde es la principal autoridad, siendo de tipo Municipal, éste es el encargado de cumplir con todas las obligaciones inherentes a su cargo. Las aldeas se rigen por medio de un Alcalde Auxiliar, quien depende directamente del Alcalde del Municipio. La Cabecera Municipal se divide a su vez en cuatro cantones, a saber: Cantón Central, Cantón Salitre, Cantón La Cruz y Cantón Las Tunas.

EDIFICIOS PUBLICOS:

1. - Alcaldía
2. - Escuela Nacional Mixta
3. - Escuela Nacional de Párvulos
4. - Oficina de Correos

Cuenta además, con un local de Acción Conjunta y una Iglesia de estilo Colonial. El resto de las casas están construídas con adobe, algunas de ellas están re-
pelladas. En su mayoría cuentan con techo de teja y unas pocas techo de lámina. En las zonas alejadas existen ranchos de vara con techo de paja.

RELIGION: La población es de creencias eminentemente católicas. Sin embargo, existen dos misiones protestantes, una mormona y una evangélica.

COMERCIOS: Existen varias tiendas pequeñas, un molina de Mixtamal, una sastreía, una venta de medicinas y un expendio de licor, no cantina.

C) FACTORES CONDICIONANTES:

Las malas condiciones de salud de la población de Zaragoza y sus aldeas, se producen debido a la influencia negativa de factores ambientales y socio-culturales.

Los principales aspectos observados en esa población en ese sentido son:

SANEAMIENTO AMBIENTAL:

AGUA: Tanto la población de Zaragoza como sus aldeas poseen agua, sin embargo, debido a que los tanques de distribución del agua no reúnen las condiciones sanitarias adecuadas, el agua, físicamente es aceptable, pero no así desde el punto de vista bacteriológico.

Además, se comprobó en la presente investigación, que solamente un 60% de las viviendas poseen instalaciones de agua potable. El resto hace uso de este líquido a través de las pilas públicas instaladas para este propósito.

VIVIENDAS: La mayoría de las viviendas son de adobe; algunas repelladas y dotadas de techo de teja y piso de barro. No obstante, en las afueras de la cabecera municipal y en las aldeas se observa un considerable número de ranchos pajizos con piso de tierra.

Asimismo, según el informe de la encuesta nutricional de Zaragoza, se comprueba que en un elevado porcentaje de la población, existe promiscuidad con animales domésticos.

DRENAJES Y LETRINAS: En este rubro se constataron datos sumamente deplorables, en virtud de que tanto en la cabecera Municipal de Zaragoza como en sus aldeas no existe instalación de drenajes y según los estudios del Programa de Desarrollo de la Comunidad, solamente un 32% de las viviendas poseen letrinas. De lo comprobado en los tres aspectos ya citados se deduce que la mayoría de la población vive en condiciones que no reúnen los requisitos sanitarios adecuados.

EDUCACION: Este aspecto será analizado desde varios puntos de vista dada la complejidad del problema. Desde el punto de vista de las escuelas que funcionan en el Municipio, señalamos que en la Cabecera Municipal existe una escuela de párvulos y una escuela dotada de seis grados de educación primaria, pero en las aldeas solamente existen escuelas elementales, con maestro único y en donde se atienden los tres primeros grados de la educación Primaria.

Por otra parte, según la encuesta clínico nutricional, el índice de escolaridad, en más del 60% de la población es menor de 0.5, el analfabetismo en los mayores de 15 años fue 46%. ()

ASPECTO ECONOMICO: La economía de la mayoría de los habitantes de Zaragoza está basada en la agricultura. Y esta actividad se circunscribe caso en la totalidad en un monocultivismo que es el maíz. La encuesta clínico nutricional a la que nos hemos venido refiriendo, aporta como datos concretos, los siguientes: --- "QUE LA MAYORIA DE FAMILIAS SUBSISTE CON UN INGRESO PER CAPITA DE 0-10 QUETZALES ANUALES Y ESTO EN PARTE A QUE EN ESA POBLACION SE OB

SERVA UNA VIDA DE DEPENDENCIA EN UN PORCENTAJE ALTO, YA QUE UNICAMENTE UN 36% TRABAJA (13)!"

ASPECTO CULTURAL: Desde el punto de vista de un Programa de Salud, el municipio del que nos venimos ocupando, plantea problemas de carácter lingüístico, ya que como es sabido, en la cabecera el 2% de la población es indígena, mientras que en las aldeas la proporción anterior se invierte ya que la población predominante es la indígena; así, en la población indígena la lengua predominante es la Cakchiquel, en tanto que en la población ladina es la Castellana.

Es necesario también, hacer referencia en este renglón cultural al hecho de que existen diferencias marcadas de ambos grupos, aún cuando por factores geográficos, económicos, etc., existan relaciones entre un grupo y otro.

La población de Zaragoza aporta un dato curioso e importante debido a la ausencia de curanderos o brujos, ya que no obstante, la crecida población indígena de las aldeas, no sólo no existen estos elementos, sino que, los habitantes son anuentes a aceptar las recomendaciones de un médico.

