

1971
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**Estudio de las Condiciones de Salud
de Santiago Atitlán**

RAUL EDGARDO ROCA BARILLAS

PLAN DE TESIS

I INTRODUCCION

II ANTECEDENTES

III BREVE MONOGRAFIA

IV OBJETIVOS

V MATERIAL Y METODOS

VI RESULTADO Y ANALISIS

VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

VIII BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

GENERALIDADES:

Los servicios de salud pública, con el fin de resolver los problemas sanitarios que padece la población rural de Guatemala, tratan constantemente de mejorar los servicios médicos, a la vez que realizan campañas de prevención, inaugurando con cierta frecuencia nuevos Centros de Salud.

Sin embargo, todo esfuerzo humano y económico, no obtiene los resultados deseados si no se hacen estudios previos para determinar las influencias de carácter histórico, cultural, económico, político y social que gravitan y condicionan el comportamiento y reacciones de la comunidad rural.

La evidente falta de organización y preparación básica del personal de salud en algunos casos y la manifiesta resistencia de los pobladores, contribuye al poco éxito de este esfuerzo pero creemos, compartiendo el criterio de la experiencia, que se obtienen mejores resultados si se efectúan programas de salud a nivel local para cada comunidad, observando un prontuario que estaría constituido entre otros, por los elementos siguientes:

- a) Sensibilización, concientización, espíritu de grupo y responsabilidad de los miembros del equipo de trabajo en sus relaciones con la comunidad atendida.
- b) El Médico debe asumir una doble función, sumando a su formación científica, el carácter circunstancial que impone el trabajo en el área rural, que hará de él, un promotor de la medicina rural, con las naturales implicaciones interdisciplinarias que éste requiere, facilitando así los esfuerzos realizados en los programas nacionales de salud.

El Médico actuando como promotor de la medicina rural, debe realiar y estimular estudios, publicaciones, consultas y otras actividades necesarias para evaluar el estado sanitario de la población en su conjunto.

- c) El médico promotor social, debe definir el papel de los servicios de salud, adecuándolo a la evaluación permanente de la

comunidad rural, para registrar los cambios sociales y culturales que afectan las condiciones sanitarias y los recursos de salud, considerando tendencias y futuras necesidades.

- d) El Médico promotor social, debe hacer participar en la planificación de los programas de salud a la enfermera rural factor fundamental para generar el efecto multiplicador de la medicina.
- e) El Médico promotor social debe estimular el adiestramiento de personas que tengan inclinaciones por el estudio de enfermería, motivando principalmente la participación de nativos de las comunidades con intereses fijos que descarten posibilidades migratorias, esto con el objeto de que el Médico cuente con una infraestructura social permanente y capacitada que facilite la implementación de los programas de salud.
- f) El Médico promotor social deberá constituirse en el agente catalizador de los recursos internos y externos al servicio de la comunidad atendida, descubriendo aquellos que en estado latente permanecen inactivos o con un rendimiento limitado en relación de su plena capacidad, por falta de conductos que los relacionen objetivamente con los problemas, recursos y necesidades del área rural.

El presente trabajo de tesis, pretende en esencia señalar algunas de las deficiencias y problemas que impiden el máximo rendimiento y aprovechamiento de los precarios recursos de salud en relación a la creciente demanda de servicios; necesidad sentida y agudizada principalmente en el área rural.

El autor que ha tomado como fuentes primarias de información la experiencia vivida a través de su práctica rural durante un año, y sin aspirar a constituir un modelo esquemático que resuelva los problemas de salud del área rural se permite proponer, en el desarrollo del presente trabajo, algunas fórmulas que tienen como propósito reducir el margen manifiesto de ineficiencia de los servicios de salud en el área rural.

Se tomó como campo de estudio el Municipio de Santiago Atitlán, que por su ubicación en el antiplano del país, presenta características de sub-desarrollo, comunes a la mayoría de los departamentos de la república que alojan a la población mayoritaria del país, la indígena.

El presente trabajo, plantea la necesidad de establecer una coordinación eficiente de recursos y necesidades, que produzca resultados demostrables en las áreas. La coordinación de elementos tales como: el Inspector Sanitario, el Trabajador Social, el Perito Agrónomo y las Autoridades a nivel local, trabajando en acción conjunta con las comunidades, deben provocar un desarrollo equilibrado de la comunidad rural, que produzca sensibles cambios de repercusión nacional.

II ANTECEDENTES

La escuela de Medicina, fiel a sus principios de llevar sus enseñanzas a la comunidad, tiene incluido en el curriculum de estudios, actividades que a manera de práctica rural, despierta la inquietud de los estudiantes para ejercer la profesión en áreas no urbanas; inicialmente efectúan prácticas de observación familiar a domicilio, en la zona 19 de la ciudad capital, Colonia "La Florida"; también efectúan visitas al departamento del Petén. El autor de este trabajo, durante su práctica de servicio rural, localizándose en San Pedro Yepocapa, Municipio del Departamento de Chimaltenango, se formó un concepto cercano a la realidad de lo que debe ser el ejercicio de la profesión en el medio rural, desarrollando tres puntos de importancia, en su orden:

- 1.- Servicios Médicos generales
- 2.- Relaciones con la comunidad
- 3.- Relaciones hospitalarias y actividades con la facultad de Medicina.

Fue así como se organizaron en aquélla los servicios de consulta externa y emergencias, atención pre-natal y partos, clínica del niño sano, adiestramiento a enfermeras y comadronas empíricas, dotación de equipo médico, accesorios varios y medicinas, visitas periódicas a fincas de la jurisdicción; por sus recomendaciones se efectuaron mejoras en el rastro de ganado para consumo, mejoras al mercado municipal, alcantarillado y agua potable, basureros públicos, carnicerías y otras medidas de prevención como lo es vacunaciones con DPT. Es interesante el hecho que la mayoría de las actividades fueron costeadas por la comunidad, mediante un comité local que realiza eventos para la recaudación de fondos y la alcaldía

municipal. Además tuvo la oportunidad de colaborar en la realización de actividades artísticas y deportivas, en asuntos judiciales de índole Médico y en oportunidad de emergencia local, debido a haber quedado el pueblo aislado por derrumbes producidos en los caminos, colaborando directamente para que se tomaran medidas que dieran solución al problema.

Posteriormente el autor se trasladó a Santiago Atitlán, municipio del Departamento de Sololá, para trabajar con la Misión Católica de Oklahoma de la Diócesis de Norte América. Esta misión en el año de 1969, fundó un pequeño Hospital equipado para prestar servicios de consulta externa y emergencia, atención de partos, de cirugía, servicio de Rayos X, de laboratorio, sala de encamamiento para 10 personas y con posibilidades de ampliación según las necesidades. Más adelante se describirán las características de los recursos con que se cuentan.

Este trabajo de tesis señala los lineamientos generales a seguir, en un trabajo conjunto de elementos valiosos, para que las actividades Médicas tengan un resultado positivo dentro de la comunidad; dando en lo posible la pauta a seguir por los Médicos rurales, para que cuando efectúen su trabajo lo hagan tomando en cuenta, en todas las fases del mismo, al resto del equipo profesional y los recursos humanos de la propia comunidad; teniendo como base un estudio previo de la misma.

III BREVE MONOGRAFIA

En el Departamento de Sololá, se encuentra el municipio de Santiago Atitlán, que es el más grande de los municipios de la orilla del lago de Atitlán, en una bahía occidental, constituido por una agrupación de pequeñas casas, muy primitivas, construidas por aposición de piedras y completadas con caña y techo de paja, es un pueblo predominantemente indígena. La mayoría de la población de la cabecera municipal vive agrupada en aproximadamente un kilómetro de extensión. La constitución étnica y por sexo de la población para 1964 se muestra en el Cuadro No. 1.

CUADRO No. 1

POBLACION TOTAL DE SANTIAGO ATITLAN POR SEXO Y GRUPO ETNICO AÑO 1964

Grupo Etnico	Hombres	Mujeres	Total	o/o *
Ladinos	194	206	400	3.8
Indígenas	5,081	4,981	10,062	96.2
T o t a l	5,275	5,187	10,462	100

* (Ref. No. 3)

Dentro del grupo ladino están incluidos algunos indígenas, que son individuos que se han incorporado a la cultura occidental. La población se divide en cinco Cantones: Tzanjuyú, Pachichaj, Panul, Xexhivoy y Panaj, además dos caseríos que son Panabaj y Chacayá. La población posee sistema de agua entubada, no considerada potable por lo que existe la necesidad de hervirla; existen llena cántaros en algunos cantones, pero la realidad actual es que persiste la costumbre de tomar agua directamente del lago; del agua entubada (96 grifos) algunos la venden a sus vecinos. La mayoría de las casas no poseen letrinas; se ha comprobado que las que tienen letrina solamente el grupo ladino hace buen uso de ellas y muy pequeña parte del grupo indígena. Existe luz eléctrica que funciona diariamente de las seis de la tarde a las diez de la noche, la planta que funciona en la actualidad pertenece a la población. Las vías de comunicación son caminos escabrosos hacia San Pedro La Laguna, San Lucas Tolimán y hacia la costa con Chicacao; existe servicio de línea por agua hacia el norte con Panajachel.

El pueblo de Santiago es la cabecera del Municipio del mismo nombre y comprende la Aldea Cerro de Oro y nueve fincas: Chacaya, La Providencia, El Recuerdo, El Carmen Metzabal, Las Cascadas del Río Nica, Santa Amalia, Monte Quina, Olas de Moca y Monte de Oro.

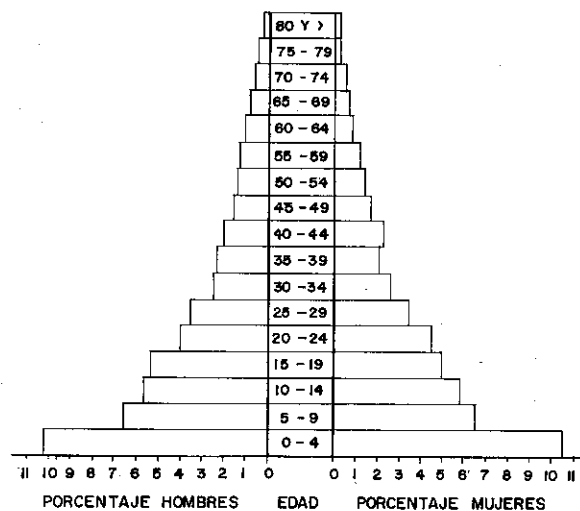
DEMOGRAFIA:

Según el censo de 1964 la densidad de la población fue de 94.9 habitantes por kilómetro cuadrado, sin embargo sabemos que la mayoría de

la población está agrupada en la cabecera Municipal; la lengua que se habla es el Tzutuhil y aproximadamente el 40 o/o de la población de varones y el 10 o/o de las mujeres habla Castellano.

