C. 2.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA
GUATEMALA, C. A.

"DIAGNOSTICO SOCIO-ECONOMICO DE UN HOSPITAL DE AREA DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA"

JESUS OLIVERIO ARITA FIGUEROA

Guatemala, Mayo de 1973.

CONTENIDO

I. PRESENTACION

II. INTRODUCCION

III. PRESENTACION DEL PROYECTO DE LA INVESTIGACION.

IV. CAPITULO I.
De los Hospitales Coloniales se heredó buena parte de la Filosofía de los actuales Hospitales Departamentales.

V. CAPITULO II.
Los principales problemas de Salud de San Marcos son consecuencia de la Falta de una adecuada Integración social y del sistema económico, basado en la tenencia y explotación de la tierra.

VI. CAPITULO III.
La Fundación del Hospital Nacional de San Marcos y su función participa de la imágen del Hospital de Caridad de la Colonia.

VII. CONCLUSIONES.

VIII. RECOMENDACIONES.

IX. APENDICE.

X. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

Fue la observación directa en Práctica de Internado Rotatorio -abril a noviembre de 1972- en el Hospital Nacional de San Marcos lo que me situó panorámicamente en el conocimiento del problema que decidí investigar.

Sabiendo que los pacientes que acuden al hospital mencionado afrontan serios problemas socio-económicos, nació la curiosidad científica de hacer una investigación de los mismos en relación a sus problemas médicos.

En septiembre -del mismo año- ya con un plan trazado, se inició una serie de entrevistas con pacientes hospitalizados, lo que sirvió para adaptar la metodología, para posteriormente fijar la uniformidad de criterios necesaria.

El particular enfoque del Autor es apoyado en citas bibliográficas intercaladas en la obra y en la información que se acompaña en un apéndice, por asunto de forma.

Todo el contenido del trabajo persigue una primordial finalidad de plantear un problema de medicina social de aspectos por primera vez estudiados.

PRESENTACION DEL PROYECTO EN QUE SE BASO LA INVESTIGACION

TEMA: DIAGNOSTICO SOCIO-ECONOMICO DE UN HOSPITAL RURAL DE GUATEMALA.

EXPOSICION DE LOS FINES:

1. - Estudiar las funciones que cumple el Hospital Nacional de San Marcos.

2. - Analizar las condiciones socio-económicas y médicas de los pacientes - que ingresan al citado hospital.

3. - Sentar las bases generales del diagnóstico de salud del área de San Marcos, el que aún no se ha hecho.

4. - Motivar al investigador, al estudiante en general y al universitario en particular a hacer trabajos de campo que puedan ser utilizados para - programar racionalmente nuestro desarrollo y permitan una concepción clara de nuestra auténtica nacionalidad.

5. - Hacer ver que una sola comunidad guatemalteca amerita un trabajo de campo en equipo por varios profesionales, o gente con conocimiento - en distintos aspectos, estudiantes por ejemplo: de derecho, medicina, ingeniería, agronomía, etc., personas no movidas por un sueldo de - empleado público, a fin de lograr una información válida y no seguir falseando la realidad con estudios prejuiciados que pretenden explicar lo todo en base a informaciones solicitadas a los lugares en estudio - por correo.

6. - Buscar una explicación lógica a los problemas encontrados.

7. - Ofrecer a los programas de desarrollo de Guatemala esta información a fin - de que se integre a los estudios ya hechos, tal el caso de las tesis de graduación: "La realidad jurídica del indígena guatemalteco" del Lic. Julio Hernández Sifontes, "Análisis y consideraciones sobre problemas sanitarios de - Guatemala" del Dr. Carlos Gehlert Mata, "Consideraciones Sociales sobre Protección Materno Infantil en el área rural de Guatemala" del Dr. José Antonio Solares Camey; a la obra "La Patria del Criollo" del Lic. Severo Martínez Peláez y a otras muchas a fin de obtener todas las facetas del problema rural guatemalteco.

Hipótesis:

- Los pacientes que consultan el Hospital Nacional de San Marcos afrontan, en su inmensa mayoría, serios problemas socio-económicos.
- Tales problemas hacen llegar al hospital, en demanda de atención, a pacientes que padecen enfermedades prevenibles de tipo crónico, que si no son la causa principal de su ingreso, lo condicionan en buena parte y hacen las convalescencias largas, y lo que es peor, no se logra una solución definitiva o al menos duradera del problema.
- Los recursos disponibles, humanos físicos y financieros del Hospital son - insuficientes aún en el caso ideal de que se concretara a lo estrictamente hospitalario.

- La falta de una adecuada utilización de los recursos de la comunidad y del estado tiene profundas raíces de tipo histórico y se trasluce en una franca hegemonía de la clase ladina en todas las resoluciones.

LA METODOLOGIA EMPLEADA FUE LA SIGUIENTE:

- Interpretación de fuentes históricas que guardan relación con el problema.
- Investigación bibliográfica y de Archivo.
- Aprovechamiento de experiencias ajenas y propias en giras de trabajo por la región. (El autor fue supervisor de área en la primera campaña de vacunación antisarampionosa y atendió puestos de salud ocasionalmente).
- Investigación directa por muestreo de los pacientes ingresados en el mes de Octubre de 1972, que incluyó: aspectos de vivienda, servicios públicos de la comunidad en que vive el paciente, la utilización que de ellos hace él y su familia, conducta del paciente frente a la enfermedad, clasificación económica extendida a su hogar, y cómo está integrado éste y cuántos y cuáles de sus miembros trabajan.

"... el fin de la historia, no es escribir las cosas para que no se olviden, sino para que enseñen a vivir con la experiencia, maestra muda, que es la utilidad y bien público..." (7)

CAPITULO NUMERO UNO

DE LOS HOSPITALES COLONIALES SE HEREDO BUENA PARTE DE LA FILOSOFIA DE LOS ACTUALES.

Por razones que al transcurso se aclararán al lector, es dable decir que en San Marcos podría escribirse la historia de la América Indigena, desde luego excluyendo la historia en su forma descriptiva en favor del análisis interpretativo en forma retrospectiva.

Nos ocuparemos en adelante en demostrar que una de nuestras instituciones de servicio público, la encargada de velar por la salud de los habitantes de la región fría del Depto., (el Hospital Rural y Tradicional), puede ser evaluado como una realidad de tipo histórico social. Para ello no glosaremos la historia de la medicina guatemalteca, ni siquiera del hospital guatemalteco, mucho menos haremos una repetición de lo ya investigado. El mucho abarcar ha sido el mayor error de la generalidad de los investigadores que han pretendido estudios generales sobre problemas guatemaltecos de distinta índole como si la extensión que abarca tema diera mayor calidad al trabajo.

Esto no es más que un trabajo de campo y el resultado de una particular ex-

periencia rural.

Los aspectos más sobresalientes en materia de salud me inclinaron a hacer una interpretación histórico social ya que allí pareció estar el meollo del asunto, que en general se tendría que llamar, descuido tradicional de las instituciones de salud pública, no de parte de su personal que lucha en condiciones difíciles y no excento de enfado, ni tampoco de ningún gobierno en particular, sino de algo más complejo que queremos dejar claro.

Es incontrovertible que Guatemala desde la conquista hasta nuestros días, no ha sufrido ningún cambio revolucionario de fondo en lo que abarcan 448 años de desarrollo, entrelazados como es lógico, tanto en lo positivo como en lo negativo, sin menospreciar los méritos, un tanto debatibles, de la Independencia y el de procesos revolucionarios 1871 y 1944 como principales.

Sin ser un propugnador de cambios violentos, lo que está más a tono con el irracionalismo partidista, sostengo fírmemente que una revisión, hecha por técnicos y no por políticos, y un cambio substancial en todos los órdenes es vital para el país y sería desastroso que el guatemalteco nacionalista no se considerara en capacidad para hacerlos a su propia exigencia e imágen.

Situémonos pues, en el inicio de ese largo período de 448 años, forma y principio de nuestro actual comportamiento social. Si tal hiciéramos con éxito, habríamos demostrado una vez más, que un pueblo y sus problemas no son

más que el resultado de un particular desarrollo histórico.

Empecemos por penetrar la mentalidad del español conquistador, sin olvidar a la Corona, a la Iglesia y al Indígena que como se verá todo ello es suma de nuestro orígen socio-económico, el que revistió de una particular filosofía al primer hospital fundado en Guatemala, dándole lo que puede considerarse el primer indicio de división ultraclasista de la atención médica y que dejó el camino abierto a nuevas instituciones de su tipo que no pudieron evadir, al menos del todo, el comportamiento segregatorio de la institución original, viniendo a ser una de las muchas segregaciones que se dieron y que indirectamente aún se dan, como elementos de un sistema fundamentalmente económico y en parte torpemente manejado.

Como se dijera que la intención del trabajo es más interpretativo que descriptivo, no nos ocuparemos en señalar "errores históricos" que en la revisión encontramos y que han sido y son la delicia de los historiadores. Nosotros más queremos penetrar lo "humano" de nuestra historia y preferimos para ello escoger obras "ad-hoc".

Además de otras referencias necesarias nos apoyamos en esta parte del trabajo en dos obras que nos permitieron estructurar la parte que nos interesa del pensamiento colonial y que es el marco de nuestra realidad médica: "La Historia General de las Indias Occidentales y Particular de la Gobernación de Chia-

pa y Guatemala, escrita por un fraile que llegara a Santiago de los Caballeros de Guatemala apenas 89 caños después que don Pedro de Alvarado puso pie en Iximché, y la "Recordación Florida" de Fuentes y Guzmán, quien terminó de escribirla en 1699. Desde luego es clara la preferencia por la primera de ellas por varias razones:

1. - La motivación de las obras es distinta.
2. - De Remesal se espera, por ser elemento del clero, una relación más íntima con el aspecto médico.
3. - La naturaleza de su misión "catequizadora" lo sitúa como acusador -- "velado" de los desmanes del conquistador y del criollo, a la vez que "defensor" de los derechos del indígena, en beneficio de la Iglesia y la Corona, claro está.

Desglocemos más los enunciados anteriores: Remesal escribe para así, -- (entiéndase la Iglesia), y ladinamente para el Rey, (recuérdese que los dominicos fueron el brazo derecho de la Corona y en general el clero, pensamiento que tambien se puede invertir sin cambiarlo mucho de significado dado el provecho que obtuvieron, como Embajada Real no tan bien disimulada).

Fuentes y Guzmán también escribe para él, (entiéndase el criollo terrateniente y su clase), pero sobre todo para la capa de su clase que corresponde a los herederos de conquistador; para sus ilusiones de cronista del Reyno, desde luego mal pretendida aunque no por sus méritos personales; se nos presenta como fiel súbdito de Su Majestad, sentimiento que no siente por no convenirle y el que fue más tarde piedra angular del movimiento independiente de hechura genuinamente criolla.

Remesal en uno de sus pensamientos, si lo sacamos de su reducido contexto, explica no sólo la intención en relación a éste, sino el de toda la obra.

> "Heme contendado con referir esto poco sacado de lo mucho que queda para que de aquí se pueda colegir lo demás". (7).

Para su desgracia no coligieron solo los que él esperaba y de aquí la suerte - de su obra y la del autor.

Por conveniencia juntemos lo anterior a un planteamiento general de lo que nos parezca útil del proceso de conquista y establecimiento del régimen colonial el mismo que imprime temor a la obra de Remesal:

> "escribiendo en tiempo en que hay muchos testigos vivos..." (7).

y del que se podía esperar lo que a la postre llegó:

> "Ya en el extremo de hallarse en artículo de muerte, (preso por sus escritos), pidió los sacramentos de la Iglesia, y ¡atroz infamia!... ¡ le fueron negados..." (7)

De más está decir que Remesal no ignoraba el peligro en que incurría, y es que entre elogios describes con diplomacia hechos que sin la venia de la - Corona no se habrían publicado nunca, y es que aquella, comenzaba a cansarle el conquistador que pretendía más derechos que ella misma, comportamiento - que se ve en la mala acogida de la obra de Fuentes y Guzmán cuyo extravío en las Cortes no convence.

La conquista de Guatemala fue una imposición de dominio de características especiales si tomamos en cuenta el escaso número de españoles con que contó Alvarado.

> "setecientos cincuenta hombres de calidad..." (6)

de los cuales 300 eran indígenas mejicanos, lo que confirma la fidelidad de la descripción de Remesal:

> "Corrió Pedro de Alvarado con su ejército toda la tierra como un rayo, sujetando la mayor parte de ella por las armas, Y LO DEMAS POR MIEDO, que en todos le causó muy grande el ESTRAGO que hizo en Soconusco,..." (7)

No se puede señalar mejor su táctica militar de velocidad y terror. No podía hacer otra cosa su "ingenio" guiado por ambición de poder, fama y oro, aparejado a un absoluto desprecio por la vida de una raza calificada de infra---humana.