FACTOR DEMOGRAFICO: En Zaragoza, como en el resto de muestras comunidades rurales, la población es predominantemente joven y dependiente y tal como se observa en la Gráfica No. 6, (Pirámide de Población del año 1969), puede constatarse que el 48% de la población es menor de 15 años.

La presencia de un alto porcentaje de población infantil y pre-escolar, uni-

do a los problemas nutricionales, a las inadecuadas condiciones del ambiente, a las características socioculturales de la comunidad y a la falta de recursos médicos hacen que el 51% de las muertes ocurridas en el año 1969, fueran en menores de cinco años. Además en la población del mismo municipio, existen altas tasas de natalidad como pueden apreciarse en la tabla y gráfica No. 5, 6, y 7, lo cual da lugar a un crecimiento acelerado de la población que indudablemente va a agravar la actual situación en que se encuentra esta comunidad.

d) POLITICA DE SALUD:

Cuando hablamos de política de salud, nos referimos específicamente a la forma en que el gobierno del país o las autoridades locales han enfocado la solución de los problemas de salud del municipio de Zaragoza; por lo tanto, esta política se puede conocer a través de la asignación y utilización de los recursos de salud para resolver sus problemas.

Antes de iniciarse el programa de PROSA en Chimaltenango, existían en la comunidad dos programas:

El programa de Unidades Móviles de ALIANZA PARA EL PROGRESO (PUMAR) y el Programa de Desarrollo de la Comunidad. Ambos realizaron actividades en forma aislada, sin ninguna programación y coordinación entre sí. El médico de la unidad móvil, visitaba la comunidad una vez por semana, ofreciendo consultas durante dos horas; el personal de Acción Conjunta o Desarrollo de la Comunidad realiza algunas campañas de promoción de la salud y de vacunación y además

un programa de distribución de leche.

A partir del mes de diciembre de 1969, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos y la Escuela de Nutrición del INCAP, asignaron estudiantes para Zaragoza y desde esa fecha se ha tratado de coordinar las actividades del PROSA y las del DESARROLLO DE LA COMUNIDAD, habiéndose logrado algunos avances en este sentido.

Sin embargo, considero que es necesario un plan de salud que trate de mejorar las condiciones existentes utilizando al máximo los recursos de la población.

Actualmente existen en el municipio de Zaragoza los siguientes recursos de Salud:

1. - EDIFICIO: A la fecha no existe un edificio específico para el puesto de salud, pero puede ser aprovechado el local que ocupa la Clínica de la Unidad Móvil.

2. - EQUIPO: En la actualidad el equipo de la clínica es completamente insuficiente.

3. - PERSONAL: Para mejorar las condiciones y aplicar un programa de salud en Zaragoza, se cuenta con el siguiente personal:

Un estudiante de Medicina de ocho horas diarias y 1768 horas anuales.

Un estudiante de enfermería profesional de ocho horas diarias y 1768 horas anuales.