La distribución por sexo y edad de la población de Santiago Atitlán se muestra en la Gráfica No. 1.

GRAFICA N°1
PIRAMIDE DE POBLACION POR EDAD Y SEXO.
SANTIAGO ATITLAN - SOLOLA.
Año 1969



POBLACION TOTAL : 14,044 habitantes

La tasa de natalidad para los años 1960-1969 varió desde 51.9 a 57.3 (Ref. Pag. 31). El promedio de hijos nacidos por mujer según el censo de 1964 fue de 6.1, demostrando que poseen alta fecundidad. La tasa de mortalidad está bajando a pesar de seguir siendo alta, y se considera que la población de Atitlán está creciendo en un 3 o/o por año, si esto continúa es posible que la población se logre duplicar en 32 años. (Ref. Pag. 28).

EDUCACION:

El Municipio de Santiago cuenta en la actualidad con ocho Escuelas, con un total de 678 alumnos inscritos.

En la cabecera municipal hay una asistencia regular de 605, el número de varones asistentes es de 289, número de niñas asistentes es de 316, que asisten a la Escuela Municipal "Mateo Herrera", de estos alumnos, son ladinos varones 49 y niñas 57, son indígenas y varones 40 y niñas 259 (Ref. 3), datos consignados para el año de 1969. La escuela local cuenta con once maestros, con programa de castellanización y Pre-vocacional nocturno que imparte enseñanzas por correspondencia, en cursos adaptados en Guatemala, y con maestros moderadores locales, cubriendo los estudios en la actualidad de tercer grado. Para el año de 1969 se encontró que de la población de edad escolar solamente el 17.44 o/o asisten a la escuela. La Misión Católica de Oklahoma cuenta con una escuela radiofónica, denominada TGDS La Voz de Atitlán, también con programas de Castellanización, Alfabetización y cursos de Matemáticas, contando en la actualidad con un número de alumnos registrados de 306 varones y 150 mujeres; se encuentran además en el Municipio una escuela tipo Montessori, que tiene suspendidas sus enseñanzas por falta de fondos.

Un 30 o/o de la población de atitlanos usa calado y de éstos más o menos un 31 o/o del tipo de cañes en los varones y un 2 o/o en las mujeres.

RELIGION:

Para el censo de 1964 en la cabecera Municipal de Santiago Atitlán habían en total: Católicos indígenas 1546 (78.8 o/o), Evangélicos 306 (15.6 o/o), y otros 111 (5.7 o/o), los ladinos Católicos 61 (85.8 o/o), y Evangélicos 10 (14.1 o/o) (Ref. No. 3). La conversión al protestantismo se inició en el año de 1922, y se fundó la primera capilla en 1935, en la actualidad está dividida en 5 sectas, siendo la más importante la Centroamericana. Los católicos están incluidos en tres grupos: Acción

Católica, con unas 300 familias, o sea el 20 o/o del total de 1546 familias, el resto está distribuido entre católicos de cofradía y católicos nominales. Las cofradías profesan religión que es mezcla de catolicismo y paganismo.

Para el año de 1966 habían 10 cofradías indígenas, funcionando, parece ser sólo 7 y dos cofradías de ladinos.

Las cofradías tienen como máximo jefe al Cabecera, funcionando individualmente con alcaldes, fiscales y principales, requiriendo mucho dinero para su sostenimiento.

Los sacerdotes de la religión católica, son oriundos de los Estados Unidos de Norte América, del estado de Oklahoma; la Misión fue fundada por solicitud de su Santidad el Papa Juan XXIII, para que las Diócesis de los Estados Unidos de Norte América ayudaran al desarrollo de los países de Latinoamérica, siendo la Diócesis de Oklahoma quien encomendó al padre Ramón Carlin buscar el lugar; fue así como se fundó en Santiago Atitlán, firmándose un contrato por 25 años con la Diócesis de Sololá.

ORGANIZACION POLITICA:

El sistema político es el mismo que depende de la política nacional. El alcalde del pueblo toma su cargo por voto popular, sirviendo como juez de paz municipal, con puesto pagado. El Síndico, llega al puesto también por voto popular con funciones de jefe de obras públicas y del consejo del pueblo, sin un salario. Regidores del 1o. al 4o. por voto popular, son elegidos siete y tres más como alternativas, con funciones de encargados del mantenimiento de las calles, edificios públicos, etc., no tienen salario, sirviendo también en el Consejo. El Secretario, nombrado por el Gobernador departamental, con salario, es encargado de asuntos oficiales, registro de expedientes y papelería de asuntos legales, bajo órdenes del Alcalde; Tesorero (Oficial Primero) nombrado por el Gobernador, encargado del movimiento económico y documentos especiales, con salario. Oficial Segundo, indígena nombrado por el Alcalde con salario, sirviendo de intérprete y archivero. El Comisario, nombrado por el Gobernador, encargado de la luz y el agua, así como de los mayores y alguaciles. Alcaldes auxiliares, ellos son nombrados por las autoridades municipales; actúan como delegados de las autoridades en las fincas, caseríos y aldeas, no son pagados sus servicios. Los Regidores de cantón nombrados por las autoridades municipales; registran y certifican defunciones y nacimientos ocurridos en sus respectivos cantones, caseríos, aldeas y fincas, no tienen salario. Mayores, en número de 12, son nombrados por los "Principales del

La tasa de natalidad para los años 1960-1969 varió desde 51.9 a 57.3 (Ref. Pag. 31). El promedio de hijos nacidos por mujer según el censo de 1964 fue de 6.1, demostrando que poseen alta fecundidad. La tasa de mortalidad está bajando a pesar de seguir siendo alta, y se considera que la población de Atitécos está creciendo en un 3 o/o por año, si esto continúa es posible que la población se logre duplicar en 32 años. (Ref. Pag. 28).

EDUCACION:

El Municipio de Santiago cuenta en la actualidad con ocho Escuelas, con un total de 678 alumnos inscritos.

En la cabecera municipal hay una asistencia regular de 605, el número de varones asistentes es de 289, número de niñas asistentes es de 316, que asisten a la Escuela Municipal "Mateo Herrera", de estos alumnos, son ladinos varones 49 y niñas 57, son indígenas y varones 40 y niñas 259 (Ref. 3), datos consignados para el año de 1969. La escuela local cuenta con once maestros, con programa de castellanización y Pre-vocacional nocturno que imparte enseñanzas por correspondencia, en cursos adaptados en Guatemala, y con maestros moderadores locales, cubriendo los estudios en la actualidad de tercer grado. Para el año de 1969 se encontró que de la población de edad escolar solamente el 17.44 o/o asisten a la escuela. La Misión Católica de Oklahoma cuenta con una escuela radiofónica, denominada TGDS La Voz de Atitlán, también con programas de Castellanización, Alfabetización y cursos de Matemáticas, contando en la actualidad con un número de alumnos registrados de 306 varones y 150 mujeres; se encuentran además en el Municipio una escuela tipo Montessori, que tiene suspendidas sus enseñanzas por falta de fondos.

Un 30 o/o de la población de atitécos usa calado y de éstos más o menos un 31 o/o del tipo de caites en los varones y un 2 o/o en las mujeres.

RELIGION:

Para el censo de 1964 en la cabecera Municipal de Santiago Atitlán habían en total: Católicos indígenas 1546 (78.8 o/o), Evangélicos 306 (15.6 o/o), y otros 111 (5.7 o/o), los ladinos Católicos 61 (85.8 o/o), y Evangélicos 10 (14.1 o/o) (Ref. No. 3). La conversión al protestantismo se inició en el año de 1922, y se fundó la primera capilla en 1935, en la actualidad está dividida en 5 sectas, siendo la más importante la Centroamericana. Los católicos están incluidos en tres grupos: Acción

Católica, con unas 300 familias, o sea el 20 o/o del total de 1546 familias, el resto está distribuido entre católicos de cofradía y católicos nominales. Las cofradías profesan religión que es mezcla de catolicismo y paganismo.

Para el año de 1966 habían 10 cofradías indígenas, funcionando, parece ser sólo 7 y dos cofradías de ladinos.

Las cofradías tienen como máximo jefe al Cabecera, funcionando individualmente con alcaldes, fiscales y principales, requiriendo mucho dinero para su sostenimiento.

Los sacerdotes de la religión católica, son oriundos de los Estados Unidos de Norte América, del estado de Oklahoma; la Misión fue fundada por solicitud de su Santidad el Papa Juan XXIII, para que las Diócesis de los Estados Unidos de Norte América ayudaran al desarrollo de los países de Latinoamérica, siendo la Diócesis de Oklahoma quien encomendó al padre Ramón Carlin buscar el lugar; fue así como se fundó en Santiago Atitlán, firmándose un contrato por 25 años con la Diócesis de Sololá.

ORGANIZACION POLITICA:

El sistema político es el mismo que depende de la política nacional. El alcalde del pueblo toma su cargo por voto popular, sirviendo como juez de paz municipal, con puesto pagado. El Síndico, llega al puesto también por voto popular con funciones de jefe de obras públicas y del consejo del pueblo, sin un salario. Regidores del 1o. al 4o. por voto popular, son elegidos siete y tres más como alternativas, con funciones de encargados del mantenimiento de las calles, edificios públicos, etc., no tienen salario, sirviendo también en el Consejo. El Secretario, nombrado por el Gobernador departamental, con salario, es encargado de asuntos oficiales, registro de expedientes y papelería de asuntos legales, bajo órdenes del Alcalde; Tesorero (Oficial Primero) nombrado por el Gobernador, encargado del movimiento económico y documentos especiales, con salario. Oficial Segundo, indígena nombrado por el Alcalde con salario, sirviendo de intérprete y archivero. El Comisario, nombrado por el Gobernador, encargado de la luz y el agua, así como de los mayores y alguaciles. Alcaldes auxiliares, ellos son nombrados por las autoridades municipales; actúan como delegados de las autoridades en las fincas, caseríos y aldeas, no son pagados sus servicios. Los Regidores de cantón nombrados por las autoridades municipales; registran y certifican defunciones y nacimientos ocurridos en sus respectivos cantones, caseríos, aldeas y fincas, no tienen salario. Mayores, en número de 12, son nombrados por los "Principales del

Pueblo"; además de los alguaciles, no tienen salario. El cargo de pescadores fue suprimido en 1964, y eran nombrados por los "Principales del Pueblo". Alguaciles de 60 a 70 hombres nombrados anualmente para el pueblo, son guardianes nocturnos y policías locales restringidos, veinte por semana, están al servicio de los mayores, sin salario, es un cargo que ocupan en forma obligatoria todos los varones indígenas casaderos. Nota: El cargo de Mayor es ejercido por una persona que se propone seguir sirviendo en las Cofradías. En la comunidad se encuentran indígenas y ladinos que hacen las veces de "Guisaches".