Es sin lugar a dudas que mal cumplían:

> "Las cristianas y rectas instrucciones que les dió Cortés". (6)

los mismos que más tarde fueron calificados de:

> "...caballeros e hidalgos, cristianos viejos y que mamaron en la leche de la fé de Cristo,..." (7)

El primero elogia al conquistador queriendo participar de sus méritos; el segundo para encubrir lo que en otras partes de su obra descubre:

> "...en aquellas tierras, hallaron aquellas gentes, mansísimas ovejas, como, y mucho más que los otros que las ---

> suelen hallar en todas las partes de las Indias antes de que les hagan daño los españoles..." (7)

Muchísimas más citas podrían hacerse a este respecto, pero para no abultar innecesariamente sin provecho, seguiremos al conquistador en su paso a colonizador - para formarnos idea de su vida. Es aquí donde el elemento tierra y hombre, "indígena", representan el mayor regalo al español y el objetivo inmediato al saqueo de los poblados indígenas.

Caro pagó Guatemala lo que pudo haber sido objeto de mejor suerte:

> "Y esta parte de Goathemala, es lo mejor de la tierra en fertilidad, regalo y temperamento, por cuyas razones era tan codiciada." (6)

Y no fue mejor la que hubo de tocarle al "indígena"; si vemos que en Almolonga:

> "Con la prisa de hacer sus casas, no perdonaban algunos vecinos a los dias de fiesta para su labor, ni ellos daban lugar a QUE SE DESCANSASEN LOS TRISTES INDIOS. Remediose este mal ejemplo a los treinta de marzo de mil — quinientos y treinta y cuatro..." (7)

Dos años antes:

> "no faltaba tampoco que remediar, porque en el mercado, ..., había mucho desorden, que los soladados y gente licenciosa, tomaba a los índios lo que se les antojaba, y no les daba más paga que muchos bofetones o palos o quitarles la vida con alguna puñalada." (7)

Esbozada como dejamos la situación del indígena en relación a la actitud colonizadora del español, pasemos a hacer una interpretación a partir de

la primera ciudad fundada por españoles en Guatemala por ser ese el orígen de las primeras instituciones coloniales incluyendo las destinadas a la salud.

Fuentes y Guzmán niega que la primera ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala, se trate de Tecpán Guauntemallan y dá buenas razones para ello. También Remesal se refiere a la primera ciudad diciendo que el lugar donde los españoles tuvieron su primera ubicación:

"... solo lo tomaron de prestado..." (7)

Es comprensible que así fuera y damos por hecho de que el sitio exacto no se conoce, o es el de Iximché. Lo que si era de esperarse es que dedicados como estaban a hacer la guerra, usaron de una ciudad indígena, que remodelaron para su cuartel general. En esta situación germinó la idea de dar asiento definitivo a la ciudad en un lugar que se escogería a propósito y el que al final de cuentas fue Almolonga.

El escoger el lugar no les llevó prisa y pudieron buscar en él todos los elementos que en la época les pareció deseables, conviniendo recalcar el que parece fue determinante:

> "Que sitio tenía más comarca de lugares de los naturales, para EL SERVICIO y compañía de la ciudad." (7)

preocupación hartamente comprensible siendo esta la única mano de obra efectiva y sometida a uno de los peores sistemas esclavistas que ha conocido la humanidad.

Es hasta el 22 de noviembre de 1527, día de la fundación en Almolonga, cuando al ordenar el trazo de la ciudad se piensa:

> "Que se señale un sitio para un hospital a donde LOS POBRES Y PEREGRINOS sean acorridos y curados el cual tenga por nombre y advocación el HOSPITAL DE LA MISERICORDIA." (7)

Dos años después de esta disposición:

> "En cinco de noviembre de mil y quinientos y veinte y nueve... en la ciudad había ciento y cincuenta y cinco vecinos...", (7)

y las distancias y caminos hacían imposible la existencia de peregrinos, y pobres tampoco había, entonces, ¿para quienes se pretendía fundar un hospital?.

Indaguemos cual era la situación económica de los primeros vecinos en Almolonga. La transcripción siguiente en que se prohíbia pagar "más de lo debido" por los trabajos manuales es harto elocuente:

> "Y en este género de buen gobierno fueron muy puntuales los que tuvieron a cargo el de la ciudad de Santiago, porque -- por lo menos de dos a dos años hacían tasaciones y aranceles nuevos, haciéndolos guardar aún A LOS QUE HABIAN DE PAGAR LA OBRA, QUE SIENDO SEÑORES DE SUS HACIENDAS, no se les consentía gastar EN DAR MAS AL OFICIAL DE LO QUE POR LEY PODIAN RECIBIR.
> Refrenada de este modo la codicia de los oficiales, dieron ellos en molestar a los vecinos por otro camino, Y A NO QUERER RECIBIR POR PAGA DE SU TRABAJO OTRA COSA QUE NO FUESE ORO O PLATA y hasta que se veía, detenía el sastre los vestidos,... Y duró este desorden hasta que en el Cabildo que se tuvo a los diez y nueve de febrero de mil quinientos y veinte y nueve, se les mandó recibir la moneda corriente de la tierra..." (7)

Para el indígena tampoco era este hospital, de haber sido así, se habría especificado no en la forma en que se hizo. Todo orienta a que don Jorge de Alvarado simplemente estaba cumpliendo con una forma de rigor típica, que eso esperaría el Rey de "tan buen cristiano".

Esta disposición de fundar un hospital es la primera de la que se tiene noticia a pesar de que la primera ciudad tuvo 3 años de vida, que aunque improvisada participó de actividad civil:

> "Entretenidos los vecinos en mirar la tierra, acabarla de pacificar, descubrir minas, comenzar a labrarlas, HACER PARA ESTO ESCLAVOS, DEL MODO QUE PUDIESEN HABER, y en criar sus ganados que multiplicaban a maravilla, por el --- buen temple de la tierra y fertilidad de las aguas y pastos se les pasó un año casi sin sentir..." (7)

Bien se dice a los 3 años de Santiago en Almolonga, y a 6 de ser ciudad, - que:

> "AL PRINCIPIO NO DEBIO DE HABER TANTA NECESIDAD - DE ESTE HOSPITAL y así solo se halla memoria del de aquí a tres años, que se mandó fundar, porque en el Cabildo que se tuvo a los nueve de noviembre de mil y quinientos y treinta, se dice así: Que para hacer una casa y hospital para la santa cofradía de Nuestra Señora se diese un sitio que para - ello fuese conveniente". (7)

Fácil ha de haber sido el dar sitios en el valle, sin embargo, para hacer efectiva esta donación tardaron cuatro años más, y es hasta 1534, a punto de cumplir la disposición de fundar el hospital 7 años y 10 de existir ciudad que:

> "...a su cofradía y hospital hacen donación de las casas de - Cabildo, por las razones tan pías y tan cristianas que se dieron el día de la dicha donación se hizo, que fue a los cuatro de mayo de mil y quinientos y treinta y cuatro". (7)

Que esta casa destinada a hospital haya cumplido su misión no lo dice Remesal y todo hace creer que nó. Antes de apuntar las razones del caso, permítaseme documentar más, con otra cita, el trato que por aquellos tiempos merecía el indígena:

> "Que en esta ciudad, algunas personas, no mirando, que de - ello viene mucho daño a los vecinos, e otras personas, los indios que mueren en sus casas, no los entierran, e los dejan - comer de perros y aves, e podrir dentro de la dicha ciudad, de que suelen a venir a recrecer muchas dolencias a los vecinos y habitantes....., según consta por el Cabildo que se tuvo a los treinta días de diciembre de mil y quinientos y treinta años". (7)

Pero sigamos con el aspecto médico que como se sabe estaba en manos del clero:

> "... no es pequeño embarazo CURAR LOS ENFERMOS, enterrar y llorar los muertos..." (7)

lo que hace pensar que si el hospital hubiese funcionado no habría escapado esa - afirmación a la obra de Remesal que hacía votos en su favor, incluso saliéndose del tema como por ejemplo cuando hace alusión al Hospital de Santa Marta:

> "...y para que se conservase el Hospital de Santa Marta..." (7)

Es más, cuando refiere el desastre de Almolonga no hace ninguna referencia al hospital, ni lamentando su pérdida, en ese momento tan necesaria, ni señalán

dole actividad alguna. Es de concluír que Santiago de los Caballeros de Guatemala nunca tuvo hospital en los años que duró en Almolonga, o bien que la casa que a tal se designaba, era tan inoperante que ningún servicio prestó durante el desastre, o su pérdida no importó ni hizo falta.

Como Remesal hizo con su obra una división del tomo I y II, empezando en este con la destrucción de la ciudad por el Volcán de Agua, nosotros tambien buscaremos anudar nuestra revisión a partir de 1541:

> "... año singular y notable que corta el hilo a todo lo que se ha dicho y fue el asiento y gobierno de nuestra ciudad - de Santiago desde que se fundó hasta él y comienza nueva te la, nueva fundación, nuevo gobierno, nuevos vecinos, - nuevos cuidados..." (7)

y para nosotros la búsqueda del primer hospital guatemalteco que lleva de - existir teóricamente en las resoluciones del Cabildo casi 14 años.

Con la edificación de la nueva ciudad en el valle de Panchoy, volvió a advertirse la prisa de los españoles en querer construir sus casas, pero la mano de obra indígena había bajado de calidad obstensiblemente:

> "...cada uno de por sí, es gente de poco trabajo, y juntos hacían algo y con todo esto era poco, que seis peones no trabajaban tanto como uno de España, PORQUE COMO SU COMIDA ES POCA, son para poco" (7)

Y el cuadro del indígena levantando casas de español vuelve a darse:

> "...cada vecino quería darse más prisa que el otro en acabar su casa, y como estas ventajas habían de SER A COSTA DE LOS TRISTES INDIOS habíalas tambien en los malos -- tratamientos, y FALTANDOLES EL SUSTENTO ENFERMABAN Y MORIAN MUCHOS arrimados a las paredes, tendidos por aquellos suelos, o en los hoyos que hacían para sacar la tierra de las tapias." (7)

La situación que se dió fue tan alarmante, o la bondad de dos frailes dominicos era tanta, que:

> "... el padre fray Pedro de Angulo, y el padre fray Matías de Paz, que más de ordinario que otro ningún padre residía en el convento... procuró limosnas y compró un sitio no muy lejos de la casa..., y en él edificó una casa cubierta de paja, del mejor modo que le fue posible, y en ella recogía los indios - enfermos que topaba por las calles..." (7)

Este hospital para indígenas es del primero que se tiene noticia cierta en -- Guatemala. Comprensible es, que el español no iba a este hospital sostenido - por domínicos, y no habiendo otro se desprende que su atención era de tipo domiciliar.

Los domínicos cambiaron de lugar el hospital y algo lo mejoraron, pero dada la alta demanda de atención médica se vieron obligados a solicitar ayuda económica a la Corona:

> "... al año siguiente de mil y quinientos y cincuenta y cuatro libró Su Majestad quinientos pesos de oro, en la caja de los bienes de difuntos de Sevilla para el edificio del hospital - y además de esto encarga al presidente de Guatemala, que en todo lo que pudiere ayude y favorezca la dicha obra. Manda tambien Su Majestad QUE SE PONGA UN REPARTIMIENTO DE INDIOS EN LA CORONA REAL y de los tributos, (¡vaya paradoja...!), se den al hospital seiscientos pesos cada año..." (7);

Pero no para allí la suerte del Hospital de San Alejo, que así lo bautiza--

ron los domínicos:

> "...el obispo don Francisco Marroquín..., estaba edificando a su costa en la ciudad otro hospital en que se curasen los españoles enfermos..." (7)

y no se le ocurre mejor cosa que pedir de la Corona, la atención de los indígenas en su hospital, por lo que solicita la renta concedida a aquellos, producto de su propio trabajo, a lo que el Rey da orden:

> "...que se le admita y desde aquel día,(veinte y nueve de noviembre de y mil quinientos y cuarenta y nueve), se llame, EL HOSPITAL REAL DE SANTIAGO..." (7)

Conocido el trato que el español daba al indígena, este se resistió a asistir al hospital del obispo y los dominicos tuvieron que hacerse cargo de nuevo de su atención médica, con el agravante de haber perdido la exigua renta:

> "Porque aún si estando buenos y sanos, no pueden ver español mil lenguas de sí, cuánto más enfermos, tristes y melancólicos, les sería la muerte juntarlos a cristianos, a quienes ellos atribuían su enfermedad, su mal y desventura. No hubo remedio de llevarlos allá." (7)

Hiceron los domínicos nuevas gestiones solicitando ayuda económica a Su Majestad, conociéndose la de mil quinientos sesenta y cuatro, (1564), solicitud de la que el Rey se indaga cuatro años después, (1568), Se tiene noticia de que por el año de 1616 seguía funcionando el Hospital de San Alejo con 600 pesos de renta. (7)

Si un fraile que lo menos que pretendía era dagnificar al clero dejó para la posteridad esta información en que la discriminación del indígena no escapaba ni a los predicadores cristianos que otra cosa tendría que esperarse de otras instituciones como el hospital:

> "Que a ningún natural se le diese el hábito sin expresa licencia del padre provincial." (7)

Quiere sin embargo desvirtuar la discriminación y se expresa así:

> "No fue voluntaria, ni sin causa la escasez a que aquellos padres tuvieron en dar hábito..." (7)

obligó, según él, a promulgar leyes en contra del indígena que practicamente - vedaban su ingreso al clero.