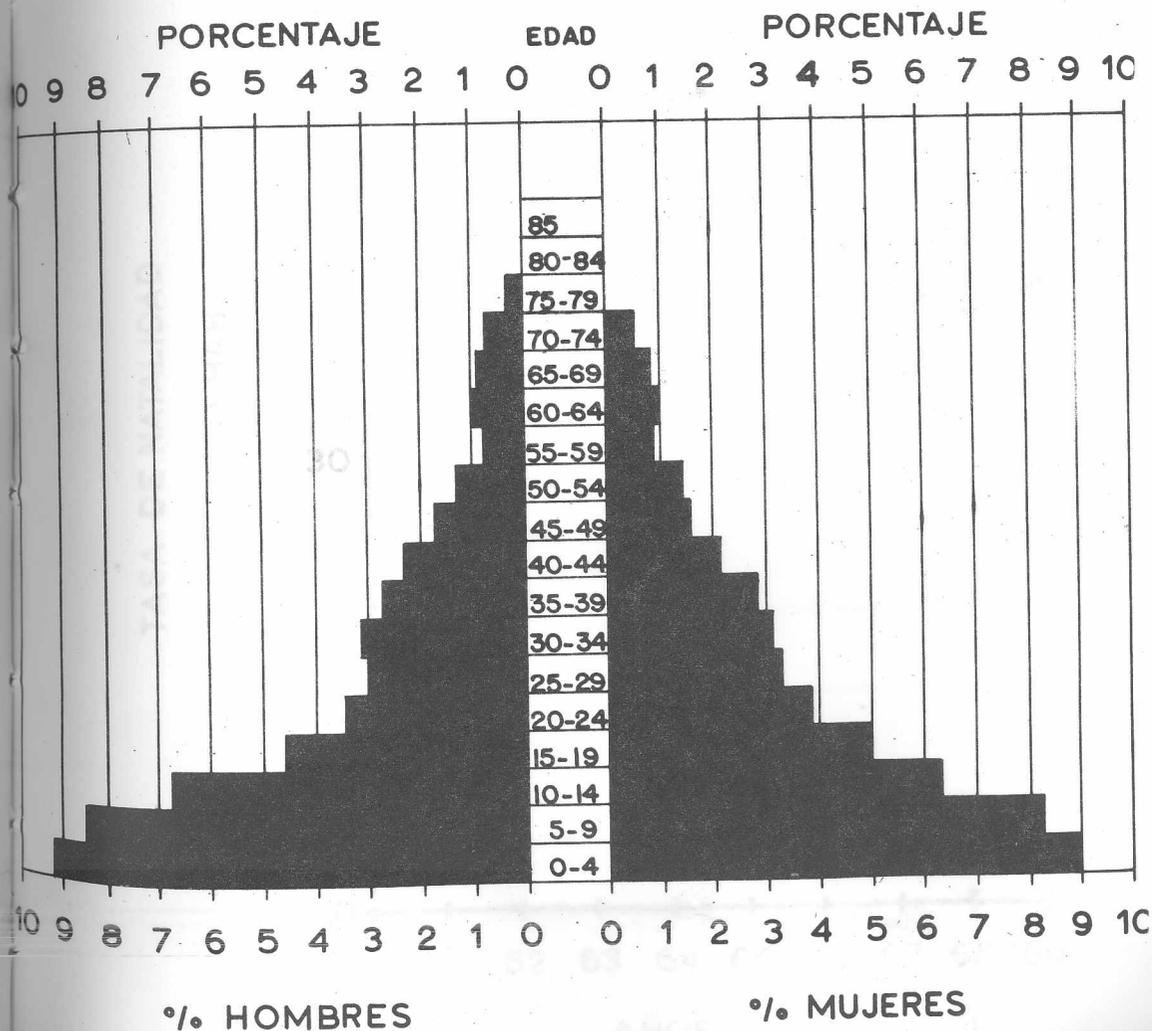
Un estudiante de nutrición de cuatro horas diarias y 884 horas anuales.

POBLACION POR EDAD Y SEXO EN ZARAGOZA

MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO

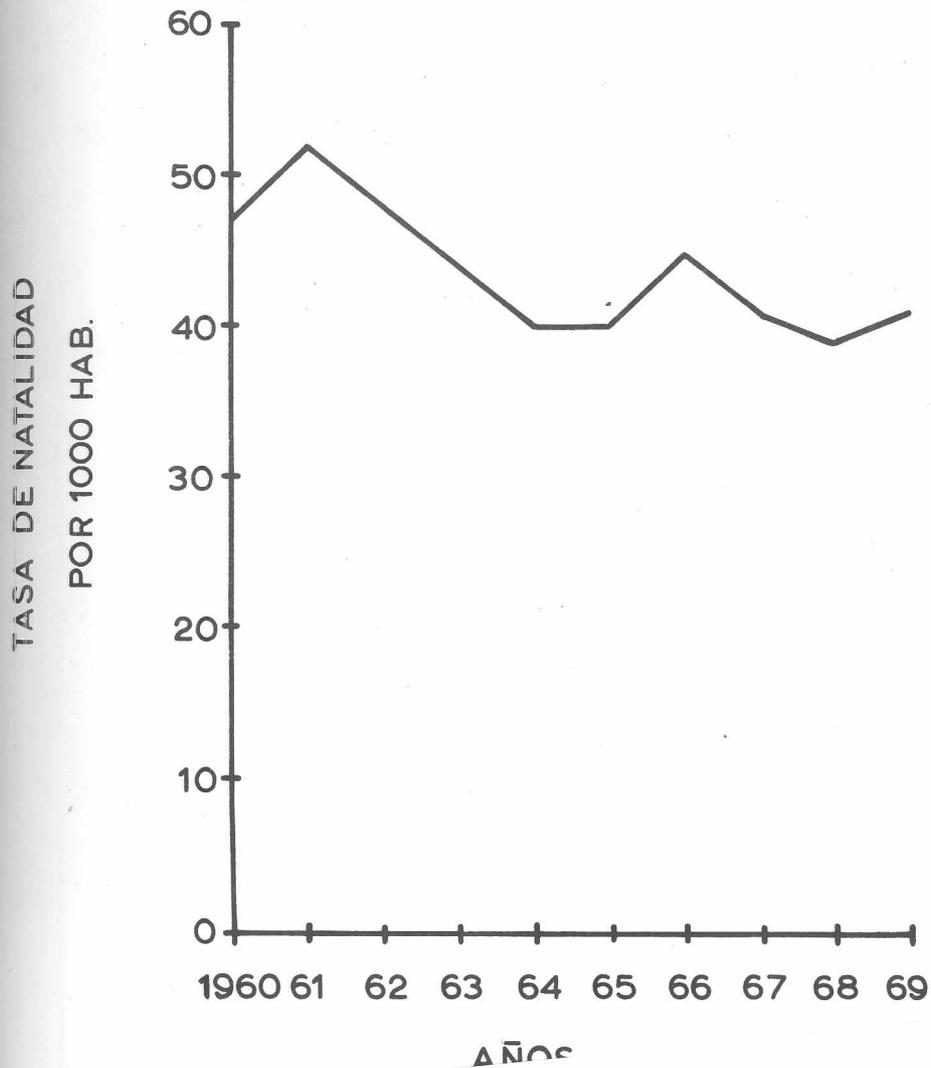
AÑO 1969 POBLACION TOTAL 6247 HAB.