AGRICULTURA Y ECONOMIA:

La producción agrícola es para los Atitecos la base de subsistencia, y la mayoría de la tierra dentro del Municipio pertenece aún al grupo indígena, su economía la basan en el producto agrícola y su comercio con otros pueblos; en la actualidad existen contratistas que efectúan mercado con centros de distribución de otros departamentos; los ingresos económicos del Atiteco se suplementaban con los peces y cangrejos del lago, pero a partir de 1950 con la introducción de la Lobina, pez voráz, se produjo un desequilibrio de la fauna del lago.

Sus principales productos para esta área son el maíz y el frijol, como elementos de consumo familiar, además otros cultivos suplementarios comerciales, como lo son el café, verduras y frutas; el minifundio local es marcado y generalmente se refiere a pequeñas plantaciones, la medida usual la hacen en cuerdas (la más usada es de 24 varas cuadradas) que según estudios de Tax (Ref. 3), los Atitecos cultivan un promedio de 100 a 150 libras de maíz por cuerda, empleándola hasta siete años para cultivo en forma continua. Aún no se ha aceptado el uso de fertilizantes comerciales en las tierras, algunos utilizan como abono natural el Jacinto del lago y basuras, pero es en pequeña escala.

Encuestas anteriores demostraron que el promedio de consumo de maíz del adulto es de una a media libra por persona, menos de media libra de carne de res por mes; gallina se come en ocasiones especiales, y pescado con cierta frecuencia. Existen contratistas de las fincas de la costa que tienen grandes plantaciones, los cuales contratan por lo menos una vez al año, alrededor del 50 o/o de los Atitecos varones, fluctuando los jornales en esas condiciones a menos de un Quetzal por día de trabajo. Según Tax (Ref. 3) el promedio de gasto en alimentación diaria por adulto en esta comunidad es de Q.0.14. El 90 o/o de los jefes familiares indígenas se consideran comerciantes y agricultores, y entre los ladinos ocupan el 75 o/o

como maestros, telegrafistas, policías. Siendo así que los ladinos son dependientes de los indígenas, pues éstos son consumidores y mantienen el control de la tierra, a pesar de que los ladinos son propietarios de la mayoría de las mismas. El salario del trabajador agrícola en Santiago Atitlán es en promedio de Q.0.60 por día de jornal.

Los miembros de la Misión de Oklahoma conjuntamente con indígenas de la localidad fundaron tres cooperativas que son: Cooperativa de Ahorro, Cooperativa de Tejidos y Cooperativa Agrícola; esta última cuenta en la actualidad con unos 30 miembros y con una extensión de terrenos de 500 cuerdas, las cuales fueron trabajadas hasta dejarlas aptas para el cultivo, utilizando abonos, introducción de agua por bombeo para riego por dispersión, además arado de la tierra; el resultado obtenido en el año de 1970 fue una cosecha de fresas, una cosecha de arvejas y una de maicillo, éste último con mercado en San Lucas Tolimán para la fabricación de concentrado y las otras dos cosechas con mercado en la capital.

La tierra que es de la cooperativa será usufructuada por la Misión durante dos años, para recuperar en lo posible, gastos de compra y preparación de la misma; posteriormente en forma definitiva pasará a manos de los indígenas miembros de la cooperativa.

MEDICINA LOCAL:

Dentro de la comunidad indígena se encuentran los Chimanes o Sajorines que ejercen la medicina, y a los cuales recurren los Atitecos, al igual que comadronas empíricas con algún adiestramiento; hay especialistas en mordeduras de culebra y arañas, curahuesos, curanderos, recurriendo además para sus curaciones a los vendedores de medicinas, enfermeras, padres de la Misión y Médicos ladinos.

Existen dos categorías de curanderos indígenas, los primeros se creen con dotes sobrenaturales y los segundos con conocimientos superiores a lo común. En Santiago se encuentran aproximadamente 60 Chimanes y 14 comadronas prácticas inscritas en la alcaldía, además dos especialistas en fracturas y torceduras óseas, sobre esto último hay en San Pedro La Laguna una mujer que posee mucha reputación, aún entre los ladinos; hay alrededor de 20 indígenas con conocimientos de algunos medicamentos y hierbas curativas. Se encuentran varias ventas de medicinas de patente, entre indígenas y ladinos, como negocio secundario, en sus tiendas y domicilios, en donde también administran medicinas en forma parenteral, asociando estas curaciones con pociones herbarias.

Para el año de 1966 la clínica de salud pública contaba con una enfermera práctica y las visitas bimensuales del Director del Programa, además un Médico residente en Panajachel; posteriormente se contó con la visita de la clínica móvil del SESP, dos días por semana; unidad compuesta por médico, enfermera y un intérprete solicitado en la misma comunidad.

Micatokla en el año de 1964 fundó una clínica médica que funcionaba en forma irregular, instituyéndose en el año de 1966 servicio de tiempo completo, siendo atendida por un médico Guatemalteco, una enfermera norteamericana y un técnico en laboratorio; complementándose con personal local de indígenas y ladinos. Se contaba además con clínica dental desde 1964 que inicialmente funcionó en forma irregular.

En la actualidad los servicios de salud para la Población de Santiago Atitlán se han ampliado y se describirán más adelante.

IV OBJETIVOS

- 1.- Conocer el nivel de salud de la comunidad de Santiago Atitlán.
- 2.- Conocer los recursos de salud y su relación con los problemas.
- 3.- En base a lo anterior, proponer un programa de trabajo a desarrollar.

V MATERIAL Y METODO

Para la obtención y tabulación de los datos básicos del presente estudio, se revisaron los libros de defunción del Archivo Municipal de Santiago Atitlán de el decenio de 1960 a 1969, los informes trimestrales proporcionados por la Dirección General de Estadística; así como las publicaciones anuales de la sección de Bioestadística de Santiaguito y el estudio de John D. Early denominado "Demographic Profile of a Maya Community". Como complemento se emplearon los datos proporcionados por el estudio "Los Pueblos del Lago de Atitlán" del Seminario de Integración Social de Guatemala. Se elaboraron cuadros especiales que

registraron los datos de la causa de defunción de la población, habiéndose colocado por año y también con un análisis etario. Con este material se analizan los siguientes índices estadísticos:

- 1.- Población total y población por grupos etarios para cada uno de los diez años.
- 2.- Tasas de mortalidad general para cada uno de los diez años.
- 3.- Tasa de natalidad para cada uno de los diez años.
- 4.- Tasa de mortalidad infantil.
- 5.- Tasa de mortalidad para cada uno de los grupos etarios siguientes:

Tasa de mortalidad neonatal (0 a 28 días).

Tasa de mortalidad post-neonatal o Infantil Tardía (28 días a 11 meses).

1 año a 4 años
5 años a 9 años
10 años a 14 años
15 años en adelante.

- 6.- Tasa de mortalidad materna.
- 7.- Causas de mortalidad por grupos etarios:

0 a 28 días
28 días a 11 meses
1 año a 4 años
5 años a 9 años
10 años a 14 años
15 años en adelante.

- 8.- Tendencia de la mortalidad por:

SARAMPION Y TOS FERINA

Comprendidos en los decenios de 1960 a 1969.

9.- Tasa de mortalidad.

Con la revisión de los datos, se efectuó la clasificación por grupos, tomando en cuenta que los datos obtenidos en relación a las causas de defunción, fueron sujetas a estudio de comparación en base a las normas empleadas por el INCAP, así como de estudios previos realizados en el área.

Algunos de los datos estadísticos no son completamente confiables, debido a la dificultad de interpretar los diagnósticos de defunción en el Registro Civil, pero se estima que están muy cerca de la realidad después de comparar con los datos tomados de otras comunidades y de otras fuentes de consulta. Con la obtención de los datos anteriores, el autor confeccionó los diferentes indicadores de nivel de salud y los relacionó con los siguientes recursos:

1. Número de horas Médico Residente
2. Número de horas Practicante Interno
3. Número de horas Odontólogo
4. Número de horas enfermera graduada
5. Número de horas enfermera auxiliar
6. Número de horas técnico en Laboratorio
7. Número de horas técnico en Rayos X
8. Número de horas aprendiz de enfermería
9. Número de horas trabajador social
10. Número de horas voluntaria con conocimiento en nutrición
11. Número de egresos en la clínica Santiaguito
- 12.- Presupuesto anual para la clínica Santiaguito, para los rubros de Consulta externa y hospitalización.
13. Aplicación de cada una de las actividades técnicas, en horas, y su relación con el número total de horas de trabajo por año.

Con la totalidad de datos obtenidos, el autor efectuó una interpretación de los resultados y en base a ello propone un programa de trabajo a desarrollar.

VI RESULTADOS Y ANALISIS

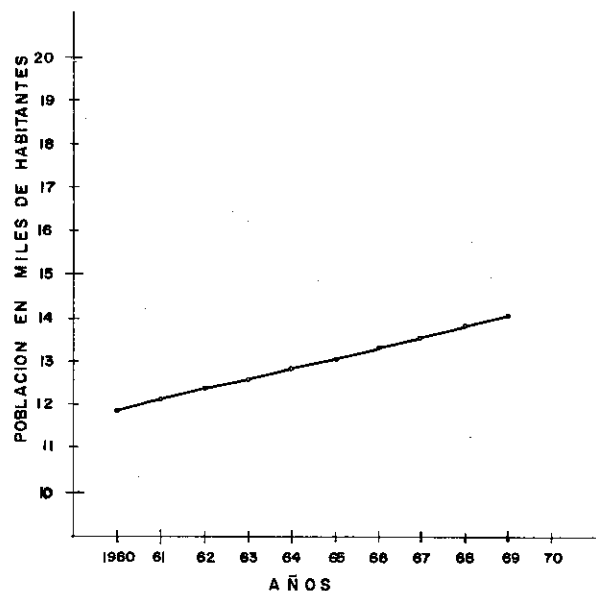
De los datos obtenidos en el Registro Civil de Santiago Atitlán y los proporcionados por la Dirección General de Estadística de la Nación, el INCAP y otros investigadores, se encontró que la población es en primer lugar de crecimiento acelerado como se observa en el Cuadro No. 2 y Gráfica No. 1. Este fenómeno ocurre a pesar de que la mortalidad es elevada con variaciones fuertes, con una muy ligera tendencia a disminuir. Pero la natalidad tiene una ligera tendencia a aumentar; así la población se duplicará en 32 años, y deberá tomarse en cuenta que si se mejoran las condiciones de salud de la población, se favorecerá el crecimiento de la misma, pudiendo variar la tendencia actualmente observada (Gráfica No. 2)

CUADRO N° 2
POBLACION TOTAL.
SANTIAGO ATITLAN - SOLOLA.
Años 1960-1969.