No hay duda que nuestro origen social falto de integración a base de un sistema económico y cultural segregatorio, explica satisfactoriamente nuestro actual comportamiento, de cuyo estudio nos ocuparemos en los siguientes capítulos. (*).

(*) Quien quiera ahondar otros aspectos no médicos, puede hacerlo en la "Patria del Criollo" del Lic. Severo Martínez Peláez.

CAPITULO II.

LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE SAN MARCOS SON CONSECUENCIA DE LA FALTA DE UNA ADECUADA INTEGRACION SOCIAL Y DEL SISTEMA ECONOMICO BASADO EN LA TENENCIA Y EXPLOTACION DE LA TIERRA.

El hecho de que Guatemala carece de una adecuada integración social es asunto aceptado. Los tradicionales grupos "ladino" e "indígena" con una franca ventaja del primero sobre el segundo, así lo confirma.

Guzmán Böckler acierta en llamar al "ladino" un ser ficticio, pero su dominio a nivel nacional no lo es. Su dependencia del extranjero, no es de manejo en sentido estricto, a lo más de uso, defensa y sostenimiento de la capa dominante, creándose así, una relación recíproca de beneficio mutuo: el extranjero y el "ladino" hermanados por el sistema, y al decir "ladino" los englobo a todos, hasta aquellos que no han gozado del poder político y económico en forma directa, (universitarios, obreros, profesionales etc.), pero en general son privilegiados del poder de clase.

Guatemala no escapó al franco cambio de valores en que se ha visto envuelta la cultura occidental. El factor monetario que se hizo sentir con toda su fuerza después de la segunda guerra mundial, y que dió al dolar hegemonía prácticamente universal, la que persiste aunque ya no con tanta ventaja, es un elemento no despreciable en cuanto a estratificación social se refiere. No hago alusión al aspecto económico en general sino a la influencia metálica, que hoy más que nunca ha determinado una filosofía dolarizante en el área de influencia norteamericana, y que cada vez con más intensidad influye las relaciones sociales, caso que se dá en las capas más altas de la clase ladina, movida cada vez más por este influjo despersonalizado, que se percibe no sólo en ellas, sino en casi toda la escala social. Si agregamos la influencia propiamente cultural en todos sus aspectos encontramos que en toda Guatemala y en cada capa de la sociedad hay elementos que buscan fugarse, emerger de la propia hacia la occidentalización, lo que sería deseable si se pudiera prescindir de la copia o trasplante de modelos extranjeros que casi siempre resultan incongruentes con nuestro propio desarrollo y que no son consecuencia directa de él, sino de un complejo psicológico quenos hace ver todo lo extranjero como mejor que lo nuestro; me refiero a la verdadera esencia de la nacionalidad guatemalteca pobremente cultivada y exaltada.

Que existe una tendencia nacionalista no es de negarse, pero esta áún es débil y su fortalecimiento es imperativo.

La Universidad sobre todo tiene una deuda con el país y la corriente nacionalista que se le debe exigir ya empezó a germinar, tal es el caso de le extensión universitaria que incluyó a San Marcos, entre otros departamentos, y la extensión de los servicios de salud por medio de "puestos de salud" a nivel de municipio cuyo mérito no se le regatea a Salud Pública, sin embargo, son ensayos que aúnque positivos no llenan a cabalidad las exigencias.

En estudio que hiciera sobre la década de 1950 a 1960 para determinar el esfuerzo hecho por cada uno de los gobiernos centroamericanos en su propio país tendientes a erradicar el analfabetismo, el mayor correspondió a Costa Rica, sin embargo, no hizo cuanto debía. Cubrió las exigencias al momento de iniciar los programas alfabetizadores pero no pudo hacer nada sobre el aumento de las cifras de analfabetos por explosión demográfica, y se menciona, porque es el caso de prácticamente todos los programas de desarrollo, incluidos los de salud.

La colonia, el sojuzgamiento del natural, (indígena), la apropiación de la tierra por el grupo dominador y su explotación apoyada en sus presumibles derechos en contraposición a todo lo "negativo" del indígena, explica la mayor parte de nuestro comportamiento social, pero está lejos de explicarlo todo. En San Marcos ya no es tan fácil decir "lo indígena" o, "lo ladino". Preferiré referirme a un sector minifundista en las tierras altas y otro latifundista — en las tierras bajas. El primero numerosísimo ubicado en la zona menos productiva, de más difícil acceso y culturalmente considerada "indígena", pero sobre todo en proceso de ladinización o mejor de occidentalización.

La palabra ladinización nunca la aceptará el indígena de buen grado por una sencilla razón: es decirle literalmente cambiado a ladino. (En realidad la crítica es hacia un asunto de forma que se les pasó por alto a los antropólogos).

En cuanto al "indígena", es sin duda su situación económica ligada al minifundio lo que se puede considerar el eje de su comportamiento, sólo quien no conoce la situación podría afirmar lo contrario.

Se hace la aclaración por las siguientes razones: para situarse en San Marcos es sobre todo necesario no prejuzgar en base a la información acumulada del estudio "general" del "indigenismo guatemalteco", y si lo hacen conmigo, no esperar de mis observaciones un interés sociológico o antropológico puro, esa pretensión sería nefasta para el fin inmediato de este tesis, y si hago incursiones en esos campos, es más por la necesidad a que me determinan la falta de información sobre el problema actual. La tendencia a buscar un sólo aspecto en forma principal aduce a razones de estudio.

El hecho de que no se haya borrado en varios siglos el comportamiento cultural segregatorio del "ladino", orienta a pensar que persiste al menos el elemento principal que le dió origen;*

Si hay discriminación en la poseción de la tierra, es lógico que persista discriminación cultural que eso mismo fue causa y efecto del sistema discriminatorio de la colonia.

---

* = Ver el mapa con datos de distribución de la tierra en S.M.

No nos entretendremos a considerar como en San Marcos ha cambiado históricamente la tenencia de la tierra, lo que ameritaría otro estudio, nuestro planteamiento aunque simple es válido al considerar que fundamentalmente ha existido franca desventaja para adquirir o conservar la tierra productiva - por el individuo de menores recursos y que huelga decir, se trata del indígena, (desconocimiento de la ley, del idioma oficial, total o parcialmente, - con problemas familiares que lo obligan a vender: de alimento, de salud, de vestuario, etc. y sin instituciones proteccionistas de parte del estado, de quien tiene en contra a todos los "ladinos" que manejan el sistema jurídico).

La relación del "indígena" con el minifundio es sólo una parte determiante de su vida, la otra en importancia, (de cuyo análisis no pasaremos a las - de menor cuantía), es su relación con el latifundio, la cual en materia de salud tiene hondas repercusiones que luego analizaremos.

Si bien es cierto que la expropiación de tierras indígenas no se dá en forma franca, no menos que expropiación se puede llamar la utilización de los recursos "ladinos", económicos y legales para comprar "de ganga" los mejores terrenos de aquellos, lo que ha ido arrinconando por así decirlo, al indígena en las peores tierras del altiplano. El uso del sistema jurídico en esta forma no sólo ha incidido sobre el indígena, sino sobre todos los minifundistas, campesinos en general, por lo que podríamos hablar con propiedad de "el indígena y quienes hacen clase social con ellos", que para el efecto, casi en la mis--

ma desventaja se encuentra un campesino ladino o un indígena ladinizado, aunque el uso del idioma y el aprovechamiento de los recursos ladinos que se ponen a su - alcance, hace que éstos se defiendan mejor del fraude legalizado.

Teóricamente, conociendo que Guatemala es un país cuya economía se cen-- tra en su producción agrícola y que San Marcos es altamente productor de este rubro. (*), el corolario obligado tendría que ser, que los recursos económicos de las familias de la zona fueran agrícolas, por tal motivo la clasificación y criterios usados para establecer la condición socio-económica de los pacientes del hospital, incluyó como principal este renglón, y estoy consciente por los resultados obtenidos, que los mismos podrían ser útiles, quizá sólo con pequeñas variantes para investigar la situación socio-económica de los habirantes de tierra fría en general.

Los referidos criterios comprenden un estudio del minifundista, su grado de integración al mercado y el consumo que hace de lo que produce, en sus gastos fa-- miliares.

Para fines prácticos diremos que en el altiplano existe una clase importante - por lo numerosa: mano de obra migratoria, minifundista, autosubsistente y pobremente integrada al mercado; claro está que este planteamiento es temerario en - cuanto a su simpleza y sólo tiene la ventaja de que descarta mucha fraseología. - (Para una clasificación formal ver en el apendice, la clasificación y criterios que se

(*) = La producción cafetalera de S. M. es la segunda en importancia, según Censo de 1964.

usó para determinar la situación socio-económica de los pacientes que se entrevistaron en el Hospital Nacional de San Marcos, que aunque nuestra condicionada y reducida del universo, pertenecen a la zona que analizamos; tierra fría del departamento únicamente).

El indígena del Departamento de San Marcos, (del que nos ocupamos, ya que no va solo él), vá a la boca costa y costa por temporadas abandonando sus hogares de tierra fría, a trabajar a las fincas de café y algodón, cubriendo no sólo la costa de San Marcos, sino también parte de la de Quezaltenango, (Fincas de Coatepeque) e incluso Escuintla.

La contratación de mozos que preocupa al caficultor en el sentido de que los tendrán para recoger la cosecha, se hace por medio de un contratista o habilitador de mozos, casi siempre un indígena ladinizado o un ladino que habla "lengua", éste usa el conocido sistema de dar anticipos que corrientemente son de Q.5.00 al mes durante el período febrero-junio, siendo los meses de trabajo de los contratados de julio a octubre.

El habilitador gana más o menos Q.20.00 por mes durante todo el año. El que los indígenas acepten los anticipos está condicionado por sus bajos ingresos en sus minifundios en relación a sus múltiples necesidades, sin pasar por alto su costumbre de emborracharse al acudir a la cabecera municipal de su juridicción, reuniones casi obligadas a la plaza una o dos veces a

la semana, cuyo principal objetivo es el mercado al que se asocia invariablemente el alcohol. En la finca les proporcionan maíz y Q.0.70 al día, otros hay que pagan Q.0.80 y les venden maíz a Q.0.01 libra; los familiares acuden en calidad de "ayudantes" por el mismo salario. Otra variedad del sistema es pagar por la caja de 100 lbs. de café recolectada, quizá ésta la más generalizada. (*)

El indígena de San Pedro, al menos el que reside en la población del mismo nombre, (cabecera municipal que fuera otrora cabecera departamental y actualmente principal ciudad comercial del Departamento), o muy cercano a ella, --- prácticamente no vá al corte de café. La razón es que no encuentra ventaja en ello, en general todo el indígena del Departamento tiene conciencia de esto. Se ha dado cuenta que su salud se vé seriamente afectada al ir a la costa, pero las cantidades que parecerían irrisorias como salario de un ladino, para el "indígena" es algo más de lo que logra en su minifundio, y el viaje a la costa lejos de ser alternativa, se le presenta como obligado.

El daño que recibe el indígena en su salud de ir a la costa es viejo de conocerse. Es desde la conquista cuando don Pedro de Alvarado tiene:

"...fábricas de navíos... en los puertos del Sur..."

conocido su principal propósito del viaje que nunca realizó; luego vino la encomienda, el añil, la caña de azúcar, las salinas, etc. y actualmente el café y el

---

(*) = La información fue proporcionada por un paciente cuyo padre es habilitador, estudio de campo sobre las variantes del sistema no me es conocido y casi estoy seguro, no se ha hecho.

algodón.