GRAFICA No. 5.



TASA DE NATALIDAD
EN ZARAGOZA
MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO
EN EL DECENIO 1960-1969

GRAFICA No. 6



TASA DE NATALIDAD
EN ZARAGOZA
MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO
EN EL DECENIO 1960 - 1969

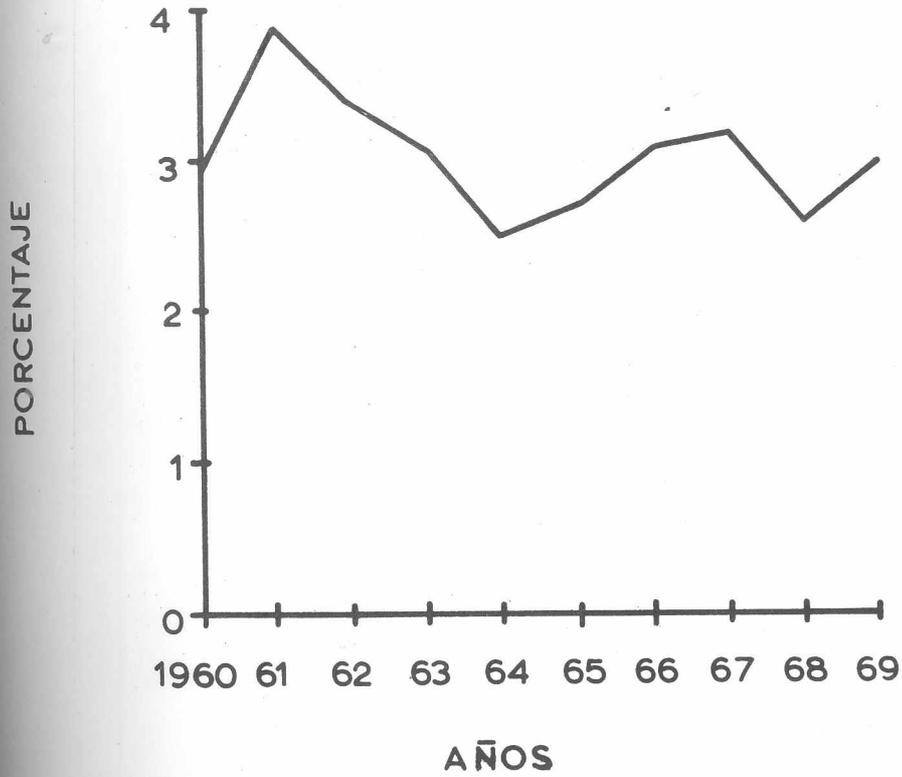
CUADRO No. 6

A Ñ O	TASA DE NATALIDAD
1960	47
1961	52
1962	48
1963	44
1964	40
1965	40
1966	45
1967	41
1968	39
1969	41

TASA DE NATALIDAD POR 1,000 HABITANTES

TASA DE CRECIMIENTO ANUAL
EN ZARAGOZA
MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO
EN EL DECENIO 1960 -1969

GRAFICA No. 7.



TASA DE CRECIMIENTO ANUAL
EN ZARAGOZA
MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO
EN EL DECENIO 1960 - 1969

CUADRO No. 7

A Ñ O	TASA DE CRECIMIENTO ANUAL
1960	2.9 %
1961	3.9 %
1962	3.4 %
1963	3.1 %
1964	2.5 %
1965	2.7 %
1966	3.1 %
1967	3.2 %
1968	2.6 %
1969	3.0 %

ESTIMACION DE LA POBLACION TOTAL

EN ZARAGOZA

MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO

EN EL DECENIO 1960 - 1969

SEGUN PROYECCIONES DE LOS CENSOS DE POBLACION

DE 1950 Y 1964

CUADRO No. 8.

A Ñ O	HOMBRES	MUJERES	POBLACION TOTAL
*960	2500	2473	4973
1961	2566	2545	5111
1962	2632	2621	5253
1963	2698	2697	5395
1964	2764	2773	5537
1965	2830	2849	5679
1966	2896	2925	5821
1967	2962	3001	5963
1968	3028	3077	6105
1969	3094	3153	6247

Una enfermera auxiliar de Acción Conjunta de ocho horas diarias y 1768 horas anuales.

Una promotora de Salud, voluntaria que da aproximadamente 4 horas diarias y 884 horas anuales.