AÑOS	POBLACION
1960	11,865
1961	12,107
1962	12,349
1963	12,591
1964	12,833
1965	13,075
1966	13,317
1967	13,559
1968	13,812
1969	14,044

En la Gráfica No. 2 se observa el crecimiento acelerado de la población, hecho real que agrava las condiciones de salud de la misma; el habitat es reducido al mínimo, debido a la pequeña extensión territorial, ya se observa el fenómeno de subdivisión interna de la vivienda debido al aumento constante de nuevas familias.

GRAFICA N° 2
TENDENCIA DE POBLACION
SANTIAGO ATITLAN - SOLOLA.
Años 1960 -1969



A estas condiciones de crecimiento acelerado y habitat limitado se suman la falta de programas sanitarios estables, falta de drenajes y disponibilidad de basuras y desechos, agua de dudosas condiciones de potabilidad y mal distribuída en la comunidad, falta de programas educacionales que favorezcan cambios en la actitud de la población. La desnutrición se observa en forma generalizada para ciertas edades debido en parte a que la población tiene recursos alimentarios de mala calidad.

Las condiciones sanitarias lógicamente permiten que la población mantenga tasas de mortalidad tan elevadas como se observa en el Cuadro y Gráfica No. 3, relacionado con la mortalidad general, encontrándose también que se produjeron para los años de 1963 y 1967, dos elevaciones considerables que correspondieron según comprobación, a dos epidemias de Sarampión, con resultados lamentables.

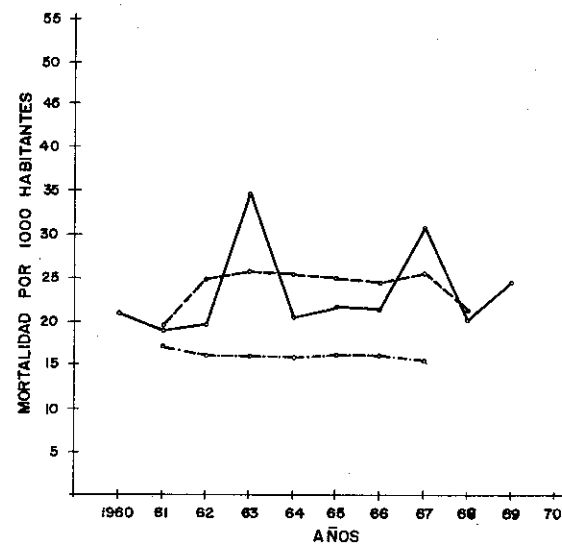
CUADRO No. 3

TASA DE MORTALIDAD GENERAL EN EL MUNICIPIO
DE SANTIAGO ATITLAN Y EN EL PAIS
AÑOS 1960 - 1969

Años	TASAS POR 1000 HABITANTES	
	Santiago Atitlán	País *
1960	21.0	17.5
1961	18.1	16.3
1962	19.8	17.3
1963	34.1	17.2
1964	20.7	16.1
1965	23.3	17.2
1966	22.9	16.9
1967	31.6	15.2
1968	20.1	14.8
1969	24.8	

* Fuente: Dirección General de Estadísticas de la Nación.

GRAFICA N° 3
TASAS DE MORTALIDAD GENERAL Y TENDENCIA
SEGUN PROMEDIOS MOVILES.
SANTIAGO ATITLAN Y EL PAIS.
Años 1960 -1969



--- X Móviles-Atitlán
— Tasas - Atitlán
- - - X Móviles - PAIS

CUADRO No. 4

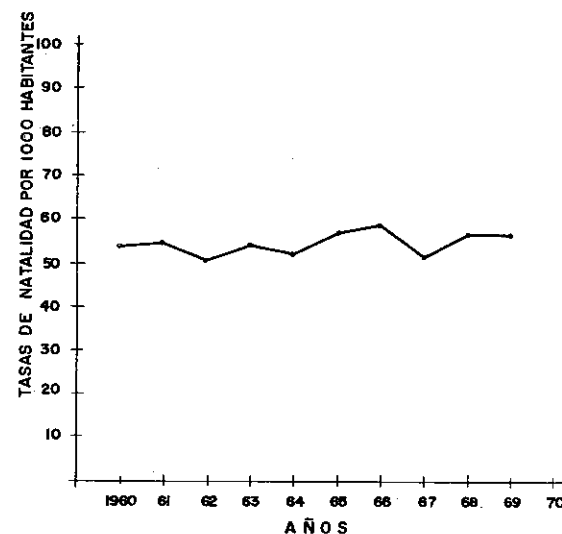
TASA DE NATALIDAD
EN EL MUNICIPIO DE ATITLAN Y EL PAIS
AÑOS 1960 — 1969

Tasa por 1000 habitantes

Años	Santiago Atitlán	País *
1960	54.7	49.5
1961	54.4	49.9
1962	50.1	47.7
1963	54.7	47.7
1964	52.9	46.4
1965	55.3	40.1
1966	57.3	40.3
1967	51.9	43.3
1968	56.9	45.6
1969	56.5	

* Fuente: Dirección General de Estadísticas de la Nación.

GRAFICA N° 4
TASAS DE NATALIDAD POR 1000 HABITANTES
SANTIAGO ATITLAN - SOLOLA
Años 1960 - 1969



MORTALIDAD INFANTIL

La extraordinaria tasa de mortalidad infantil, es de las más elevadas del país, debiéndose poner máxima atención a estos grupos de población; el cuadro No. 5 demuestra estos índices que al relacionarlos con datos del país se encuentran muy elevados como se observa en el mismo.

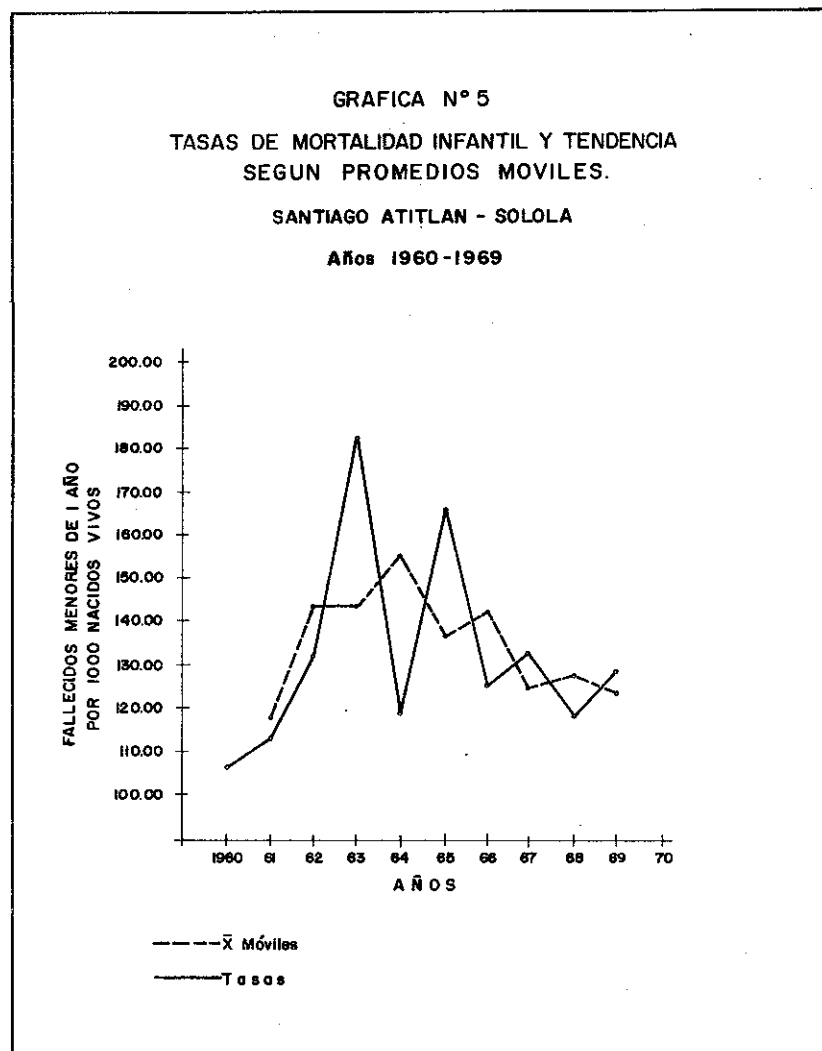
CUADRO No. 5
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLAN Y EL PAIS
AÑOS 1960 - 1969

Tasas por 1000 Nacidos Vivos		
Años	Santiago Atitlán	País *
1960	106.1	91.8
1961	113.8	84.8
1962	132.4	91.3
1963	182.8	92.4
1964	119.2	87.9
1965	167.3	92.6
1966	125.6	89.5
1967	133.5	88.0
1968	118.1	97.1
1969	129.7	-----

* Fuente: Dirección General de Estadísticas de la Nación

Aunque las tasas de mortalidad son muy elevadas, existe una tendencia a disminuir como se demuestra en la Gráfica No. 5, en donde se presentan las tasas de mortalidad infantil y promedios móviles para observar tendencias.

De acuerdo con los valores observados existe la posibilidad de nuevas elevaciones de las tasas, si no se aplican medidas de prevención y atención del niño, el cual es vulnerable a epidemias, tales como Sarampión y Tos Ferina, que producen elevaciones sorprendentes de las tasas, como se observa en la Gráfica No. 5.