Fuentes y Guzmán trata de tapar el sol con un dedo porque en renglones vecinos nos pone al tanto del problema con sus contradicciones. Al primer capítulo del libro decimocuarto le dá maña para ocultar la verdad:

> "Capítulo I. De como se prohibió que los indios de tierra fría fuesen á tierra caliente y viceversa y de las razones que para esto hubo." (6)

Así es como aparece en el índice y eso fue lo que se prohibió, pero en el desarrollo del tema trata de invertir el sentido de lo dicho:

> "Pero no se había prevenido de remedio, no siendo informada su real persona de la destrucción y ruina de los pueblos, nacida y emanada de la única causa del transportar los indios DE TIERRA CALIENTE A LA TIERRA FRIA ó al contrario, en que como dicen (desen cuenta que el criollo no lo sabe de vista), tocados de la tierra unos y otros contraían enfermedades agudas y contagiosas que cebándose en la naturaleza y complexión caliente y mal alimentada de los indios, en breves días consumía y devoraba... millares de aquellos..." (6)

En todo el capítulo hace uso de una ambigüedad intencionada:

> "Es de entender y reparar, que sobre muy fatigados y mal alimentados por la propia penuria en que los puso aquella frecuente ocupación, gastado ell tiempo en ella, sin reservar ni conseguir alguno para formar y cultivar sus sementeras, (oculta intencionalmente que éstas estén en tierra fría), alimentados con plátanos y frutas, (se ve que son propias de la costa aunque se cultiven en casi todo el país), que hacían disposición á grandes destemplanza; tocados de la tierra ya fría O ya caliente, (aquí es donde es más franca la ambigüedad), muriendo fuera de sus casas muchos de ellos de tabardillo ó fríos y calenturas, epidemia ordinaria de la costa; los que llegaban al domicilio de sus lugares infeccionando a los que vivían en ellos.. ."

Pero al final es más que claro y concluyente de donde se desprende que era un terrateniente criollo sin interés en el añil:

> "..., y se dirá el motivo que fue la asistencia y trabajo en los ingenios ú obrages de fabricar tinta añir,..." (6)

De no haber sido por su preocupación de que el indígena se exterminara no se habría atrevido a atraerse para sí la enemistad de los explotadores del añil y por eso es que le dá tantas vueltas al asunto para terminar diciendo que es el haber real el perjudicado y no el criollo latifundista:

> "gravemente caían los pueblos en conocida declinación y menoscabo, con peste común y muerte de muchos indios, que cedía en perjuicio del real haber y en la desolación y desastre de todo el reyno,..., y lo que dijo el fiscal del real Consejo de Yndias acerca del ello, á que la Majestad cesárea por su real cédula dada en Talavera á los 28 de Enero del año 1541, mandase que los indios de tierra caliente no vayan á tierra fría."

o sea que se estaba con esto prohibiendo que el indígena regresara a sus hogares.

Se vé claro que el interés del terrateniente es tener al indígena para sí, pero dá la casualidad que las "haciendas" no se encuentran en tierra fría sino en boca costa y costa, es de creerse que en aquel entonces lo más codiciado era la boca costa, entonces no le queda más remedio que llamar costa a lo que solo era competencia de la mano de obra, y decir no ir a la costa para el criollo significaba no barcos, no añil, conseguido esto que más podía pedir que quedarse en la hacienda con un buen número

de indígenas para lo que tenía ya una Cédula Real en su favor; la hacienda no requería del trabajo temporal y el tener un colono esclavo en ella era más que mejor:

> "...; pues fuera de ser caridad á que conduce la obligación --- del precepto divino, hablando á lo humano, de ellos nos vienen todas las cosas y son los que nos hacen y conservan con su cultivo nuestras haciendas: Y SI NO DIGANME QUE HICIERAMOS SIN ELLOS EN ESTAS PARTES, siendo necesario que los miremos y defendamos como á humanos, y si nos aborrecieran por propalar la verdad,..."

y termina poniéndose valiente no para defender al indígena a quien ni siquiera considera un humano sino para proteger su interés latifundista.

Investigado el fundamento histórico de la migración del indígena entraremos a considerar el problema actual. (*)

Iniciaremos con un caso particular para luego hacer un análisis general. Entrevistamos a un empleado colono de una finca cafetalera propiedad del INTA ubicada en el municipio de San Pablo, perteneciente a la boca costa. La finca en cuestión tiene 30 caballerías de extensión, sembradas de café incluyendo

(*) Incluímos en el apéndice algo de la información que se tiene sobre el Departamento de San Marcos con el objeto de interpretarla de acuerdo a nuestro particular enfoque y solo para ello será util, a no ser porque recopila datos para presentarlos en forma ordenada y dedicada en forma exclusiva a San Marcos, cuyas cifras se tomaron de informaciones parciales, las que re agrupamos y presentamos en gráficos especialmente diseñados unos, y reproducidos otros.

dos anexos. La extensión total de la finca le es desconocida, y estima la producción total alrededor de los 60,000 quintales. Participan en el corte de café alrededor de 900 personas durante el período de la cosecha que inician en septiembre y terminan con variantes en febrero. Se hace la salvedad que el período de cosecha varía según la altitud de la finca y en las que por su extensión tiene variación del clima. El café como es sabido madura a lo largo de ese período o en período más corto como sucede en la costa donde el corte lo inician en agosto y termina en diciembre, en resumen fincas hay que cortan su café en tres meses y otras en seis.

La finca tiene alrededor de trescientos colonos que habitan ranchos de techo de lámina y piso de tierra sin letrinas ni agua potable, ésta la toman de pilas distribuidas a lo largo de la finca. Incluyen además unos 300 ganadores que en su mayor parte es una población que vive en la finca o en sus alrededores y que en alto número incluye a hijos de colonos ya que a éstos no se les dá esa calidad, lo que los deja con menos derechos que sus padres quienes pueden cultivar cinco cuerdas propiedad de la finca y 10 cuerdas que les fueran otorgadas a Q. 2.00 cuerda durante el gobierno del General Idígoras Fuentes. De tierra fría llegan alrededor de 300 "indígenas" que identifican como cuadrilleros y que participan sólo del corte de café; éstos habitan en viviendas primitivas hechas de hoja de banano dentro del cafetal donde apenas cabe parado un hombre, la hoja la tienen que estar cambiando para impedir en lo posible que se cuele el agua da-

do lo inapropiado del material de los techos.

Si el planillero "indígena" no lleva a su familia le dan totopostes y sal - por cada"jornal" que así le llaman al trabajo de aquel, consistente en el corte de una caja de 100 lbs. A los que llevan familia les dan 3 lbs. de maíz por -- jornal y 2 o 3 lbs. de frijol por semana, sal y cal y pago de Q.072 por caja de café cortado. Cuando se inicia o termina la cosecha es muy difícil que un trabajador logre cortar una caja. Para fines prácticos no tomaremos en cuenta este tipo de variación en la cantidad de café recolectado ni la forma en que los menores de edad ayudan a sus padres ya que toda la familia del cuadrillero trabaja y partiremos de que una caja la corta un hombre y que esto es su rendimiento diario de lunes a sábado durante toda la cosecha. De ser así el levantamiento de 60,000 en una finca cualquiera con seis meses dedicados al corte necesitaría según cálculo matemático y tomando 24 días hábiles al mes, de 423 trabajadores con un gasto aproximado de Q.1.00 por quintal.

Para el trabajo ulterior del procesamiento del café: despulpado, lavado, secado al sol y en secadora, y retrillado la hacen con colonos y ganadores.

La relación entre el indígena, migrante "voluntario" y el latifundio cafetalero de la costa es evidente y sus repercusiones en la salud del primero son de importancia primordial.

Si bien se asegura en el IGSS., cubre los accidentes laborales y de tipo común, siendo éstas las que ocurren fuera del período de trabajo, es com--

prensible que dado el tipo de trabajo hecho con las manos sin ningún instrumental, tales accidentes son improbables, siendo la llamada enfermedad común, la imperante por razones obvias la cual podría resumirse en bajo salario, condiciones insalubres, y enfermedades tropicales endémicas. El paludismo en un pasado no lejano era el azote más temido y el que cobraba más vidas, luego de combatido y casi erradicado éste, es la desnutrición y la uncinariasis con cuadros de ane-- mia francos, secundarios, enfermedades que no cubre el IGSS y que por la naturaleza crónica de las mismas, no obliga a la consulta pronta, sino que ésta se hace, al Hospital de San Marcos y al Centro de Salud, y puestos de salud de los municipios de origen de los pacientes, en forma tardía, lugares éstos últimos, donde sólo ocasionalmente llega el médico.

Hay que agregar el mayor o menor grado de etilismo del indígena, y como consecuencia lógica todas las enfermedades concomitantes a la clase de enfermo que describimos.

Entra pues al hospital a ser un elemento del sistema de explotación eminentemente cafetalero. La boca costa y costa crea el problema, y la región de salud No 5 lo afronta sin ayuda del caficultor y lo que es peor, no cumpliendo a cabalidad con las pocas leyes proteccionistas, producto de conquistas sociales que no acabamos de agradecer nunca por ser lo único que se ha hecho y de ésto ya hace mucho, Código de Trabajo como principal ejemplo.

Es un decir de las gentes muy conocido en la región a manera de excusa que el que es pálido, lo es porque trabaja en la costa, y al decir ésto no se refieren a la hiperglobulia reactiva que en contraposición habría de esperarse en los lugares de mayor altitud, diferencia no siempre observable a simple vista y que muchas veces requiere control de laboratorio clínico. Se refieren sin saberlo a esa frecuencia altísima de anemias secundarias a la uncinaria y amibiasis. En 1914 estuvo en San Rafael Pie de la Cuesta, municipio de la boca costa, una misión especial del Instituto Rockefeller, haciendo tratamiento al respecto, y es que la uncinaria en ese clima está en su propio elemento y el trabajador directamente expuesto a ella, descalzo y sin letrinas, o con zapatos que no dan la protección necesaria, o bien que se los quitan,por razones de cuido de los mismos, cuando trabajan la tierra. No hay estudios del problema ni tenemos cifras de incidencia, pero ésta no es sólo observación mía, sino de todos los médicos que conocen el área, lo que vendrá a ser corroborado con los informes de laboratorio clínico al respecto.

Anemias teóricamente incompatibles con la vida según la literatura médica de los países en desarrollo, se ven en San Marcos en pacientes que incluso hacen trabajos pesados de campo.

Antes de dar la información ofrecida, haremos una consideración de tipo teórico para estimar la migración a la costa en número de individuos. Nos vemos para ello en la necesidad de hacer uso de un caso particular y generalizar de él

con las limitaciones propias en la validez de tal estimación, pero no habiendo otra fuente más sólida y mientras tal migración motiva interés de estudio en forma directa o indirecta, con un plan general a desarrollarse con los requerimientos propios del método científico nosotros adelantaremos algo.

En San Marcos se cultivaron en el período 1963-64, 2,300.000 quintales de café en cereza y si su recolección se hizo en 4 meses a razón de un quintal diario por trabajador se debió necesitar la mano de obra de 19,166 individuos y si de éstos un tercio fueron indígenas, el número de los mismos que migran por año serían 6,388 según la apreciación.

De la situación de esa gente en relación a las instituciones de salud nos ocuparemos en el próximo capítulo.

CAPITULO III.

LA FUNDACION DEL HOSPITAL NACIONAL DE SAN MARCOS Y SU FUNCION PARTICIPA DE LA IMAGEN DEL HOSPITAL DE CARIDAD DE LA COLONIA.

Hablar de hospitales en Guatemala antes de la segunda mitad del siglo - XIX, sobre todo y en parte de lo que va de entonces hasta ahora amerita una cruda nota aclaratoria que en mayor o menor grado es extensiva a toda la his-- toria hospitalaria del país.

La palabra hospital, la mayor de las veces queda holgada a instituciones que históricamente han sido simples remedos de los mismos.

Por su importancia actual dos instituciones merecen la principal men-- ción: los hospitales que dependen de Salud Pública y los que corresponden al IGSS.

Hay una franca diferencia entre unos y otros. En los segundos se percibe conciencia de que los afiliados al seguro social reciben una atención que no se les regala, lo que conlleva el derecho a exigir que se les atienda "en debida - forma", llegando en no pocos casos hasta la intransigencia de los enfermos.

En los primeros la situación es distinta, si bien se sostienen con dineros del pueblo, este cree o se le ha hecho creer, que recibe una dádiva, lo que - está muy lejos de ser cierto. Priva la idea de que un indígena, (y se prefiere este ejemplo por lo numeroso del grupo), o un campesino o un desposeído cual quiera no tributa al estado, y que solo lo hacen aquellos en quienes la tributa-

ción es directa.

El indígena históricamente participó de la tributación directa y no reci-- bió casi ningún beneficio, ahora lo hace indirectamente y el beneficio es poco, llegando hasta el desconocimiento de unos y otros, indígenas y ladinos, de que los primeros son tributarios indirectos y lo que es más, sostenedores con su esfuerzo de la economía nacional.

Es cierto que Salud Pública no dice lo anterior. Lo ha venido diciendo por años el ladino, en cuyas manos ha estado y están todas las decisiones, llegando - a tal grado la situación que él mismo piensa que su calidad de hombre superior so- cial y culturalmente se rebaja si acude a una institución estatal, y cree que será mal visto en su círculo social si lo hace.

Solo ciertas capas ladinas en desventaja dentro de su propia clase, se han - visto en la necesidad de acudir a la atención médica del estado, haciendo obligada- mente, a un lado sus pretenciones de "superioridad ladina". Son los mismos ve- nidos a menos de que hablábamos cuando nos referimos a la posesión de la tie-- rra.