CONCLUSIONES:

Los problemas de Salud de Zaragoza son:

1. - La mortalidad general es elevada, pero la mayor mortalidad se encuentra en los menores de 5 años (51% en 1969).
2. - Mortalidad Infantil, neonatal e infantil tardía muy elevada, lo mismo que la mortalidad infantil de 1 a 4 años.
3. - Las causas fundamentales: infección y desnutrición
4. - La Tos Ferina y el sarampión son causas importantes de mortalidad en los menores de 5 años.
5. - La población de menores de 5 años es elevada.
6. - Los servicios de salud existentes han sido insuficientes sin coordinación entre sí y nunca ha habido planificación de programas de acuerdo a las necesidades del área.
7. - No existe un sistema de control periódico de salud en las madres y niños.
8. - Los problemas de mal saneamiento ambiental no han sido enfrentados en forma adecuada.
9. - La llegada de estudiantes de nutrición ha dado inicio a un programa nutricional con bases más técnicas.

e) PLAN DE SALUD PARA EL MUNICIPIO DE ZARAGOZA

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL: Mejorar el nivel de salud de la población de Zaragoza a través de la promoción, protección y recuperación de sus pobladores.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. - Promover y proteger la salud de las madres embarazadas y de los niños, - mediante la educación para la salud y la nutrición, controles médicos periódicos y la aplicación de medidas preventivas al alcance según los recursos analizados.
2. - Ofrecer servicios de recuperación de la salud a las personas que las soliciten, mediante controles en la clínica o visitas domiciliares.
3. - Procurar medidas de prevención en enfermedades transmisibles, mediante campañas de vacunación en grupos etareos que según estudios son las más vulnerables.
4. - Procurar mejorar las condiciones sanitarias ambientales de Zaragoza.
5. - Ofrecer servicios de recuperación nutricional en los casos que lo ameriten según diagnóstico previo.

TIPO DE PLAN: Por su condición geográfica y área de acción el Plan será de tipo local.

TIEMPO: La duración del Plan será de una año, el año 1971.

SUJETO DE ACCION: En el presente plan se propone cubrir a la población me-

nor de cinco años especialmente, con énfasis en la población infantil, pre-escolar y el grupo materno.

METAS PARA 1971:

Para la fijación de metas en cada uno de los Programas se tomarán en cuenta los aspectos siguientes:

1. - Problemas de Salud y prioridades dentro de los mismos.
2. - Recursos disponibles
3. - Normas de la Dirección General de Servicios de Salud.

ESTIMACION DE LA POBLACION: De acuerdo con las normas de la Dirección de Salud, para fijar metas hay que estimar la población durante el tiempo en que se propone realizar el plan; en tal virtud para 1971 y de acuerdo con las proyecciones del censo de 1964 se pudo estimar para el municipio de Zaragoza la siguiente población que como sujeto de acción será cubierto por el Plan:

POBLACION TOTAL PARA 1971: 6893 habitantes

POBLACION DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO	311
POBLACION DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS	836
POBLACION DE MADRES EMBARAZADAS	300

De acuerdo con las estimaciones anteriores las metas perseguidas serán determinadas específicamente en cada uno de los programas que a continuación se describen:

A - Programa Materno Infantil

- MATERNO

Control Prenatal

Atención del Parto

Control Post-Natal

Orientación Familiar

- INFANTIL:

Atención del niño sano menor de 1 año

Atención del niño sano de 1 a 4 años

PROPOSITOS:

- a) Contribuir a mejorar la salud en la comunidad de Zaragoza, mediante la atención médica suficiente, eficiente, oportuna y económica de las embarazadas.
- b) Contribuir a mejorar la salud física y mental de la embarazada durante el control de la gestación y el puerperio.
- c) Procurar porque el mayor número partos se realicen de una manera normal, disminuir la morbilidad y letalidad, tanto de la madre como del recién nacido.
- d) Contribuir a la Salud del niño en su primer año de vida.
- e) Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil.
- f) Procurar porque el niño pre-escolar no presente trastornos en su desarrollo y crecimiento.

La consulta Prenatal comprenderá:

Registro

Historia

Examen Médico General

Exámenes de Laboratorio

Número de consultas 5 prenatales

Atención del Parto: se referirán pacientes en trabajo de parto a la maternidad de Chimaltenango, con un resumen de su historia y de sus controles, los casos que por su condición ameriten, serán atendidos por el médico en Zaragoza.

Consulta post-natal, 6 semanas después del parto.

METAS:

Se emplearán del tiempo total el 25% de horas de trabajo a la atención pre-natal y post-natal de la siguiente forma:

Nivel medio (70%) de las madres embarazadas = 210

Tiempo total para su control durante el año = 210

Participando en su atención:

Médico 220 horas

Estudiante de enfermería 210 horas

Auxiliar de enfermería 210 horas

El control del niño menor de un año incluye:

Registro

Inscripción

Historia Clínica

Examen Físico

El número de Control es en niños menores de 1 año, será 1 cada mes o -- sean 11 controles anuales.