COMPONENTES DE LA MORTALIDAD INFANTIL

Si analizamos la distribución de las muertes en el primer año de vida, nos damos cuenta de que tanto la mortalidad neo-natal como la post-neonatal son elevadas pero con tendencia a bajar, como se observa en los promedios móviles de las Gráficas y Cuadros siguientes:

CUADRO No. 6

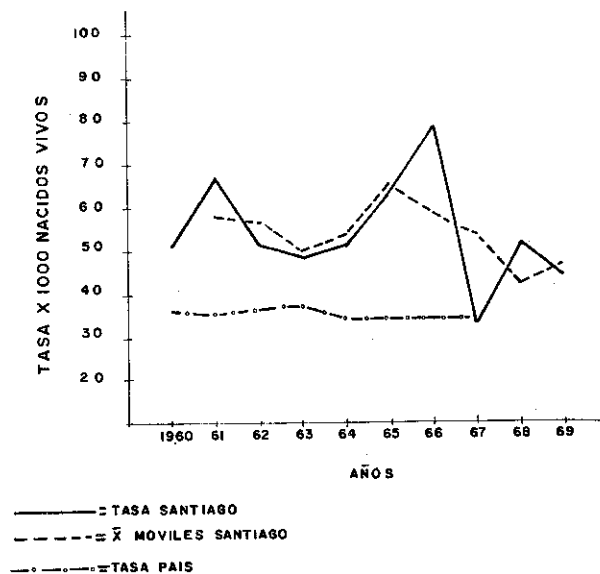
TASA DE MORTALIDAD NEO-NATAL
(Menores de 28 días de edad)
EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLAN Y EL PAIS
AÑOS 1960 - 1969

Tasas por 1000 nacidos vivos		
Años	Santiago Atitlán	País *
1960	50.8	36.9
1961	67.8	35.6
1962	51.6	36.3
1963	49.3	37.2
1964	51.6	34.7
1965	63.6	34.0
1966	79.8	34.0
1967	32.9	33.9
1968	50.7	-----
1969	44.0	-----

* Fuente: Dirección General de Estadísticas de la Nación.

GRAFICA N° 6

TASA DE MORTALIDAD NEO-NATAL
Menores de 28 días de edad
Y TENDENCIA SEGUN PROMEDIOS MOVILES
EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLAN Y EL PAIS



CUADRO No. 7

TASA DE MORTALIDAD POST-NEONATAL
(Infantil Tardía)
EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLAN Y EL PAIS
AÑOS 1960 - 1969

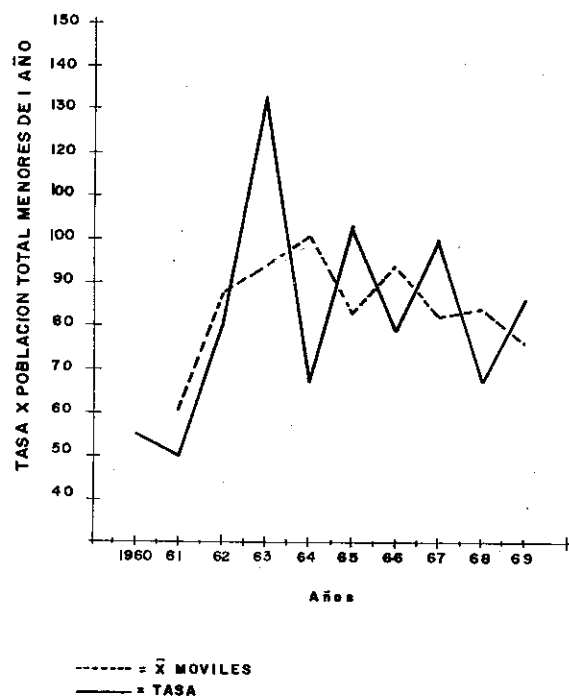
Años	Tasas por 1000 nacidos vivos	
	Santiago Atitlán	País *
1960	55.0	54.9
1961	50.0	49.2
1962	80.0	55.0
1963	133.0	55.2
1964	67.0	53.2
1965	103.0	58.6
1966	79.0	54.7
1967	100.0	54.1
1968	67.0	-----
1969	85.0	-----

* Fuente: Dirección General de Estadísticas de la Nación.

Estas altas tasas nos demuestran las malas condiciones en que vive la población desde el punto de vista ambiental, la falta de protección materna y del niño en el primer año de vida, y comprueban que los datos comparados de Santiago Atitlán con los del país siempre están más altos.

GRAFICA N°7

TASA DE MORTALIDAD POST-NEONATAL
O INFANTIL TARDIA Y TENDENCIA SEGUN PROMEDIOS MOVILES
SANTIAGO ATITLAN SOLOLA
Años 1960-69



MORTALIDAD EN EL PRE-ESCOLAR

En el cuadro No. 8, se presenta el porcentaje que dentro de la mortalidad general tienen las muertes de los menores de 5 años; como puede observarse más de la mitad de las muertes del área ocurren en el grupo de los menores de 5 años. Si comparamos estos datos con los del país, ya de por sí considerados como muy altos, veremos que en Santiago Atitlán son más elevados.

Para confirmar lo anterior y habiendo descrito la mortalidad infantil, encontramos en el Cuadro No. 9, las tasas de mortalidad de uno a cuatro años de edad en Santiago Atitlán, comparándolas con las del país. La explicación de esta situación se encuentra por lo adverso del ambiente y sobre todo para el grupo de uno a cuatro años, por los problemas nutricionales y las epidemias de Sarampión, como se observa.

CUADRO No. 8

RAZON DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS
DE EDAD EN EL MUNICIPIO DE
SANTIAGO ATITLAN Y EL PAIS AÑOS 1960 - 1969

o/o de Mortalidad en menores de 5 años
relacionado con Mortalidad Total

Años	Santiago Atitlán	País
1960	50.4	52.1
1961	52.6	52.7
1962	52.2	53.2
1963	82.1	53.9
1964	47.7	50.1
1965	60.6	53.1
1966	58.8	50.5
1967	62.2	50.4
1968	54.6	50.6
1969	55.0	-----

* Fuente: Dirección General de Estadísticas de la Nación.

CUADRO No. 9

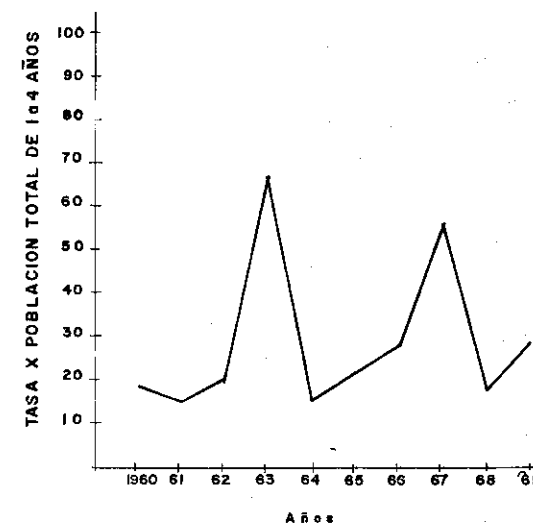
TASA DE MORTALIDAD DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD
EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLÁN Y EL PAÍS
AÑOS 1960 - 1969

Tasa por población total de 1 a 4 años			
Años	Santiago Atitlán	País *	
1960	18.7	27.6	
1961	15.0	29.2	
1962	20.3	30.7	
1963	66.4	31.3	
1964	15.5	26.5	
1965	21.7	32.0	
1966	27.7	32.0	
1967	55.8	26.2	
1968	18.5	28.7	
1969	28.5	-----	

* Fuente: Dirección General de Estadísticas de la Nación.

GRAFICA N° 8

TASA DE MORTALIDAD DE 1 a 4 AÑOS
SANTIAGO ATITLÁN SOLOLA
Años 1960-1969



MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD MATERNA

Estos indicadores nos orientan sobre las condiciones y el nivel de protección que se le da a la madre y al feto durante el embarazo y el parto. En Santiago Atitlán las tasas de Mortinatalidad son tan elevadas como el resto del país. Las tasas de mortalidad materna varían desde 1.3 a 7.2 por mil nacidos vivos en el decenio estudiado. Estos últimos datos nos indican que posiblemente hay algunos problemas de registro, sin embargo el hecho de encontrar tasas tan altas como 7.2 nos indican un grave problema en la atención prenatal y del parto; en efecto, en el área la mayoría de los partos son atendidos por comadronas empíricas y sólo un 5 o/o por Médico. Las comadronas empíricas aunque han recibido un entrenamiento, no están siendo controladas en forma efectiva y prácticamente ninguna de las madres atendidas por ellas reciben atención pre-natal.

CUADRO No. 10

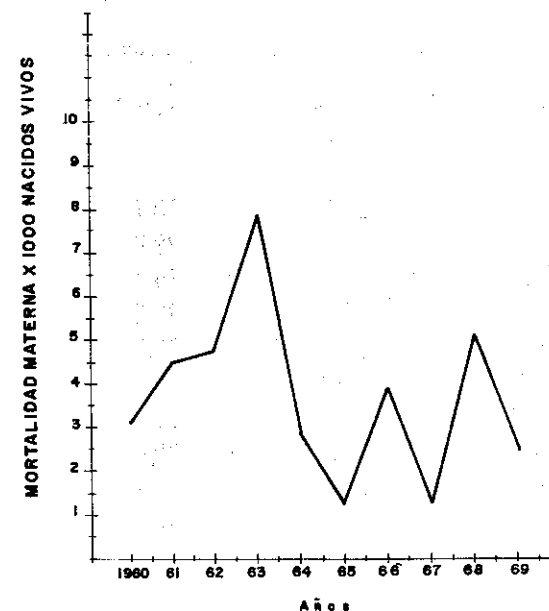
TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLÁN Y EL PAÍS AÑO 1960 - 1969

Años	Tasa por 1000 nacidos vivos	
	Santiago Atitlán	País *
1960	3.1	2.3
1961	4.5	2.5
1962	4.8	2.4
1963	7.2	2.1
1964	2.9	2.0
1965	1.3	1.9
1966	3.9	2.0
1967	1.3	1.8
1968	5.1	---
1969	2.5	---

* Fuente: Dirección General de Estadísticas de la Nación.

GRAFICA N° 9

TASA DE MORTALIDAD MATERNA SANTIAGO ATITLÁN SOLOLA Años 1960-1969



Encontramos en la tasa de mortinatalidad que las cifras son también elevadas, tanto como las del resto del país.