Que todo esto es una herencia histórica es indiscutible, (recuérdese lo del primer capítulo tocante al Hospital de San Alejo, de indígenas y al Hospital -- Real de Santiago, de ladinos: ¡FRANCA DIVISION CLASISTA!.

De como afecta lo anterior la función del hospital y su desenvolvimiento histórico es de la mayor importancia: AL NO IR EL LADINO AL HOSPITAL, ---

(CAPAS MEDIAS Y ALTAS SEGUN SE ENTIENDE POR LA ACLARACION QUE - ANTECEDE), EL PODER DE CLASE DEL LADINO NO SE HACE SENTIR EN LA - INSTITUCION PORQUE LOS CAMBIOS EN LA MISMA NO LE INTERESAN EN - FORMA DIRECTA, ES MAS, PREFIERE QUE NO LOS HAYA PARA PODER ASI MANTENER SU POSICION CAPITALISTA-FEUDAL. ASI LA SITUACION, EL -- HOSPITAL NUNCA MEJORA AL NIVEL QUE LA CLASE LADINA PRETENDERIA, SU ATENCION MEDICA, Y SUS MIEMBROS LA RECIBEN A DOMICILIO O EN - CENTROS PRIVADOS DE TARIFAS PROHIBITIVAS.

SE COMPRENDE QUE UNA ALIMENTACION ADECUADA, ESCUELA Y - BUENA SALUD SON LAS PUERTAS DE SALIDA DE LOS GRUPOS EN DESVENTAJA, Y QUE CERRARSELAS SIGNIFICA PODER MANTENER LA DOMINACION - POR MAYOR TIEMPO. NO SE TRATA DE UNA SITUACION IDEOLOGICA COMO FALSAMENTE SE PRETENDE, SINO DE UNA SIMPLE LUCHA POR EL PODER ECONOMICO, YA QUE EL CRIOLLO RICO SABE QUE TENIENDO ESTE EL PO-- DER SE LE DA INDIRECTAMENTE Y POR AÑADIDURA. ES PUES EL PROBLEMA MEDICO SEGUN MI PLANTEAMIENTO UNA TRILOGIA, HISTORICA, SOCIAL Y POLITICA.

El Hospital Nacional de San Marcos si bien es cierto no es una institución dedicada al indígena, si es una institución dedicada a la atención de los pobres, indígena y capas bajas de la clase ladina en su mayor parte.

(*) = Corroborado con los resultados que se ofrecen en el apéndice sobre el trabajo de campo hecho.

TEORICAMENTE EL HOSPITAL ES PARA TODOS; EN LA PRACTICA ES - UN HOSPITAL DE POBRES. La segregación es de hecho una consecuencia del - comportamiento de clases, una en ventaja y la otra en desventaja.

Como decíamos, si los elementos que integran los grupos ladinos que detentan el poder en todas sus formas, no acuden al hospital su preocupación -- por este no nace de una afectación directa de sus intereses, lo que deja el camino abierto sólo a dos posibilidades:

La imposisción sobre sí mismos, (los ladinos), de un deber moral y pa-- riótico que se debe cumplir a plenitud o la dádiva traducida en programas -- "bien intencionados" en actitud condolente hacia el necesitado.

Como se comprenderá y se sabe históricamente el comportamiento humano va aparejado a particulares intereses de grupo y la filantrópía nunca ha resuelto en definitiva las situaciones de desventaja social.

EL HOSPITAL NACIONAL DE SAN MARCOS ES FRUTO DE ESA SEGUNDA CONDUCTA FILANTROPICA Y CONSECUENCIA LOGICA DE LA MISMA ES SU PARTICULAR DESARROLLO. Nació a principios del siglo en el gobierno liberal de Don Manuel Estrada Cabrera de quien llevó el nombre, lo que era - usual en aquel tiempo y aún está en pié la entrada minervina del edificio lo que le dá el sello peculiar de entonces.

Don José Flamenco en su obra cuyo título no puede ser más expresivo: "La Beneficencia en Guatemala" legó información valiosa sobre los hospita--

les guatemaltecos. Transcribo literalmente lo relativo al Hospital Nacional de San Marcos por su importancia en cuanto al apoyo que dá a mi enfoque:

"El Hospital "Estrada Cabrera" de aquella importante ciudad, fue inaugurado el 30 de Junio de 1905. (*). Sólo tenía cuatro salones arreglados en la forma siguiente: dos para enfermos, uno para la Dirección y otro para empleados de la Casa. Esta ocupa una extensión de 7,295.44 metros cuadrados aproximadamente, y está situado al Oriente de la población.

Desde su fundación hasta la fecha.(**), han sido construídos seis salones más, nuevas atarjeas y los muros que circundan el terreno perteneciente al edificio.

Actualmente la Casa está dividida en dos departamentos, uno de hombres y otro de mujeres, cada uno de los cuales se compone de dos salas de Medicina y Cirugía con sus respectivos cuartos de curaciones las últimas. Dichas salas están provistas de buen número de camas. La de operaciones cuenta con una mesa apropiada y dos aparadores pequeños. El anfiteatro tiene lo necesario para el objeto a que está destinado, lo mismo que la Farmacia del Establecimiento. El Almacén se encuentra perfectamente surtido de todo lo necesario para el servicio de los enfermos. El Asilo marcha bien y las autoridades -

(*) El autor ignora o pretende ignorar a los marquenses fundadores del Hospital, cuya fotografía aparece en el apéndice, emparentados en su mayor parte con el Reformador de Guatemala.

(**) 1915, año en que se publicó la obra del Señor Flamenco.

del lugar se empeñan en mejorar para que responda a la importancia de aquel Departamento y llene ampliamente los nobles fines de su instituto.

La Administración se compone del personal siguiente: un Director, un Tesorero, dos médicos y cirujanos propietarios, un médico y un cirujano suplentes y un boticario. El servicio interior se compone de un Jefe de enfermeros, dos enfermeros, dos enfermeras, un portero y tres cocineras.

Tiene asignado el hospital las rentas que siguen: $ 16 (pesos) por cabeza de ganado mayor que se beneficie en el departamento, impuesto sobre cada quintal de café que se exporte del mismo, impuesto sobre la harina que se importe por Ocós; impuesto de ferrocarriles del departamento; impuesto sobre teléfonos particulares; impuesto sobre herencias y donaciones y 2% sobre venta y permuta de inmuebles.

Dado el interés que ha todos inspira este benéfico Asilo, es de esperarse, hondamente, que se ensanche y adquiera cada día más incremento y progreso para consuelo y alivio de los desvalidos."

Veáse como todo sobra en el Hospital que en 1915 tiene tres médicos y actualmente seis, lo que estrictamente quiere decir que la zona de tierra fría de San Marcos cuenta únicamente con seis médicos, y desde el año pasado con un practicante interno de medicina, alumno del último año de la carrera.

El pensamiento de la época es expuesto por el autor quien etiqueta al hospital con la frase "consuelo y alivio de los desvalidos".

Cómo creer en el interés "que a todos inspira el benéfico Asilo", si no a todos afecta su descuido, mucho menos a quienes correspondió el que "se ensanche y adquiera cada día más incremento". No iba a ser a los Alcaldes, a los Gobernadores, a los Ministros, a los empleados de cada gobierno en particular, ni a las personas "bien" de San Marcos a quienes preocupara en demasía la suerte del hospital, de allí su evolución lenta, su estancamiento por épocas y la falta de una conciencia social integrada que no ha permitido que nazca la institución estatal, funcional, con recursos adecuados y al servicio de todos.

CONCLUSIONES.

Se investigó la situación socio-económica del Hospital Nacional de San Marcos en relación al área de trabajo que le ha sido asignada y se buscó fundamentos históricos capaces de explicar el porqué de su tradicional descuido en que se ha visto desde de sú fundación.

La tesis sustenta que los hospitales departamentales heredaron su filosofía de nuestro origen social no integrado, de donde las instituciones de este tipo no merecieron mejor suerte.

La influencia desastrosa que la boca costa y costa de Guatemala ha ofrecido al indígena en materia de salud, es vieja de conocerse, pero los interesados evaden comentar sus raíces históricas.

Se hizo un analísis de la situación actual el cual demostró que el latifundio cafetalero es responsable directo de la salud de miles de guatemaltecos, al menos del tiempo de Don Rufino a esta Parte.

El planteamiento explica que la ayuda al Hospital se le ha dado en forma de dádiva y que de igual forma se dió su fundación.

La situación socio-económica de la gente investigada es un reto a nuestra pasividad.

La situación de las viviendas de donde procedían los 56 individuos entrevistados, adolecieron en su mayor parte hasta de las mínimas condiciones que se investigaron.

La gráfica destinada a este aspecto es más que elocuente. En cuanto a la conducta del paciente frente a la enfermedad, 40 de ellos, fueron calificados como "C-2", que si recordamos corresponde: a quienes generalmente recurren a medicina de patente, pero sin ser visto por el médico...., sin embargo, tam_ bien los hubo y en segundo lugar, quienes solo van al médico en última instan— cia.

Habría que aclarar que los resultados posiblemente no se puedan extrapo— lar hacia una apreciación de la conducta del habitante de la región en general. La muestra corresponde a quienes en una u otra forma acuden al hospital pero - nada nos podrá decir de quienes ni "en artículo mortis" se deciden a ir, y es — presumible que la situación en una aldea sea quizá un poco más desalentadora si tomamos en cuenta que habitantes rurales ni siquiera conocen la cabecera depar_ tamental.

La situación económica también fue desastrosa, del total investigado 54 correspondieron a minifundistas de distinta clase y a individuos sin tierra. El mayor número correspondió al minifundista cuya producción agrícola y artesa— nal la destina en más del 80% al consumo de su familia, pero tiene una ocupa- ción remunerada (agrícola o artesanal, manual), dentro de su comunidad y que no incluye mozos colonos y ganadores. Es comprensible que así resultara puesto que el estudio se hizo en Octubre cuando aún no regresaba de la boca costa y —

costa, el gran contingente humano de migrantes recolectores de café.

Que decir de los servicios públicos si sólo un individuo dijo haber recibido entrenamiento agrícola, y el total de ellos desconoce de la existencia de crédi- tos bancarios, nadie de su hogar ha hecho uso de los mismos y ninguno ha recibi_ do algún entrenamiento artesanal por parte del estado.

La única situación que pareció distinta fue la de un habilitador poseedor - de 200 cuerdas de terreno y de quien ya se tiene idea por la descripción general que hiciera con anterioridad de este tipo de individuo traidor de su raza.

La idea que privó en cuanto a la ocupación de infantes en el trabajo remu— nerado no tuvo escrúpulos en cuanto a su situación de tal y fue solamente su con- dición físisca la que determinó que trabajara o nó. Una respuesta usual por ejem_ plo fue: "aún está muy chiquito para trabajar".

De los 56 indivudos que se investigaron incluido todo el grupo familiar, se consideraron: hermanos muertos cuando el paciente era menor de 14 años e hi jos muertos cuando era mayor de esta edad. Claro que hubo quien no los tuviera, no — obstante el total de niños muertos en las 56 familias fue de 32, el número inclu- yendo los considerados como hemanos fue de 81 individuos. El caso más patético co_ rrespondió a una madre con 10 hijos fallecidos y sólo uno vivo. Pareció suficien- te para los fines de mi interpretación del problema lo ya dicho y se concluye ad- juntando gráficas y mapas con datos pertinentes.

R E C O M E N D A C I O N E S

1. - Se hace necesario encarar sin lirismos la situación de desventaja social y económica en que se encuentra el indígena, una solución, quizá la única con fuerza suficiente para encarar el problema, sería la de crear un Ministerio de integración Social Guatemalteca, de asuntos Indígenas o como quiera llamarse. Habrá quienes digan que no hay razón para ello, "puesto que todos somos guatemaltecos" como ya se ha dejado oír, pero ese es asunto puramente de forma, y lo único que debe interesar al país es que el problema se encare y se resuelva.

2. - Debe hacerse una programación racional de desarrollo sin partidismos, en base a estudios científicos y proponernos una meta en tiempo para llevarla a cabo, para que no siga sucediendo que un cambio de partido en el poder, es un abandono o cambio de la programación anterior o bien que se sigan realizando programas de desarrollo con mentalidad eleccionaria para obtener la adhesión de los grupos más numerosos de población.

3. - Es aboslutamente necesario que la Universidad y otras instituciones de importancia en el país aunen esfuerzos para crear un clima de desarrollo positivo. Bastarían seis meses en labor conjunta con el gobierno para que una promoción de profesionales a recibirse llevara a cabo estudios de campo en cada municipio de la República, capaces de hacer un planteamiento racional de nuestros problemas.

4. - Es necesario crear conciencia en cada comunidad de que con los recursos propios de la misma se puede favorecer en gran medida su desarrollo.