Para dicho control se emplearán, por su importancia, el 25% de los recursos distribuidos así:

Niños menores de 1 año	311
Nivel útil (70%) a cubrir	220
Tiempo total destinado	25%
Número de horas empleadas	442
Total anual horas médico	442
Total anual horas enfermera	442

El control del niño sano de 1 a 4 años incluye:

Registro de Inscripción

Atención de enfermería

Historia Clínica

Examen Físico

Educación en Salud e inmunizaciones

El número de control se procurará 1 cada 6 meses o sean un total de 8 --

para niños de 1 a 4 años.

Para dicho control se empleará un 20% del tiempo total así:

Niños menores de 1 a 4 años	836
Nivel mínima a cubrir (40%)	334

Tiempo total anual destinado	354 horas
Total anual de horas médico	354
Total anual horas enfermera	354

PROGRAMA DE PROMOCION, EDUCACION Y RECUPERACION NUTRICIONAL:

Será efectuada por la Señorita estudiante de Nutrición según planes y programas establecidos por el INCAP, en coordinación con los programas que para el estudiante de Medicina, determine la Facultad de Ciencias Médicas. El total de tiempo empleado será de 884 horas anuales.

PROGRAMA DE CONSULTA EXTERNA (RECUPERACION DE LA SALUD)

Este se llevará a cabo en la Clínica del Puesto de Salud según Horario especial y tratará de llevar a cabo en los pacientes que así lo soliciten. Tienen como propósitos:

1. - Cubrir la población en atención para la recuperación de la Salud.
2. - Habituarse a la población al uso de los servicios de salud.
3. - Proporcionar atención médica de los casos activos, para no descuidar a la población en afecciones que puedan minar su condición normal

En Consulta Externa:

1. - Registro de Pacientes
2. - Historia Clínica
3. - Exámen Médico
4. - Tratamiento
5. - Referencia de pacientes a Centros Hospitalarios para su estudio o tratamiento

según el caso lo amerite.

6. - Emergencias

7. - Curaciones

8. - Tratamientos, como hipodermia, etc.

Para cumplir con dicho programa se propone emplear por parte del médico y de la estudiante de enfermería el 20% del tiempo total anual o sean 353 horas y por parte de la Auxiliar de enfermería el 25% o sean 442 horas.

OTROS PROGRAMAS: Tomando en consideración que un Plan de Salud debe tomar en cuenta que no sólo los niveles de curación y prevención debe cumplirse se ha considerado que mientras dure el presente plan se dará también atención a programas que tiendan a mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones directas, que persigan el mejoramiento de la comunidad.

En tal virtud 10% del tiempo total anual del horario-trabajo del médico se destinarán a este tipo de actividades o sean 176 horas. Es preciso hacer notar que este tipo de programas tiene que coordinarse con las de otras instituciones o dependencias que tienen atribuciones específicas, para tales fines.

Entre estas actividades se incluirán para 1971:

PROGRAMA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL:

1. - Programa de Letrinización

2. - Controles de la pureza del agua

3. - Evitar la polución del aire

4. - Evitar contaminación del agua

5. - Disposición adecuada de la basura

6. - Controles y eliminar los vectores

7. - Control de los alimentos (condiciones higienicas)

Las normas y metas de este programa, no se determinarán pues provienen del nivel central.

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD:

PROPOSITOS:

1. - Incrementar los conocimientos básicos para la conservación de la salud.
2. - Estimular a través de labor educativa la valoración de los recursos y de la disponibilidad de medios de subsistencia.
3. - Estimular la actividad de grupos
4. - Mejorar las condiciones higiénicas de vida de los pobladores
5. - Modificar o encauzar los hábitos y costumbres que puedan dañar a sus pobladores en malas condiciones de salud.

Para este tipo de plan se tomará en cuenta a todos los recursos humanos con que se piensa desarrollar el plan general y se aceptará la participación de otros grupos o entidades que persiguen el mismo propósito.

Se dará prioridad a los aspectos relativos a daños encontrados y que son de más urgencia. Aunque cada uno de los temas a desarrollar deberá programarse específicamente, incluyendo introducción, objetivos, metas, desarrollo y evaluación, considero después de analizar las condiciones y el diagnóstico de Salud de

esta comunidad debe dársele prioridad a los siguientes temas:

1. - Salud e higiene
2. - Fecundación, reproducción y embarazo
3. - Higiene sexual
4. - Mecanismo del Parto
5. - Salud e Higiene del recién nacido.
6. - Salud e higiene del niño en el primer año de vida
7. - Salud e higiene del niño de 1 a 4 años
8. - Enfermedades infecto-contagiosas
9. - Alimentación del niño en el primer año de vida.
- 10- Alimentación del niño de 1 a 4 años
- 11- Nutrición y Salud
- 12- Prevención y Salud
- 13- Primeros Auxilios

Para la realización de dicho programa se organizarán de preferencia grupos según las edades y tipo de consultas que se realicen en la clínica, así:

1. - Grupos de Comadronas
2. - Grupos de Madres en control prenatal
3. - Grupos de madres que tienen niños bajo control en la clínica del niño sano.
4. - Grupos de adolescentes
5. - Grupos escolares
6. - Grupos de Padres de familia

Los procedimientos, el material y métodos deben planificarse de acuerdo con la cronología, recursos y necesidades para cada caso.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN SALUD:

De acuerdo con el análisis de mortalidad realizado en la comunidad de Zaragoza por razones ya descritas y por los pocos recursos con que se cuentan, las campañas de prevención a realizarse serán de acuerdo a la prioridad de los daños y a los grupos vulnerables. En este sentido las campañas preventivas se destinarán a proteger a la población menor de 4 años de enfermedades infectocontagiosas especialmente sarampión y tos ferina, para la realización del programa.

En tal virtud se harán campañas de vacunación periódicas así:

1. - A los niños bajo control en la clínica.
2. - A los niños que no estén bajo control en la clínica

Por carencia de equipo humano previamente se procurará adiestrar a grupos en control de enfermedades transmisibles y servicio de hipodermia, que colaborarán en la realización de las campañas.

Se tratará de dar cobertura total a la población infantil con las vacunas.

1. - Antisarampiónosa
2. - DPT
3. - DT

PROGRAMA ESCOLAR: Con respecto a la población escolar, el tiempo limitado y la carencia de recursos obligan a establecer un programa de salud escolar reducido,

que puede determinarse de la siguiente manera.

- 1. - Ficha de Salud Escolar
- 2. - Control del escolar enfermo

Para tal fin se propone atender a los niños que aún no han sido evaluados (nuevo ingreso) por la consulta externa en donde se les hará la ficha escolar que incluye:

- 1. - Registro
- 2. - Antecedentes
- 3. - Examen físico

Para el control del niño enfermo se contará con la colaboración del grupo de maestros que debe referir con la nota clínica, al niño que padezca de cualquier enfermedad o que presenten síntomas y signos que alteren su estado normal. Las metas para este programa son 120 alumnos nuevos y control anual a los alumnos de reingreso.

EVALUACION:

La evaluación del Plan de Salud se puede o debe hacer por fases de acuerdo con cada uno de los programas. Una evaluación parcial para cada programa incluirá:

- 1. - Cobertura en relación a la población a atender.
- 2. - Número de casos atendidos
- 3. - Número de personas protegidas
- 4. - Número de reconsultas

- 5. - Número de referencia a otros centros
- 6. - Costo de las acciones para cada programa
- 7. - Número de horas laboradas en cada programa

Puede evaluarse también por períodos anuales según la estancia del personal de la clínica, ya que el estudiante de Medicina estará dos meses, el estudiante de enfermería meses, estudiante de Nutrición, 4 meses y Auxiliar de enfermería 1 año.

EVALUACION FINAL: Se reunirán los datos de evaluación de cada programa a final de año, y se procederá a evaluar en forma total el Plan, a través de nuevo estudio diagnóstico.

SUPERVISION: Por la naturaleza del Plan de Salud, se somete el mismo a la consideración y supervisión de las autoridades e instituciones que tienen participación, atribuciones y responsabilidades directas con los problemas de Salud y Programas educativos a resolver y realizar en la Comunidad de Zaragoza para la supervisión del mismo en cuanto a su desarrollo y evaluación, labor que estará a cargo de PROSA.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Los problemas de Salud de Zaragoza son:

1. - La mortalidad general elevada, pero la mayor mortalidad se encuentra en niños menores de 5 años.
2. - La Mortalidad Infantil, neo natal e infantil tardía es muy elevada, lo mismo que la mortalidad de 1 a 4 años.
3. - Las Causas fundamentales de mortalidad en este grupo de población es infección y desnutrición.
4. - La tos ferina y el sarampión son causas importantes de mortalidad en los niños menores de 5 años.
5. - Los servicios de Salud existentes en Zaragoza, han sido insuficientes, sin coordinación entre sí y nunca ha habido planificación de programas de acuerdo a las necesidades del área.
6. - No existe un sistema de control periódico de salud de madres y niños.
7. - Los problemas de mal saneamiento ambiental no han sido enfrentados en forma adecuada.
8. - La llegada de estudiantes de Nutrición ha dado inicio a un programa nutricional con bases más técnicas.
9. - Los estudiantes de medicina y enfermería, así como el personal de acción conjunta no están siendo aprovechados adecuadamente.
- 10- La respuesta de la población de Zaragoza a los servicios de Salud ofrecidos es positiva, es patente en ellos un afán de mejoramiento en la salud y el desarrollo

de su Comunidad.

- 11- La experiencia de una práctica rural al vivir en una Comunidad y enfrentar en forma directa los problemas de desarrollo, provocan en el estudiante gran sensibilidad y estímulo en el deseo de mejorar estos problemas.
- 12- Hasta el año de 1967, la práctica rural se incluyó en forma sistemática programada y objetivamente en el Currículum de estudios de la Facultad de Ciencias Médicas.
- 13- La utilización de los propios recursos es la forma más adecuada de afrontar los problemas de desarrollo; ya que el aumento del fondo económico nacional lleva consigo muchas dificultades.
- 15- En Zaragoza los problemas de Salud son parte o consecuencia de otros problemas de desarrollo.