CUADRO No. 11

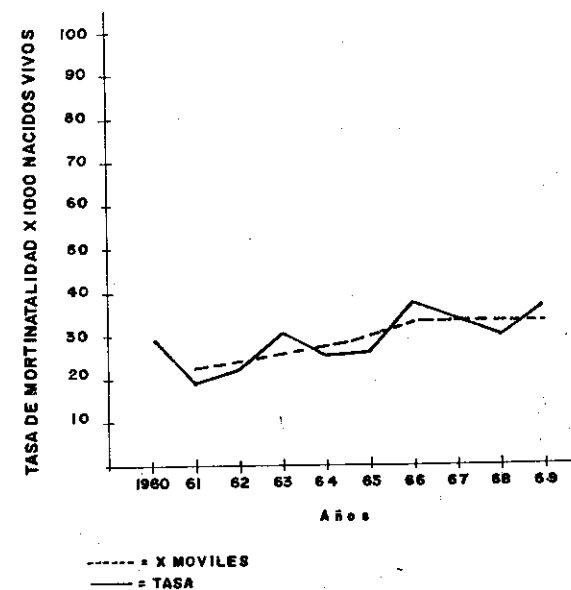
TASA DE MORTINATALIDAD EN EL MUNICIPIO DE
SANTIAGO ATITLAN Y EL PAIS
AÑOS 1960 - 1969

Años	Tasa por 1000 nacidos vivos	
	Santiago Atitlán	País *
1960	29.0	30.1
1961	19.5	29.0
1962	20.5	29.7
1963	30.5	29.2
1964	25.0	30.5
1965	26.0	29.5
1966	37.2	28.7
1967	33.5	30.0
1968	30.0	30.7
1969	36.5	-----

* Fuente: Dirección General de Estadísticas de la Nación.

GRAFICA N° 10

TASA DE MORTINATALIDAD Y TENDENCIA
SEGUN PROMEDIOS MOVILES
SANTIAGO ATITLAN-SOLOLA
AÑOS 1960-1969



MORTALIDAD EN LA EDAD ESCOLAR

Si consideramos dentro de este grupo a los niños comprendidos entre 5 y 14 años, podemos dividirlos en dos sub-grupos, los de 5 a 9 años de edad y los de 10 a 14 años de edad. En los primeros se observan tasas muy altas de mortalidad que no esperaríamos encontrar pero debido a las condiciones en que vive la población, estos niños aún son presa de las infecciones y de la desnutrición. En el grupo de 10 a 14 años de edad se nota una baja bastante grande de la mortalidad, como era de esperarse.

La mortalidad en los mayores de 15 años de edad no la podemos analizar en cuanto a su magnitud, en relación con otras áreas, ya que no contamos con datos para poder hacerlo.

CUADRO No 12

TASA DE MORTALIDAD
DE 5 A 9 AÑOS DE EDAD
EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLAN - SOLOLA
AÑOS 1960 - 1969

AÑOS	TASA*
1960	16.08
1961	10.72
1962	9.27
1963	27.45
1964	13.16
1965	13.93
1966	18.34
1967	32.65
1968	11.60
1969	20.11

*Por 1000 h. de 5 a 9 años de edad.

CUADRO No. 13

TASA DE MORTALIDAD DE 10 A 14 AÑOS DE EDAD
EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLAN - SOLOLA
AÑOS 1960 - 1969

AÑOS	TASA*
1960	7.2
1961	7.1
1962	4.8
1963	4.1
1964	1.3
1965	1.3
1966	3.8
1967	6.3
1968	5.8
1969	1.8

*Por 1000 habitantes de 10 a 14 años de edad.

CUADRO No. 14

TASA DE MORTALIDAD DE 15 AÑOS DE EDAD Y MAS
EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLAN - SOLOLA
AÑOS 1960 - 1969

AÑOS	TASA*
1960	12.58
1961	12.33
1962	13.47
1963	13.66
1964	17.53
1965	14.31
1966	13.34
1967	14.91
1968	13.68
1969	16.55

*Por 1000 habitantes de 15 años y más de edad.

MORTALIDAD POR CAUSAS

Al analizar la mortalidad por causas y edad durante el año 1969 en Santiago Atitlán, encontramos que las enfermedades infecciosas, respiratorias y digestivas, son las principales causas de muerte y casi seguramente la desnutrición juegue un papel muy importante, aunque no aparezca en los registros. En cuanto a edades los grupos más afectados son los menos de un año, y de uno a 4 años de edad.

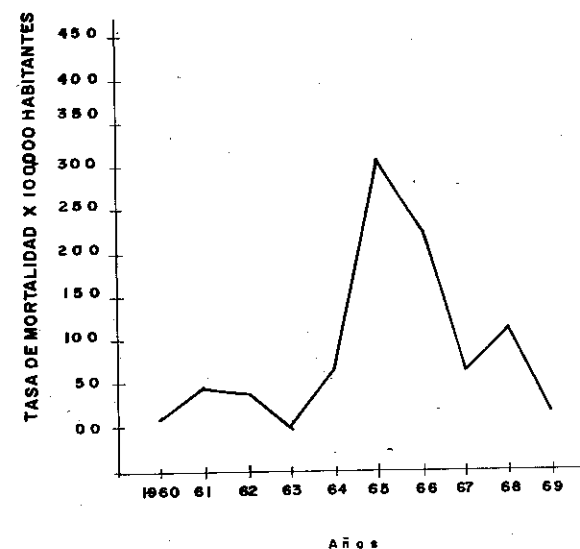
CUADRO No. 15

MORTALIDAD GENERAL POR GASTROENTERITIS,
TOS FERINA Y SARAMPION
MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLAN - SOLOLA
AÑO 1960 - 1969

AÑOS	DEFUNCIONES TOTALES	C A U S A S								TOTAL TRES CAUSAS
		GASTROENTERITIS		TOS FERINA		SARAMPION				
		No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	
1960	240	59	24.5	1	0.45	1	0.45	61	25.4	
1961	220	48	21.8	6	2.70		0.00	54	24.5	
1962	245	56	22.8	5	2.00	9	3.80	70	28.6	
1963	440	65	14.7		0.00	186	42.30	251	57.0	
1964	266	69	25.9	8	3.00		0.00	77	28.9	
1965	305	46	15.0	40	13.10		0.00	86	28.1	
1966	306	55	17.9	32	10.50	5	1.60	92	30.0	
1967	429	102	23.7	9	2.00	114	26.00	225	52.4	
1968	278	55	31.3	16	5.80	16	5.80	87	31.3	
1969	349	118	33.8	2	0.50	25	4.30	135	38.6	
Totales	673			119		356		1138		

GRAFICA N° II

TASA DE MORTALIDAD DE TOS FERINA
EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLAN-SOLOLA
AÑOS 1960-1969



Si analizamos algunas de las enfermedades infecciosas prevenibles como la tos ferina y el sarampión, veremos que son una causa muy importante de mortalidad como lo demuestra el Cuadro No. 16, y la Gráfica No. 11, por tos ferina; y el Cuadro No. 17, y la Gráfica No. 12, para el sarampión.

CUADRO No. 16

TASA DE MORTALIDAD POR TOS FERINA
EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLAN - SOLOLA
AÑOS 1960 - 1969

AÑOS	TASA*
1960	8.0
1961	49.5
1962	48.6
1963	0.0
1964	62.4
1965	300.5
1966	231.2
1967	66.2
1968	116.6
1969	15.0

*Por 1000 h.

CUADRO No. 17

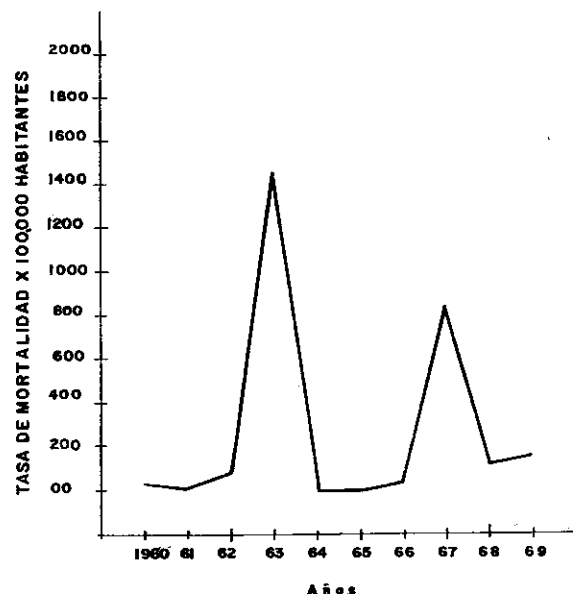
TASA DE MORTALIDAD POR SARAMPION
EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLAN - SOLOLA
AÑOS 1960 - 1969

AÑOS	TASA * Santiago Atitlán
1960	8.4
1961	0.0
1962	72.8
1963	2469.2
1964	0.0
1965	0.0
1966	36.8
1967	840.7
1968	115.9
1969	178.0

*Por 100,000 h.

GRAFICA N° 12

TASA DE MORTALIDAD PARA EL SARAMPION
EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLAN— SOLOLA
AÑOS 1960-1969



RECURSOS

La Clínica Santiaguito cuenta con los siguientes recursos humanos para los servicios de salud:

CUADRO No. 18

PERSONAL DE LA CLINICA SANTIAGUITO

No.	Profesión	No. horas por año
1	Médico Residente	2300
2	Practicante Interno	2300
3	Odontólogo	2240
4	Enfermeros Graduados	2300
5	Enfermeros Auxiliares	2300
6	Técnico en Laboratorio	2300
7	Técnico en Rayos X	2300
8	Aprendiz de Enfermería	2300
9	Trabajador Social	2300
10	Nutricionista	2300

Cada practicante interno en servicio rural, cuenta únicamente con dos meses para efectuar su labor; el trabajador social cuenta con tres meses de práctica, ambos períodos de labores son muy limitados si se esperan buenos resultados, por el momento se está creando una inclinación de los estudiantes de Medicina hacia la práctica médica en las áreas rurales, espera el autor que en el futuro los programas de estudios incluyan mínimo seis meses para esta práctica.

El sistema de enfermería con que cuenta la Clínica Santiaguito es adecuada para las exigencias del área, y constantemente se están efectuando cursos para asistentes de enfermería, a personas indígenas de la comunidad con instrucción escolar y que hablan la lengua Tzutuhil; se ha tomado en cuenta las condiciones ideales de una población con respecto al servicio de enfermería y se trata de establecer un standard de una enfermera graduada por cada cinco mil habitantes (Ref. No. 5).