5. - Es necesario que la Universidad y el Ministerio de Salud Pública encaminen una labor a exaltar la autêntica nacionalidad guatemalteca, y no seguir representando una falsa idea lírica de que esa imágen corresponde al indígena, sino al guatemalteco en general en búsqueda de situarse totalmente como partícipe de la cultura occidental.

6. - Integrar todos los esfuerzos en una sola meta de desarrollo, acorde a nuestra problemática, para evitar la duplicidad de esfuerzo, tal el caso que se da en instituciones dedicadas al mismo fin con programitas "bien intencionados". Solo haciendo Salud Pública, tenemos un número escandoloso de instituciones incapaces de resolver el problema.

A P E N D I C E.

CRITERIOS Y SU USO EN FORMA CODIFICADA PARA ESTABLECER LA SITUACION SOCIO-ECONOMICA DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS DIRECTAMENTE

Esta parte de la investigación incluyó cinco aspectos generales considerados como los más representativos del problema. En todo el estudio cuando se habla de familia se circunscribe el término a aquellos elementos familiares que constituyen hogar. Hecha esta aclaración, nos referiremos a los aspectos en cuestion que son: Vivienda, recursos de la comunidad y su aprovechamiento, recursos económicos del paciente o de su familia, estudio de todos los elementos del grupo familiar y conducta del paciente ante la enfermedad.

Para obtener la informa ción se utilizó el sistema de entrevistas. Esta se hizo en forma de diálogo aparentemente no intencionado sin boletas. Se repitió cuantas veces fue necesario en cada caso pretendiendo obtener 58 sub-aspectos o datos por cada paciente, los que se menorizan y anotaban posteriormente para no evidenciar esto al enfermo.

La determinación de los elementos que debían ser considerados en la entrevista se hizo por selección en base a hipótesis que pretendían aclarar provisionalmente el problema. El conocimiento del autor del medio en que trabajó, dió pie a tales hipótesis y a los razonamientos pertinentes.

Veamos cuales fueron éstas, para después definir convenientemente, en su órden a todos los elemen tos del código.

A) VIVIENDA:

Se consideraron 5 elementos: Agua potable, condiciones de la cocina, servicio o letrina sanitaria, piso y hacinamiento.

Razones: I) Se pretende investigar la presencia de aspectos primordiales en forma negativa.

II) Esta concepción de aparente simplicidad ofrecía dar información más relevante de las condiciones médico-sanitarias de la vivienda, haciendo que los datos así obtenidos nos permitieran inferencias más directas dentro de lo tremendamente complejo que ofrecía ser el análisis global.

III) El tomar en cuenta elementos de construcción y otros no tan importantes desde el punto de vista sanitario, complica innecesariamente el análisis. Ejemplo: no es infrecuente la presencia para el observador de una cocina en condiciones higiénicas desastrosas, en una c construcción modesta, incluso cara, o la ausencia de servicio sanitario o agua potable, lo que hace pensar que no fueron olvidadas por razones económicas, sino de otro tipo.

IV) Es más, la información así obtenida ofrecía dar apoyo a los proyectos de introduccion de agua potable y letrinización que han dado cambios substanciales en materia de salud si tomamos en cuenta experien

cias previas en tal sentido.

V) Estudios más detallados de las viviendas del medio ya se han hecho. Lo original del trabajo es su orientación hacia el enfermo hospitalario para determinar si la causa de su ingreso al hospital es o - nó previsible.

Servicios Públicos de la Comunidad en que vive el paciente y su utilización.

1. - Consideramos necesario investigar únicamente los servicios públicos más - importantes, y si estos eran aprovechados por los miembros de cada familia.

2. - Teníamos conocimiento que los servicios Públicos que investigamos existían en la región en algunas poblaciones y nos interesaba más saber en -- cuales no existían.

3. - Y más importante aún, saber si los recursos eran conocidos y utilizados -- por el paciente.

CONDUCTA DEL PACIENTE ANTE LA ENFERMEDAD.

1. - Sabido es de todos que en Guatemala existe el empirismo.

2. - La experiencia personal y ajena en la atención hospitalaria, nos permite asegurar al menos refiriéndonos a casos aíslados, (que parecen ser numerosos), que recurren a empirismo en las primeras fases de la enfermedad

y es hasta que se consideran graves, según su particular criterio, que consultan al médico.

3. - Incluso personas de cierto grado de escolaridad, y no precisamente primaria, no escapan a la automedicación, usando productos de patente o naturales.

4. - La conducta frente a la enfermedad es tan variable como distinto es un pa-- ciente de otro. Se fijaron, pues, en base a lo anterior, criterios generales que agrupan a los pacientes según el mayor o menor grado de medicina empírica utilizado en sus tratamientos.

RECURSOS ECONOMICOS DEL PACIENTE O DE SU FAMILIA.

Nos eran conocidos de vista ciertos aspectos del problema y hacia estos se - centró la investigación, estos son:

1. - Tanto hombre como mujer pueden participar del trabajo agrícola o artesa-- nal en general manual.

2. - Igualmente en los trabajos remunerados. Incluso participan niños.

3. - Hay corrientes de migración importantes.

4. - Las cabeceras municipales "hacen mercado", alguno o algunos días de la - semana donde se reunen considerable número de personas de distintas procedencias vecinales.

6. - Basta un viaje por la zona para formarse idea de que la distribución de la - tierra es muy distinta en "tierra" fría que en la boca costa y costa.

La zona fría asiento inmemorial del indígena de la región abunda en pequeñas parcelas cultivadas y es asiento de población dispersa. La boca-costa y costa, ofrece al observador fincas de extensión variable, pero muy lejos de compararse con las parcelas descritas.

7.- El hecho de ser Guatemala un país eminentemente agrícola y el Departamento de San Marcos altamente productivo en este renglón, hace presuponer que los recursos de una familia del medio rural sean también agrícolas, por eso se da importancia a la tenencia y cultivo de la tierra y al mercadeo de productos en general manuales y agrícolas y artesanales en us mayor parte.

El criterio de minifundio utilizado fue el de C.I.D.A. el cual se transcribe:

Las microfincas y las fincas sub-familiares;

---Las microfincas son todas aquellas menores de una manzana.

---Fincas sub-familiares son aquellas que están comprendidas entre una y --- diez manzanas.

COMO ESTA INTEGRADA LA FAMILIA.

1.- Ya se hizo mención que no sólo el hombre participa de la artesanía y de la - agricultura.

2.- En cuanto a los niños nos interesan los que están en edad escolar y cual es su papel dentro de la familia.

3.- El número de miembros en relación al estudio de su vivienda ofrece informa- ción de casos francos de promiscuidad y hacinamiento, que sé los hay.

CODIFICACION DE CRITERIOS

Se prepararon cuadros cuadriculados de 60 x 40 cms., donde en un sólo renglón se representaba la información de cada individuo, enfermo hospitalario y la de su familia.

Cada casilla en forma vertical significaba uno o varios aspectos, según se definirá, y estaba representado por un símbolo arbitrario que en este caso fue una letra mayúscula seguida de un número en forma correlativa. Ejemplo: a vivienda se le señaló con la letra A, y según el caso hubo A-1, A-2, etc., de acuerdo a como fuera definida.

Cada símbolo se señalaba en la casilla respectiva si el elemento o elementos que se investigaban estaban presentes en número y calidad suficiente, que - permitiera una imágen lo más aproximada de la descripción que le correspondía.

Por extensa que sea una codificación de este tipo, siempre habrá elementos con ligera disparidad agrupados en la misma casilla, esto lógicamente no - es un impedimento, es el criterio del investigador el que permite ubicarlo a - una casilla a la que coincida en el porcentaje más alto. Es de tomar en cuenta que la entrevista fué libre sin imposición de lugar, horario, día o tiempo determinado, y que no se ubicó a nadie sin haberlo investigado exhaustivamente.

CASILLERO A, DESTINADO A VIVIENDA.

A-1 La que reuna las siguientes condiciones: agua potable, "cocina higiénica" (en esto nos conformamos con que estuviera protegida del medio externo, libre de insectos u otros animales y que su piso no fuese de tierra), que tuviera servicio o letrina sanitaria, que el piso no sea de tierra y que el número de habitantes no fuera exagerado en relación al tamaño de la casa, (lo cual no fue más que un criterio cualitativo para determinar casos francos de hacinamiento).

A-2 Igual que A-1, excepto en que tiene piso de tierra.

A-3 Igual que "A-1", excepto que no tiene servicio o letrina sanitaria.

A-4 Igual que "A-1", excepto que no tiene agua potable.

A-5 Igual que "A-1", excepto que no tiene cocina "higiénica".

A-6 Igual que "A-1", excepto que el número de habitantes es exagerado en relación al tamaño de la casa.

A-7 Aquella que reune más de un elemento en forma negativa de A-1. (en este caso no sólo se debe señalar la vivienda como A-7, sino que también se indican los elementos del código que señalan una casa con una deficiencia. Ejemplo: Una casa considerada A-7, podría ser combinación A-3, A-4, que nos aclara que no tiene servicio o letrina sanitaria y agua potable.)

CASILLERO B, DESTINADO A LOS SERVICIOS DE LA COMUNIDAD DONDE VIVE EL PACIENTE Y AL APROVECHAMIENTO QUE DE LOS MISMOS HACE EL Y SU FAMILIA.

Cada casilla significó un recurso de la Comunidad, por ejemplo: Escuela.

Se determinaron cuatro situaciones: Si el servicio existe o nó, si el paciente o la familia lo aprovechó o aprovecha, si no lo hace o si lo hace muy poco.

Por experiencia previa sabíamos que un sólo elemento en el grupo familiar que supiera al menos leer y escribir podía transmitir su perfil cultural a todo el grupo, haciéndolo tomar actitudes más deseables de aquellas que se ven donde la familia es totalmente ignorante.

Para determinar la existencia del servicio público tomamos como guía, en caso que aquel no fuera muy accesible por asunto de distancia, la opinión que esa distancia le mereciera al paciente, Ejemplo: si el paciente dice "no mando a mis hijos a la escuela porque nos queda muy lejos", se concluyó que el servicio no está al alcance, pero podría suceder que otro individuo si mande a sus hijos a la escuela que quede a igual o mayor distancia de su comunidad que la del ejemplo anterior, solamente que el caso cambie por estado de los caminos paso de vehículos, etc.

Criterios igualmente cualitativos se emplearon para los servicios públicos que se detallan:

B-1 Significa escuela primaria elemental.

B-2 Significa escuela primaria complementaria.

B-3 Significa Iglesia

B-4 Significa Energía eléctrica

B-5 Significa Agua potable.

B-6 Significa Puesto de Salud

B-7 Significa Drenajes.

B-8 Significa dispensario parroquial.

B-9 Significa Carretera

B-10 Significa Telecomunicaciones y correo

B-11 Significa Acceso a fuentes de información: radio, periódicos, revistas etc.

B-12 Significa si usó o usa, o alguién de su hogar hizo de préstamos bancarios, o conoce que existen.

B-13 Significa si el paciente o alguién de su hogar recibe o recibió entrenamiento o asesoría agrícola.

B-14 Significa si el paciente o alguien de su familia recibe o recibió entrenamiento (técnico) artesanal.

CASILLERO C, DEDICADO A LA CONDUCTA DEL PACIENTE FRENTE A LA ENFERMEDAD.

C-1 Generalmente consulta al médico al enfermar o poco después.

C-2 Generalmente recurre a medicina de patente pero sin ser visto por el médico aún cuando reconoce el valor de la ciencia médica. Cuando busca al médico lo hace porque según su criterio está padeciendo un tipo de enfermedad que sí amerita tratamiento médico, o porque fracasó en su tratamiento.

C-3 Se automedica con productos caseros y al fracasar recurre al médico no muy tardíamente.

C-4 Empieza con productos caseros, y al fracasar busca consejo en empíricos, los fracasos subsecuentes lo llevan al médico hasta que ha transcurrido un período más o menos largo de pruebas. Se resisten a recibir atención médica y solo en "peligro" según el propio criterio, lo hacen.

CASILLERO D, DEDICADO A LOS RECURSOS ECONOMICOS DEL PACIENTE O DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR.

CLASIFICACION Y CRITERIOS PARA ESTABLECER LAS CONDICIONES SOCIO-ECONOMICAS DE LOS PACIENTES.

Clasificación:

1.- Minifundista - autosubsistente - independiente

2.- Minifundista - integrado al mercado - independiente

3.- Minifundista - autosuficiente - dependiente 1

4.- Minifundista - autosuficiente - dependiente 2

5.- Minifundista - autosuficiente - dependiente 3

6.- Minifundista - integrado al mercado - dependiente 1.

7.- Minifundista - integrado al mercado - dependiente 2.

8.- Minifundista - integrado al mercado - dependiente 3.

9.- Sin tierra - dependiente 1

10- Sin tierra - dependiente 2

11- Sin tierra - dependiente 3.