RECOMENDACIONES:

A LAS AUTORIDADES ESTATALES:

1. - Incrementar el proceso de desarrollo de nuestros pueblos a través de incentivos económicos, planificando cuidadosamente y previos estudios los programas a desarrollar, sin que influyan factores políticos o religiosos en los mismos.
2. - Acelerar obras a corto plazo de infraestructura para mejorar las condiciones ambientales de las poblaciones que se encuentran en el abandono, como escuelas - agua potable, drenajes, etc.

3. - Mejorar las condiciones económicas del gran porcentaje de nuestra población, que vive en condiciones infra humanas por ser víctimas de explotación, abandono y por carecer de leyes laborales y de orden social que los proteja.
4. - Estimular a las entidades que como el Ejército y la Iglesia, las dependencias autónomas y semiautónomas a que encaucen su labor o promuevan actividades que mejoren las condiciones de vida de nuestros pueblos y no se distingan como la historia lo ha demostrado, indiferentes ante estos problemas o protectores de la riqueza que está en manos de un reducido núcleo de la población.
5. - Dar la debida protección y ayuda a los planes y programas que provengan de entidades especializadas o de trayectoria como la Universidad de San Carlos, en beneficio de la población, para que el esfuerzo a desarrollar no se desvíe, logrando resultados altamente satisfactorios y promoviendo en esta forma el deseo de colaborar en otros en el futuro.
6. - Intensificar e institucionalizar los programas de formación y educación de adultos y las campañas de alfabetización que puedan dar oportunidad a la población beneficiada a alcanzar una mejor formación y a la vez, establecer bases racionales del cambio en los procesos sociales.
7. - Promover la creación de un Puesto de Salud bien dotado a la población de Zaragoza y a todas aquellas Comunidades que lo amerite.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS:

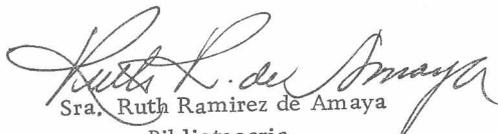
1. - Poner en práctica el presente proyecto de un Plan de Salud, basado en un estudio analítico, crítico y en la experiencia vivida durante dos meses en una Comunidad del Altiplano Guatemalteco.

B I B L I O G R A F I A

1. - Alwood Paredes, Juan. Los recursos de la Salud Pública en Centro América. San Salvador El Salvador. ODECA, Julio 1968.
2. - Bressani, Ricardo. Papel de la Ciencia y de la Tecnología en la Promoción Agropecuaria y Nutrición. Guatemala, Facultad de Agronomía. Asociación de Estudiantes de Agronomía. Julio 1966. pp. 21, Guatemala.
3. - Collado A., Rolando. Elementos para un plan de salud en Guatemala. México, 1966.
4. - Chimaltenango. Encuesta clínico-nutricional de Zaragoza. Guatemala -- 1969. (Mimeógrafo).
5. - Escobar Pérez, Julio César. Causas económico-sociales de la desnutrición infantil. Tesis, Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Oct. 1969.
6. - Fajardo Iriarte, José Danilo. Experiencias y resultados del primer año de -intemado de medicina preventiva y social en Guatemala. Tesis, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas Oct. de 1969.
7. - Gehlert Mata, Carlos. Análisis y consideraciones sobre problemas sanitarios de Guatemala, y sus posibles soluciones". Guatemala. Editorial - José de Pineda Ibarra, Guatemala, 1966. pp. 5-33.
8. - Guatemala, Dirección General de los Servicios de Salud. Norma. Guatemala, 1969. (Mimeografiado).
9. - Guatemala. Dirección General de Estadística. Censos de Población 1964. - Guatemala 1966.
- 10- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Guatemala. Evaluación nutricional de la población de Centro América y Panamá. Guatemala 1969. Publicaciones Científicas INCAP. Vol. 25, pp. 30-38.

- 11- Méndez Domínguez, Alfredo. Zaragoza. La estratificación social de una comunidad ladina guatemalteca. IN: Seminario de Integración social guatemalteca. Guatemala, Ministerio de Educación. Tipografía Nacional, 1967.
- 12- Oficina Sanitaria Panamericana. Washington. Programación de la salud, - problemas conceptuales y metodológico. Pub. Científica # 111. pp. 3-47. Venezuela 1965.
- 13- Ponciano Gómez, Isaías. Encuesta clínico-nutricional de la población de Zaragoza. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Marzo de 1970.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. EDMUNDO JUVENAL ALVAREZ VASQUEZ

DR. LUIS OCTAVIO ANGEL A.
Asesor.

DR. CARLOS WALDHEIM
Revisor.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ
Director de Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD
Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.
Decano.