Se presta un promedio de 350 consultas mensuales donde se incluye consulta externa, emergencias y encamamiento; los servicios de la clínica Santiaguito se han ampliado a las fincas del municipio y caseríos, este servicio tiene un presupuesto anual de Q.15,000.00. Los servicios prestados son pagados por las personas que los solicitan, y los cobros se hacen en base a tarifas aceptadas por una comisión local; se establece el sistema de exoneraciones de pagos mediante investigación realizada por el trabajador social; los gastos que ocasionan los servicios son financiados por los ingresos resultantes de los cobros sistematizados, no estando incluido el pago de los profesionales (Médico, Odontólogo), que son pagados por la Misión.

EDIFICIO Y EQUIPO

El edificio de la Clínica Santiaguito se encuentra a un kilómetro de distancia de la población, contando con una buena instalación, de construcción sólida, posee instalaciones para Servicios de Odontología, 2 Clínicas para Médicos, sala de emergencia y sala de Rayos X, además Laboratorio, Farmacia, Sala de Cirugía, Sala de estar, Sala de esterilización y de atención de partos, sala de encamamiento; cuenta con equipos médico quirúrgicos completos, además de equipo de Diagnóstico.

INTERPRETACION DE LA SITUACION

Para los países en vías de desarrollo, hay una serie de grupos patológicos que coinciden, tal es el caso de Guatemala en donde encontramos que el predominio de las enfermedades para los grupos más vulnerables son comunes para otros países latinoamericanos; tomando un núcleo de población como el de este estudio, encontramos que sus condiciones de salud son derivadas de factores que atañen por igual a la América Latina, producto de la falta de programas y personal orientado que trate de desarrollar a estas comunidades; el reflejo de esta falta de política evolutiva, se puede observar en el renglón de salud; la desnutrición, las enfermedades respiratorias favorecidas por las malas condiciones de vivienda y hacinamiento, las enfermedades gastro intestinales producto de falta de adecuada disposición de las excretas, agua no potable, malos hábitos alimentarios y costumbres regionales, son un todo patético de nuestra realidad. Los diferentes indicadores de salud, confirman la tesis, que en países en desarrollo, como el nuestro, los grupos más afectados se encuentran en la población menor de cinco años de edad, siendo la mortalidad a este nivel, representante de las condiciones de desarrollo de

una nación (Ref. 10). Scrimshaw y colaboradores (Ref. 1), considera que "aisladamente no se producen los fenómenos infecciosos para los grupos de edad afectados, que las causas de enfermedad de la población son similares para el altiplano de Guatemala; encontró un paralelismo entre las deficiencias nutricionales y procesos infecciosos respiratorios y gastroentéricos, ambos se favorecen mutuamente y no existe la posibilidad de ser tratada aisladamente, pues existen un conglomerado de factores que favorecen estas condiciones"; estos factores competen exclusivamente al desarrollo de las comunidades, de donde se deduce la necesidad de poner nuestro empeño en la formación de equipos de trabajo constituidos por líderes reales de la comunidad, Trabajadores Sociales, Médicos, Peritos Agrónomos, Odontólogos, religiosos, educadores, incluido estudios sociológicos y antropológicos, quienes con el conocimiento de la población tracen planes de trabajo a desarrollar.

El autor está convencido que las Universidades del país, pueden hacer realidad este proyecto, proporcionando los elementos que formarían estos grupos de trabajo, constituidos por estudiantes universitarios en su último año de estudios en sus respectivas carreras, tendrían a bien efectuar servicios en áreas rurales, con tiempo no menor de seis meses, orientados a fin de producir desarrollo en las comunidades; es el caso que mejorando las condiciones de salud de una población, por ejemplo, disminuirían las tasas de mortalidad, produciéndose un aumento de la población, la cual por sus condiciones de desarrollo no tendría medios para subsistir; paralelamente se ve la necesidad de que las poblaciones favorecidas con los servicios Médicos, deberán ser organizadas y recibir educación orientadora que les permita mejorar sus ingresos per capita. Siendo la población de Santiago eminentemente agrícola se evaluará las mejoras en los cultivos y se abrirán nuevos mercados para sus productos, los trabajadores sociales encausarán a la población, introduciendo nuevos sistemas de vida dentro del seno familiar y mantendrán en lo posible costumbres regionales de calificado valor.

En Santiago Atitlán el estudio realizado nos indica que las condiciones de salud son deficientes y que los recursos de salud disponible no están siendo utilizados adecuadamente por la comunidad, además la población no ha recibido los beneficios de un adecuado programa con sentido integral. Por lo tanto para el año 1971 se propone realizar programas que den prioridad a los grupos más vulnerables, madre y niño, a las enfermedades infecciosas y a programas de nutrición, además de la atención médica para las personas que lo soliciten.

**PLAN DE SALUD
PARA SANTIAGO ATITLÁN, SOLOLA
AÑO 1971**

En base al diagnóstico de las condiciones de salud de Santiago Atitlán, obtenido del resultado de los diferentes indicadores, se propone un plan de Salud para ejecutarse a partir del año 1971, con el fin de aplicar los propósitos y objetivos del primer Seminario Centroamericano de la enseñanza de la atención Materno Infantil en las Facultades de Medicina en donde se le da prioridad a la salud Materno Infantil y cuyos propósitos son los siguientes:

- a) Contribuir a disminuir la morbi-mortalidad materna condicionada especialmente por la multiparidad, el aborto provocado, el cáncer del cérvix y otra patología ginecológica.
- b) Contribuir a reducir la morbi-mortalidad del niño, principalmente en la época de mayores exigencias para su desarrollo, incrementando en particular las acciones de prevención de los daños reducibles y promoviendo la atención médica oportuna.
- c) Contribuir a mejorar las condiciones del bienestar familiar, mediante, entre medidas, la educación y eventual otorgamiento de servicios que permitan ejercer conscientemente el derecho y deber de la paternidad responsable, respetando la libre decisión conyugal.

Los objetivos son de carácter asistencial, docente, de adiestramiento y de investigación:

a) **Objetivo Asistencial**

Control Pre-Natal

Atención Técnica del Parto

Bienestar, Educación integral de la familia y regulación de la fecundidad.

Control Infantil y Parvulario.

b) **Objetivos docentes de adiestramiento y de investigación.**

PROGRAMAS

I- **Materno Infantil**

- a- Sub Programa Materno
- b- Sub Programa Infantil

a- **Sub-Programa Materno:**

- 1) Comadronas: Coordinación de sus actividades y programas educacionales.
- 2) Pre-Natal
- 3) Atención del Parto
- 4) Atención Post-Natal
- 5) Planificación Familiar

b- **Sub-Programa Infantil:**

- 1) Atención del Niño Enfermo
- 2) Atención del Niño Sano
- 3) Actividades Educativas
- 4) Nutrición Suplementaria

II- **Atención Médica:**

- a) Consulta Externa
- b) Hospitalización
- c) Actividades Educativas.

III- **Control de Enfermedades Transmisibles:**

- a) Inmunizaciones

b) Actividades Educativas

IV- Saneamiento Ambiental:

- a) Letrinización
- b) Agua Potable
- c) Basuras
- d) Control de Establecimientos
- e) Control de Alimentos

PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

SUB-PROGRAMA MATERNO

AÑO 1971

PROBLEMA	PROPOSITOS	METAS	ACTIVIDADES	INDICADORES
Alta mortalidad materna, tasa variable entre: 1.3 y 7.2	Bajar la tasa de mortalidad materna.	Mantener la mortalidad materna en cifras abajo de 3 x 1000	Consulta pre-natal una vez por semana, de 8 horas según normas.	Mortalidad materna del año 1971.
Alta Natalidad que varía entre las tasas de: 50.1 y 57.3	Conocer la actitud de la población sobre los problemas de la alta natalidad.	Realizar una encuesta en la comunidad sobre aspectos de fecundidad.	Atención de pacientes hospitalizados por complicaciones pre-natales, aborto, amenaza de aborto, parto complicado y puerperio patológico.	Natalidad del año 1971.
Alta mortalidad con tasas que varían entre: 19.7 y 37.5	Bajar la tasa de mortalidad.	Bajar la mortalidad en 10%	Por medio del registro civil conocer el total de comadronas empíricas, organizarlas para su mejor control y darles cursos de adiestramiento.	Mortalidad del año 1971.
Bajas coberturas de atención pre-natal y del parto, 5% atendidas por Médico.	Aumentar las coberturas de atención pre-natal y partos de alto riesgo.	Control del 40% de embarazadas con embarazos probables para 1971 de Urbanas: 156; Rurales: 574	Atención hospitalaria del total de embarazos de alto riesgo.	Registro hospitalario de atención Médica y porcentaje de coberturas.
Falta de control y adiestramiento de comadronas empíricas.	Control y adiestramiento de comadronas empíricas.	Organización y adiestramiento del 100% de comadronas detectando no registradas para control.		Número de comadronas empíricas controladas y adiestradas, en relación con el número total.

PROGRAMA MATERNO INFANTIL
SUB-PROGRAMA INFANTIL

PROBLEMA	PROPOSITOS	METAS	ACTIVIDADES	INDICADORES
Altas tasas de Mortalidad Neo-Natal 182.8 a 106.1	Bajar la tasa de Mortalidad Infantil	Bajar 10% la tasa de mortalidad Infantil por año.	1- Atención Médica de la demanda de niño enfermo.	Tasa de Mortalidad Infantil
Altas tasas de Mortalidad Neo-Natal 79.8 a 32.6	Bajar tasa de Mortalidad Neo-Natal.	Bajar 10% de tasa de Mortalidad Neo-Natal.	2- Atención del 40% de los niños menores de 6 años o sean 6130 consultas a un promedio de 5 consultas por niño o sea 1225 niños según normas.	Tasa de Mortalidad de 1 a 4 años de edad.
Altas tasas de Mortalidad en grupos de 1 a 4 años de edad. 66.4 a 15.0	Bajar tasa de Mortalidad de 1 a 4 años de edad.	Bajar 15% de tasa de mortalidad de niños de 1 - 4 años.	3- Actividades educativas y Servicio 4 horas diarias de consulta médica durante 6 días de la semana.	Tasa de Mortalidad de 1 a 4 años de edad.
Altas tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas.	Bajar las tasas de Mortalidad por enfermedades infecciosas.	Bajar 25% la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas.		Tasa de Mortalidad del Sarampión y Tos Ferina.
Baja cobertura de atención integral a grupos susceptibles.	Aumentar la cobertura en los grupos de Población Susceptible.	Cobertura de 40% de grupos susceptibles.		Porcentaje de cobertura de grupos susceptibles.