Criterios:

Concernientes a establecer la condición de minifundista:

- basarse en los criterios establecidos por el CIDA, en cuanto a la extensión de la propiedad, etc.

D-1 Se refiere al minifundista cuya producción agrícola y artesanal la destina en más de un 80% al consumo de su familia. No tiene ninguna ocupación remunerada fuera de su explotación familiar.

D-2 Se trata del minifundista cuya producción agrícola y artesanal la destina al mercado en más de un 20% y el resto lo destina al consumo de su familia. No tiene ninguna ocupación remunerada fuera de su explotación familiar.

D-3 Es el minifundista cuya producción agrícola y artesanal la destina en más de un 80% al consumo de su familia, pero tiene una ocupación remunerada (agrícola o artesanal manual) dentro de su comunidad. No incluir mozos colonos, pero si "ganadores"

D-4 Es el minifundista cuya producción agrícola y artesanal la destina en más del 80% al consumo de su familia, pero tiene una ocupación remunerada - (manual) fuera de su comunidad. Incluir mano de obra migratoria de las fincas de la costa y boca costa.

D-5 Es el minifundista cuya producción agrícola y artesanal la destina en más - de un 80% al consumo de su familia y además tiene ocupaciones remuneradas dentro y fuera de su comunidad. Incluir tambien mano de obra migratoria pero que tambien se emplea eventualmente en su propia comunidad.

D-6 Se trata del minifundista cuya producción agrícola y artesanal la destina en más del 20% al mercado, y tiene una ocupación remunerada dentro de su - comunidad. No incluir mozos colonos, pero si "ganadores"

D-7 Es el minifundista cuya producción agrícola y artesanal, la destina en más del 20% al mercado y tiene una ocupación remunerda fuera de su comuni-

dad. Incluye mano de obra migratoria a las fincas de la costa y boca costa.

D-8 Es el minifundista cuya producción agrícola y artesanal la destina en más del 20% al mercado y además tiene ocupaciones remuneradas dentro y fuera de su comunidad. Incluye mano de obra migratoria pero que también tiene eventualmente ocupaciones remuneradas en su comunidad.

D-9 Se trata del campesino desposeído que tiene una ocupación remunerada (manual) dentro de su comunidad.

D-10 Es el campesino desposeído que tiene una ocupación remunerada (manual fuera de su comunidad. No incluye mano de obra migratoria.

D-11 Se refiere al mozo colono. Es decir aquél que reside permanentemente en una finca, siendo usufructuario de un pedazo de tierra en el interior de ella, lo cual lo obliga a trabajar en las labores agrícolas de la finca.

D-12 Se trata del paciente que trabaja dentro o fuera de su comunidad realizando ocupaciones no-manuales remuneradas. Maestros, oficinistas, comerciantes medianos, etc.

D-13 Evidente solvencia económica.

CASILLERO E, DEDICADO A COMO ESTA FORMADO EL HOGAR Y QUIENES DE SUS MIEMBROS TRABAJAN.

Se estudia quienes son los que viven en la misma casa del paciente formando "hogar" y se específica que papel desempeña el paciente dentro del mismo, todo esto se logra relacionando toda la información.

E-1 Se llena si el paciente es de sexo masculino, mayor de 14 años (Esta edad se escogió tentativamente por las siguientes razones: se parte de la hipótesis de que a partir de esa edad el paciente podría formar su hogar y adquirir nuevas responsabilidades y otro tipo de vida o simplemente procrear y adquirir responsabilidades de padre o nó adquirírlas. No es un límite biológico ni se basa en investigaciones previas, simplemente se hizo necesario fijar límite a efecto de obtener informa ción de primera mano en cuanto a la edad en que el hombre de la región enfrenta su situación como tal con todas sus repercuciones de acuerdo a sus elementos de su cultura hasta ahora pobremente investigada.

E-2 Se señala si el paciente es menor de 14 años de sexo femenino (patte también de una edad establecida tentativamente para delimitar provisionalmente su condición de "mujer" y su gran responsabilidad como posible madre.

E-3 Se marca con un símbolo si el paciente es menor de 14 años, se parte de la hipótesis de que a esa edad el paciente aún es parte integrante del hogar de

los padres, lo que en cierta forma lo determina de acuerdo a la naturaleza particular de ese hogar.

Nota: A partir de E-4 se trata de establecer que miembros integran el hogar y quienes de estos trabajan, haciendo distinción si éstos están comprendidos en edad escolar, si solo trabajan o si van a la escuela y trabajan. (Esto comprende a los menores de 12 años) En la casilla correspondiente se pone en forma de quebrado, de cuyos elementos el numerador es el número de elementos de una determinada relación familiar con el paciente y el denominador el número de éstos que trabajan.

E-4 Significa abuelos, se pone su número en el numerador y como denominador el número de los que trabajan.

E-5 Significa abuelas se procede en igual forma.

E-6 Tíos. Idem.

E-7 Tías. Idem.

E-8 Sobrinos y primos. Idem.

E-9 Sobrinas y primas. Idem.

E-10 Hermanos. Idem.

E-11 Hermanas. Idem.

En E-12 y E-13 se dedicó a la atención a los escolares: ejemplo: de la forma en que se anotó la información: 3-2-0, esto significaría que el primer nú-

mero indica el número indica el número de niños en edad escolar, el segundo, el número de ellos que asisten a la escuela y el tercero cuanto de ellos trabajan, E-12 fue para los niños y E-13 para las niñas. En los casos en que hubo un escolar menor de 7 años o mayor de 12, también se le incluyó. Cuando decimos niños que trabajan nos referimos a si su trabajo es capaz de producir ingresos directa o indirectamente, no a las labores de mantenimiento del hogar. Si ayudan en la agricultura, en la artesanía, etc.

E-14 es el total de hijos vivos, sólo en el caso de no tenerlos se refiere a hermanos. En el primer caso se antepone un signo + al número.

E-15 Igual al anterior pero referido a fallecidos.

R E S U L T A D O S

NOTA: Se hicieron 56 entrevistas o sea 50% de pacientes ingresados en el mes de Octubre de 1972, tomados al azar.

A) VIVIENDA.

Vivienda A-1 hubo seis de cincuenta y seis o sea que sólo el 10.71% reunió las condiciones mínimas que exigíamos al establecer los criterios de clasificación.

Vivienda A-2 hubo 46.

Vivienda A-3 hubo 44

Vivienda A-4 hubo 43

Vivienda A-5 hubo 31

Vivienda A-6 hubo 25

Vivienda que no reunieron ninguna de las cinco condiciones exigidas: 26

Viviendas que sólo reunieron una de las características exigidas: 14.

Viviendas que sólo reunieron 2 de las características exigidas: 3.

Viviendas que sólo reunieron 3 de las características exigidas: 5

Viviendas que sólo reunieron 4 de las características: 0.

B) SERVICIOS DE LA COMUNIDAD.

(Los incisos significan: A) buen aprovechamiento B) Regular, C) Malo D) No "existe" el recurso.

B-1 A) 24; B) 15; C) 14; D) 3.

B-1 A) 10; B) 4; C) 13; D) 19.

B-3 A) 10; B) 41; C) 1 D) 4.

B-4 A) 12; B) 4; C) 2; D) 38.

B-5 A) 11 B) 10; C) 2; D) 33

B-6 A) 1 B) 34; C) 7; D) 14.

B-7: A) 8; B) 1; C) 2; D) 45

B-8 A) 0 B) 3; C) 1; D) 52

B-9 A) 4; B) 48; C) 0; D) 4.

B-10 A) 5; B) 31; C) 16; D) 4.

B-11 A) 6; B) 21; C) 6; D) 23

A partir de B-12 como se comprendera la respuesta es un sí o nó.

B-12: sí 0; no 56.

B-13 Sí 1; No 55.

B-14 sí 0; No 56.

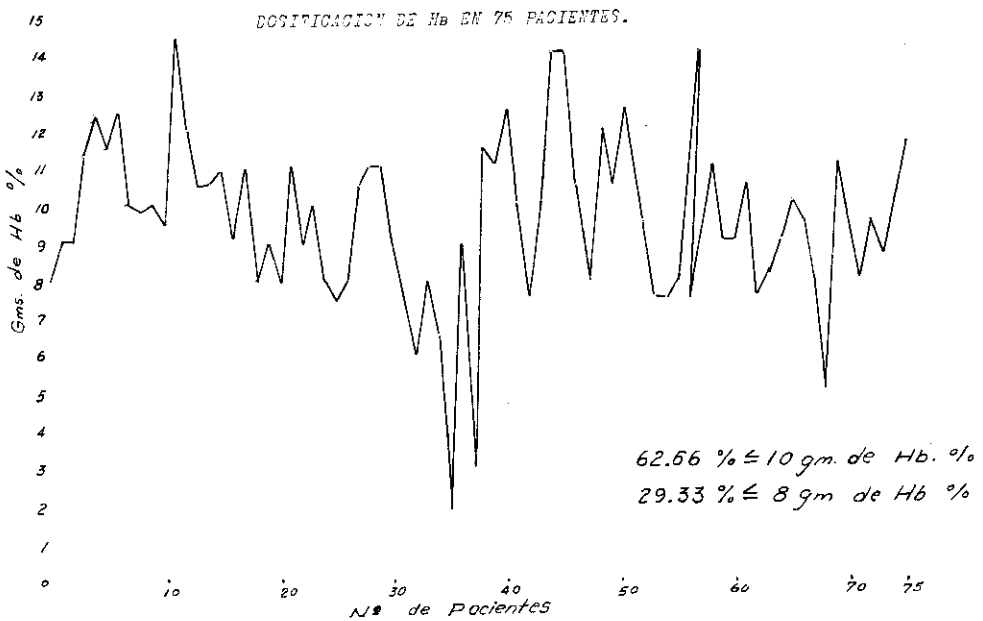
C) DEDICADO A LA CONDUCTA DEL PACIENTE FRENTE A LA ENFERMEDAD.

C-1	7
C-2	40
C-3	1
C-4	8

D) DEDICADO A LOS RECURSOS ECONOMICOS DEL PACIENTE O DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR.

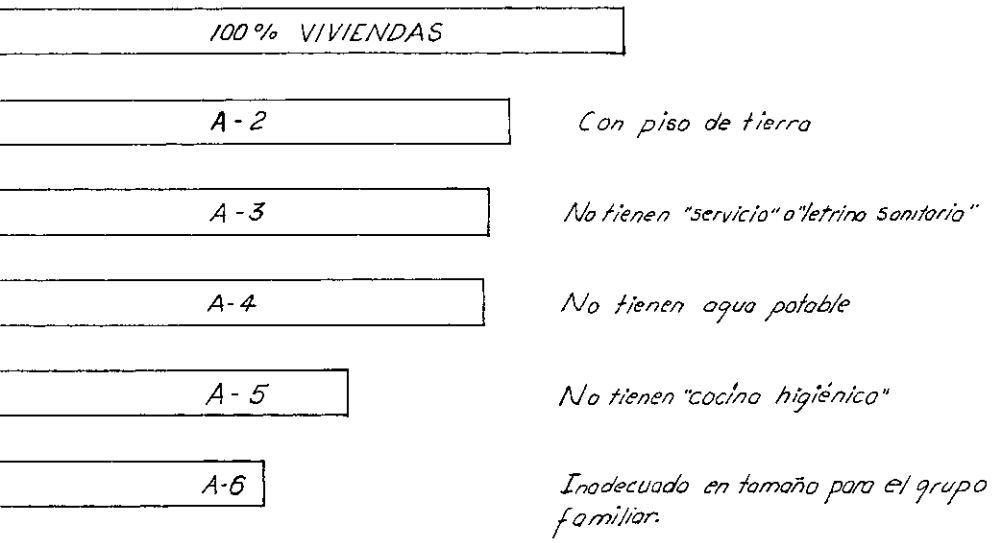
D-1	6
D-2	8
D-3	11
D-4	7
D-5	3
D-6	3
D-7	4
D-8	1
D-9	6
D-10	1
D-11	2
D-12	3
D-13	1

(Ver Gráficas a continuación)...



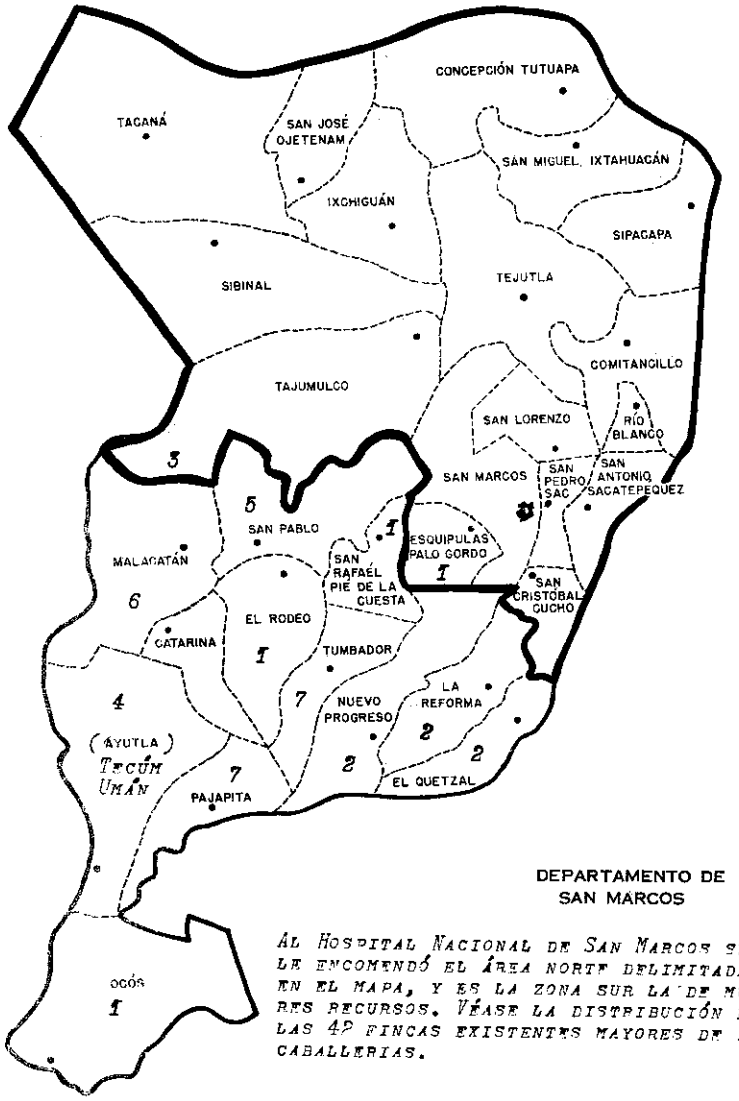
G R A F I C A No. 1.

Total de exámenes de dosificación de hemoglobina hechos en el mes de Febrero de de 1973, en el Laboratorio Clínico del Hospital Nacional de San Marcos, único laboratorio clínico de la región de salud # 5, (tierra fría). Incluye todos los análisis hechos a personas enferma y sanas, por ejemplo "donadores" y su representación - no persigue una interpretación de tipo hematológico, sino una idea social del grupo en el cual priva la anemia.



G R A F I C A No. 2.

Representación en Barras de la mala situación en que viven los pacientes entrevistados y sus familias.



DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS

Al Hospital Nacional de San Marcos se le encomendó el área norte delimitada en el mapa, y es la zona sur la de mejores recursos. Véase la distribución de las 42 fincas existentes mayores de 10 caballerías.

G R A F I C A No. 3.

El mapa que presentamos es sumamente elocuente en cuanto a que sólo la tierra fértil interesa al latifundista; el caso del café especialmente, la necesidad de mano de obra en gran cantidad creó una dependencia - necesaria entre el latifundio y el minifundio y ahora damos sus caracte rísticas.

DISTRIBUCION AGRARIA DE SAN MARCOS.

FINCAS DE	100 A 200	CABALLERÍAS	:	1
" "	20 A 50	"	:	11
" "	10 A 20	"	:	26
" "	1 A 10	"	:	276
" "	32 A 64	MANZANAS	:	129
" "	10 A 32	"	:	773
" "	5 A 10	"	:	952
" "	2 A 5	"	:	3,019
" "	1 A 2	"	:	2,947
MENORES DE UNA MANZANA:				4,593

COSTA Y BOCA COSTA

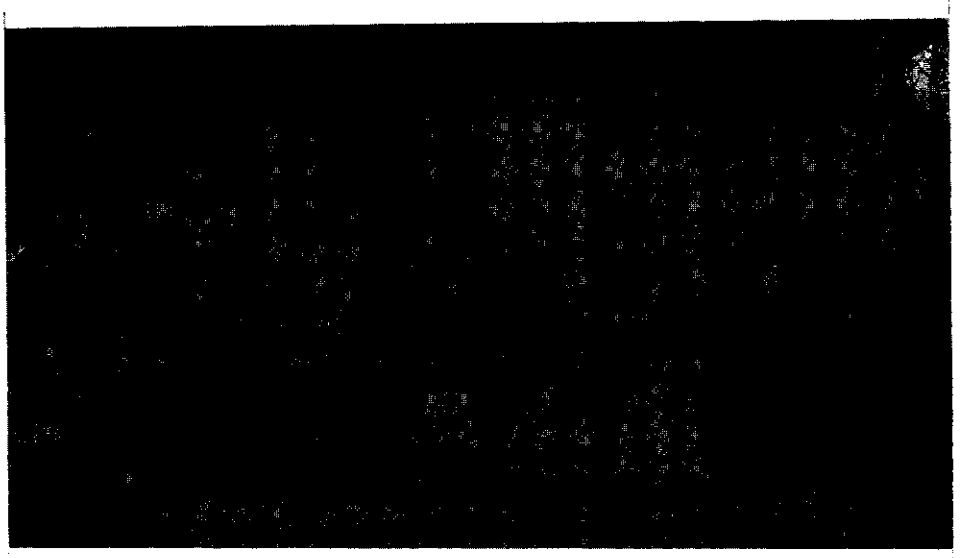
" "	20 A 50	CABALLERÍAS	:	1
" "	10 A 20	"	:	3
" "	1 A 10	"	:	63
" "	32 A 64	MANZANAS	:	208
" "	10 A 32	"	:	2,268
" "	5 A 10	"	:	5,110
" "	2 A 5	"	:	9,101
" "	1 A 2	"	:	5,758
MENORES DE UNA MANZANA				5,307

TIERRA FRIA

CENSO I,964

GRAFICA No. 4

Una economía agraria, cafetalero-exportadora como la de Guatemala, donde el indigena no es un elemento socialmente integrado, ha creado una situación de desventaja para el indígena en todos los órdenes de la vida. Aquí damos — algo sobre la estructura agraria de San Marcos donde el Hospital quiérase o nó, mientras el guatemalteco en general no adquiera plenos derechos, será un elemento más del sistem a de explotación agroexportador que es el que nos mantiene a todos los que gozamos de privilegios.



FUNDADORES DEL HOSPITAL NACIONAL DE
SAN MARCOS.

El Hospital de San Marcos nació como una institución de caridad, siendo las personas que aparecen en la fotografía, sus fundadores; si bien crítico el que instituciones estatales se hayan manejado filatrópicamente, no por eso dejo de rendir homenaje a quienes por caridad o deber ayudan a aliviar las penas de los enfermos.
A la derecha de la fotografía que sostiene, y donde aparecen Doña Dolores Ortega de Mejicanos, doña María - Luisa Peña de Barrios, esposa del Coronel José Barrios. A la izquierda la Señorita Elisa Fernández Barrios, sobrina del Reformador de Guatemala. Sentado el Coronel José Barrios, hijo de Don Justo Rufino y quien fuera Jefe Político y Comandante de Armas de San Marcos.
Sentadas a su derecha a la Señorita Olimpia Reyna, sobrina del Ex-Presidente General de División José María Reyna Barrios y a la izquierda a la Señorita Isabel Peña, hermana de doña María Luisa Peña de Barrios, vemos de izquierda a derecha a las Señoras: Celedonia López, hija del General de División don Lorenzo López. Doña María Antonieta Reyna Barrios de Fuentes Barrios, hermana del Ex-Presidente General José María Reyna Barrios, y esposa del General Daniel Fuentes Barrios, Jefe de la Revolución de 1897, Señora doña Mercedes Rivera de Reyna Andrade, esposa del Licenciado don José María Reyna Andrade, quien fue Presidente de los Tres Poderes de la Nación, doña Pilar Reyna Barrios de Morales Tobar, hermana del Ex-Presidente Reyna Barrios y esposa del Licenciado y Coronel Manuel Morales Tobar, Ex-Jefe Político de San Marcos y Señora Profesora doña Transito de Barrios.

NOMINA DE LOS MEDICOS QUE HAN OCUPADO EL CARGO DE DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL DE SAN MARCOS.

Dr. Tomás de León, hijo del General Petronilo de León y nieto del Reformador.

Dr. Francisco Vargas, sobrino político del Reformador.

Dr. Francisco Asturias

Dr. Ezequiel Sánchez Rosal, Eminente médico de la Universidad de San Carlos.

Dr. Ramón Solórzano, Eminente médico de la Universidad de Berlín, Alemania.

Dr. Abraham Ordoñez, que junto con el anterior fueron las dos primeras víctimas de la epidemia mundial de gripe de 1918.

Dr. Luis Gaitán.

Dr. Mariano Rodríguez Rosignon.

Dr. Matías J. López.

Dr. Moisés Villagrán Marroquín, Quezalteco declarado hijo Predilecto de San Marcos.

Dr. Adolfo López Maldonado.

Dr. Eduardo Tchen.

Dr. Jorge von Ahn.

Dr. Gonzálo Andrade.

Dr. Julio Pineda, y actualmente con el cargo de Jefe de Area de Salud de San Marcos el Dr. Antonio Solares Camey.

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

1. - Adams, Richard N. Encuesta sobre la cultura de los ladinos en Guatemala. Guatemala. Editorial José de Pineda Ibarra, 1964. 300 p. (Seminario de Integración Social Guatemalteca. Publicación No. 2.)

2. Arita, Oliverio. Política de los gobiernos centroamericanos en los últimos diez años para resolver el problema del analfabetismo. Guatemala. Seminario sobre problemas socio-económicos de Centró América, 1964. (sin publicar).

3. - Basa, Leopoldo, El mundo de habla española, Guatemala. Editorial del Ministerio de Educación Pública. 1951. 102 p.

4. - Blom, Frans. La vida de los Mayas. Guatemala. Editorial José de Pineda Ibarra, 1967. 140 p.

5. - Cultura Indígena de Guatemala. Guatemala. Tipografía Nacional, 1959, 326 p. (Seminario de Integración Social Guatemalteca) ,Edición especial para el IV Congreso Indigenista Americano).

6. - De Fuentes y Guzmán, Francisco Antonio. Recordación Florida. Guatemala. Tipografía Nacional, 1932, 515 p.

7. - De Remesal, Antonio. Historia general de las Indias Occidentales y particular de la gobernación de Chiapa y Guatemala. Guatemala. Editorial José de Pineda Ibarra, 1966, 1934. p.

8. - Flamenco, José. La beneficencia en Guatemala. Guatemala. Tipografía Nacional. 1915. 191. p.

9. - Gage, Tomás. Los viajes de Tomás Gage en la Nueva España. Guatemala. Editorial José de Pineda Ibarra, 1967. 221. p.

10- Gehlert Mata, Carlos. Análisis y consideraciones sobre problemas Sanitarios de Guatemala. Guatemala. Editorial José de Pineda Ibarra, -- 1966, 196 p.

11- Goubar Carrera, Antonio. Indigenismo en Guatemala. Guatemala. Editorial José de Pineda Ibarra. 1964. 258 p. (Seminario de Integración Social Guatemalteca. Publicación No. 14).

12- Guatemala. San Marcos, 50% de historias clinicas de pacientes ingresados al Hospital Nacional en el mes de Octubre de 1972.

13- Guzmán Böckler, Carlos y Jean Loup Herbert. Guatemala: una interpretación histórico social. México. Siglo XXI. Editores, S.A. 1972. 205p.

14- Hernández Sifontes, Julio. Realidad jurídica del indígena guatemalteco. Tesis de graduación. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, 1,972. 413. p.

15- Marroquín, Francisco. Cartas y testamento. Guatemala. Editorial del Ministerio del Ministro de Educación Pública, 1963. 134

16- Martínez Pelaéz, Severo. La patria del criollo. Guatemala. Editorial Universitaria, 1971. 786 p.

17- Monteforte Toledo, Mario. Monografía sociológica. México, UNAM, -- 1959.

18- Problemas de la urbanización en Guatemala. Guatemala. Editorial José de Pineda Ibarra, 1965. 250 p. (Seminario de Integración Social Guatemalteca No. 16).

19- Salazar, Ramón A. Historia del desenvolvimiento intelectual de Guatemala. Guatemala. Editorial del Ministerio de Edupación Pública, --- 1951. 413 p.

20- Solares, José Antonio. Condiciones Sociales sobre Protección Materno Infantil en el área Rural de Guatemala. Tesis de graduación. Guatemala la Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, 1962, 80 p.

21- Ternier, Franz, Etnología y etnografía de Guatemala. Guatemala. Editorial José de Pineda Ibarra, 1957, 293 p. (Seminario de Integración Social Guatemalteco. Publicación No. 5).

Vo. Bo.

Sra. Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. JESUS OLIVERIO ARITA FIGUEROA

DR. HECTOR ALFREDO NUILA E.
Asesor.

DR. CARLOS A. WALDHEIM
Revisor.

DR. JOSE A. QUIÑONEZ AMADO
Director de Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD
Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.
Decano.