ACTIVIDADES MEDICAS

AÑO 1971

PROBLEMA	PROPOSITOS	METAS	ACTIVIDADES	INDICADORES
Demanda de atención Médica por enfermedades tales como : Gastroenteritis, Bronconeumonía, Desnutrición, Sarampión, Tos Ferina, Parasitismo intestinal, Etc.	Proporcionar atención médica integral a la población que solicita los servicios médicos.	Atención del 100% de la población que solicita los Servicios Médicos.	Consulta externa con 2012 horas por año a razón de 4 horas diarias por 6 días de la semana. Atención de enfermos hospitalizados.	Demanda de servicios con un promedio de 350 cc consultas por mes. Demanda de hospitalización, con un número promedio de 90 egresos mensuales. Cumplimiento de la distribución horas-médico.

PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
SUB-PROGRAMA ; VACUNACIONES - AÑO 1971

PROBLEMA	PROPOSITOS	METAS	ACTIVIDADES	INDICADORES
a) Altas Tasas de Mortalidad para Sarampión. b) Altas Tasas de Mortalidad para Tos Ferina. c) Baja Cobertura de los programas de vacunación.	a) Bajar las Tasas de Mortalidad por Sarampión. b) Bajar la Tasa de Mortalidad por Tos Ferina.	a) Bajar en un 60% el valor de las tasas de Mortalidad. b) Vacunar con vacuna contra el Sarampión al 60% de la población de 1 a 6 años que para 1971 es de 3072 niños susceptibles.	a) Promoción Educativa de la población. b) Aplicación de vacunas de vacuna del Sarampión a 3072 niños de 1 a 6 años de edad. c) Aplicación de dos dosis de vacuna DPT a 3072 niños de 1 a 6 años de edad.	a) Tasa de Mortalidad del Sarampión. b) Tasa de Mortalidad Tos Ferina. c) Cobertura total de los programas de vacunación.

SANEAMIENTO AMBIENTAL

AÑO 1971

PROBLEMA	PROPOSITO	METAS	ACTIVIDADES	INDICADORES
1.- Alta contaminación fecal del suelo.	Disminuir la contaminación fecal.	Encontrar solución al problema de contaminación.	Estudiar el método más adecuado para solucionar el problema de contaminación.	Conocimiento general del problema.
2.- Acueducto con condiciones dudosas de potabilidad.	Potabilizar el agua de consumo.	Mejorar condiciones del acueducto.	Mejoras en el sistema de captación y distribución de aguas de consumo. Control periódico de la calidad del agua.	Cambios en la calidad Bacteriológica del agua.
3.- Total disposición insanitaria de basuras.	Mejorar condiciones diversas derivadas de las basuras.	Eliminar basureras públicas libres.	Educación de la población sobre disposición domiciliar de basuras y organización de un tren de aseo.	Desaparación de basureras públicas.
4.- Deficiente control de establecimientos públicos.	Mejorar condiciones sanitarias de establecimientos públicos.	Establecer un programa de saneamiento ambiental.	Visitas periódicas de un inspector sanitario.	Número de establecimientos públicos mejorados.
5.- Deficiente control de alimentos.	Evitar la contaminación de alimentos.	Elaborar un programa de control de alimentos.	Encuesta y cursillos a manipuladores de alimentos.	Número de manipuladores adiestrados.
6.- Bajo nivel educativo sanitario de la comunidad.	Mejorar el nivel educativo sanitario de la comunidad.	Poner en marcha un programa de educación sanitaria.	Cursillos de educación sanitaria a grupos.	Número de cursillos y charlas dadas a grupos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- a) Los Médicos de Salud Pública que trabajan en el área rural deberán hacer un estudio preliminar, para conocer las condiciones de salud de la comunidad.
- b) El Servicio rural de los estudiantes Universitarios del último año, deberá ampliarse en lo posible en las carreras que en forma directa o indirecta tengan oportunidad de proyectar desarrollo a las comunidades y durar no menos de 6 meses por estudiante.
- c) La Universidad deberá formar equipos similares a los propuestos en el presente trabajo y sus elementos deberán ser orientados en función de evolución de comunidades.
- d) Mediante organizaciones locales se buscarán los medios que permitan elevar el nivel de vida de la población y sus condiciones de salud, participando directamente en proyectos tales como introducción de agua potable, drenajes, letrización y servicios públicos en general.
- e) Se propiciará con dichas organizaciones locales el mejoramiento de edificios destinados a prestar servicios de salud, entramiento de elementos de la comunidad para los mismos fines, mejoramiento del equipo de diagnóstico; favoreciendo ingresos que permitan en lo posible el autofinanciamiento del mismo.
- f) Prestará especial interés en la niñez y en los escolares, oportunidad que tienen para introducir normas de salud y conocimientos sobre higiene en general.
- g) Mediante su estudio tendrá el diagnóstico de las condiciones de salud de la población y en base a éste, efectuará programas de prevención, principalmente en el grupo Materno Infantil.
- h) Hará una exploración de la oportunidad que ofrecen instituciones Nacionales o extranjeras en invertir bienes en comunidades en desarrollo con un simple sentido altruista o científico.
- i) Como miembro de un equipo de trabajo, participará activamente con el resto del grupo, para realizar además de las actividades de salud, en organización de cooperativas y a solucionar los problemas sociales en

general que le toquen vivir, ya que es real que todos los elementos internos y externos de la sociedad actúan como un todo y no en forma aislada.

- j) No se podrá efectuar evolución integral en las comunidades, si los servicios de salud no son permanentes, bien orientados, con estudios locales realizados en el seno de los mismos. Mientras los programas se realicen, por ejemplo, aisladamente o en forma de promociones de vacunación, estas actividades aisladas tienen dudoso valor.
- k) Tengo la firme convicción de que los pueblos tienen fe en sus médicos, pero la falta de resultados positivos en la solución de sus problemas y la falta de identificación de los mismos para con su comunidad, les hace perder su afecto.
- l) Las comunidades principalmente indígenas con arraigadas costumbres religiosas y otras, son llamados por algunos áreas difíciles, pero la realidad es que no existen estas áreas difíciles; por el contrario, hay profesionales que no sensibilizan a su población y no les permiten encontrar a los pobladores los positivos beneficios de sus servicios.
- m) El presente trabajo es adaptable a la mayoría de comunidades de Guatemala en vías de desarrollo, las cuales sufren en la actualidad similares condiciones de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Ascoli, Werner, Miguel A. Guzmán, Nevin S. Scrimshaw and John E. Gordon. Nutrition and Infection Field Study in Guatemala Villages, 1959-1964. IV. Deaths of Infants and Preschool Children Arch Environ Health-Vol 15: 439-450, Oct. 1967.
2. Behard, Moisés; Nevin S. Scrimshaw, Miguel A. Guzmán, John E. Gordon. Nutrition and Infection Field Study in Guatemala Villages, 1959-1964. VIII. An Epidemiological Appraisal of its Wisdom and Errors. Arch Environ Health-Vol 17: 814-827, Nov. 1968.
3. Douglas, William G. Los pueblos del Lago de Atitlán, Guatemala. Seminario de Integración Social. 1968, pp: 229-276.
4. Ehlers, Víctor M & Steel, Ernest W. Saneamiento Urbano y Rural, traducción al español por el Dr. Jaime Raig, 6a. Edición México. Editorial Interamericana, S. A. 1965.
5. Freeman, Ruth B. & Holmes, Edward M.. Administración de los Servicios de Salud Pública. México, Editorial Interamericana, S. A. 1960, pp: 30-134
6. Dirección General de Estadísticas, Ministerio de Economía. República de Guatemala. Guatemala en Cifras 1968.
7. Hilleboe, Herman E. & Larimore Granville W.. Medicina Preventiva; Traducción al Español por el Dr. Santiago Sapiña Renard. 2a. Edición, México, Editorial Interamericana, S. A. 1968, pp: 298-309 y 473-486.
8. John, D Early. Demographic Profile of a Maya Community, the Atitecos of Santiago Atitlán Reprinted from Milbank Fund Quaterly. 48 (2 Part 1); pp: 167-201, April 1970
9. Miguel A. Guzmán; Nevin S. Scrimshaw; Hans A. Bruch; John E. Gordon. Nutritional and Infection Field Study in Guatemala Villages, 1959-1964. VII. Physical Growth and Development of Preschool Children Arch Environ Health-Vol 17, pp: 107-118, July 1968.
10. Nevin S. Scrimshaw, Miguel A. Guzmán and John E. Gordon.

Nutrition and Infection Field Study in Guatemala Villages, 1959-1964 I. Study Plan and Experimental Design. Arch Environ Health-Vol 14; pp: 657-662, May 1967.

11. Nevin, S. Scrimshaw, Miguel A. Guzmán, John E. Gordon, Werner Ascoli, Hans A. Bruch. Nutrition and Infection Field Study in Guatemala Villages, 1959-1964. II. Field Reconnaissance, Administrative and Technical; Study Area; Population Characteristics; and Organization for Field Activities. Arch Environ Health-Vol 14; pp: 787-802, June 1967.
12. Nevin S. Schimshaw, Miguel A. Guzmán, Marina Flores and John E. Gordon Nutrition and Infection Field Study in Guatemala Villages, 1959-1964 V. Disease Incidence Among Preschool Children Under Natural Village Conditions, With Improved Diet and With Medical and Public Health Services. Arch Environ Health-Vol 16; pp: 223-234, Feb. 1968.
13. Roselot Vicuña, Jorge. Primer Seminario Centroamericano de la Enseñanza de la Atención Materno-Infantil en las Facultades de Medicina. Antigua Guatemala, Guatemala, C. A., Septiembre 1970.
14. Ruata Villanueva, Jorge Mario. Estudio de la Mortalidad General en el Municipio de Patzicá, durante el decenio de 1960 a 1969 e investigación de las causas de mortalidad Pre-escolar en el último año, en la cabecera Municipal de Patzicá. Tesis; Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala. Junio de 1970.

Vo. Bo.

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria

Br. Raúl Edgardo Roca Barillas

Dr. Luis Octavio Angel A.
Asesor

Dr. Carlos Waldheim
Revisor

Dr. José Quiñónez Amado
Director de Fase III

Dr. Carlos Alberto Bernhard
Secretario

Vo. Bo.

Dr. César Augusto Vargas
Decano