UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CONSIDERACIONES SOBRE LA PLANIFICACION DE LA SALUD PUBLICA EN GUATEMALA"

EDGAR LEONEL DOMINGUEZ IZAS

Guatemala, Julio de 1975.

PLAN DE TRABAJO

I FORMULACION DEL PROBLEMA
II PRESENTACION DEL PROBLEMA
- Propósitos y Justificación
- Definición del problema
- Alcances y límites
III MARCO CONCEPTUAL
- Premisas
- Hipótesis
- Definición de Términos
IV MATERIAL Y METODOS
V PRESENTACION DE DATOS
VI ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION
1- Ubicación de la población
2- Vivienda
3- Agua corriente Rural
4- Agua corriente Urbana
5- Disposición de Excretas sector Urbano
6- Disposición de Excretas sector Rural
7- Morbilidad y Mortalidad
8- Presupuesto de Salud Pública
9- Otros Factores
10- Comentarios Finales.
VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
VIII BIBLIOGRAFIA.

FORMULACION DEL PROBLEMA

Las condiciones generales de salud y el nivel de salud de la población del país en general, son marcadamente precarias, como lo demuestran varios parámetros, p. e.: elevadas tasas de mortalidad infantil, de mortalidad general y de mortalidad específica; alta incidencia de patología infecciosa, parasitaria y de origen carencial. Situaciones éstas que son susceptibles de prevenirse y resolverse o controlarse como lo han demostrado otras naciones o estados de diferentes latitudes.

Las acciones a nivel nacional -y que por la misma estructura social y jurídica del país, son primordialmente una obligación del estado- tendientes al mejoramiento de este nivel de salud, no se han orientado en forma eficaz, pues pese a tener una serie de cifras y datos estadísticos, pareciera que no se tiene un conocimiento objetivo y por consiguiente tampoco una visión clara de las condiciones reales de la población sobre la que se actúa, ni conciencia de la envergadura de los problemas a resolver. Es conveniente señalar también que no se han combatido factores condicionantes que aunque no son decarácter exclusivamente sanitario, sí son de trascendental importancia para la salud de la comunidad por ejemplo: las triadas educación-hábitos higiénicos-salud, agricultura-economía-nutrición, economía-vivienda-higiene habitacional.

Con las acciones de salud (derivadas de una política o plan) realizadas en los últimos 10 años o más, no se han logrado mejorar en forma significativa las condiciones generales de salud y no se logrará, sino en un período de tiempo muy largo y a un costo social muy elevado.

PRESENTACION DEL PROBLEMA

Propósitos y Justificación:

Los motivos que me han llevado a realizar el presente trabajo, ha sido precisamente la observación de las condiciones de salud tan precarias en que se encuentra la mayor parte de la población del país -principalmente la población rural.

Como propósito, o más bien como objetivo de este trabajo persigo, luego de analizar algunos de los principales aspectos que debe cubrir la salud pública en nuestro país y haciendo una rápida evaluación de los beneficios, los recursos, trabajo y tiempo que conlleva su realización, proponer una orientación de cambio quizá más realista. Propongo esto, consciente de las dificultades que implicaría su implementación, pero pensando que permitiría mejorar efectivamente las condiciones de salud y al mismo tiempo, el nivel de salud de la población, en un plazo corto, atendiendo a la urgencia que esto demanda, y procurando lograr una eficiencia máxima de los recursos que por la envergadura de los problemas, deberán ser necesariamente cuantiosos, pero que racionalmente utilizados podrán rendir más.

Definición del Problema:

El problema que quiero puntualizar es el hecho de que las condiciones generales de salud y a su vez el nivel de salud guatemalteca, no han sufrido una modficación positiva significativa, pese a que se han realizado acciones tendientes a ello desde hace algo más de 10 años en forma planificada, y quizá desde mucho tiempo antes pero en forma menos precisa. Pienso que ello es debido, en parte, a que estas acciones de salud no han sido orientadas en forma adecuada, de acuerdo a las necesidades reales de la población, y en parte a que no se han atendido problemas que actúan como factores condicionantes e incluso determinantes. Para comprobarlo, expongo, analizo e interpreto la información disponible en los cuadros correspondientes.

Alcances y Límites:

Pretendo hacer generalizaciones válidas para la totalidad del universo del país (población y política de salud) pues se analizan datos generales y algunos específicos de diferentes variables que inciden en la problemática de salud; se correlacionan y se deducen las conclusiones pertinentes más importantes, según mi criterio.

MARCO CONCEPTUAL:

Premisas: — Las acciones de salud pública (política o plan de salud), no están orientadas ecológicamente de acuerdo a los problemas reales de la población en lo referente al aspecto salud.

— Los recursos económicos, humanos y materiales asignados por el estado para resolver los problemas de salud de toda la población son marcadamente reducidos en relación a la magnitud del problema.

— La utilización de los pcos recursos con que se cuenta está mal orientada para lograr la solución de estos problemas.

— Los factores condicionantes del estado de salud no se atienden simultáneamente ni siquiera parcialmente, lo cual impide que se logren los objetivos buscados en el sector salud.

Hipótesis: Las acciones tendientes a mejorar las condiciones de salud y el nivel de salud de la población del país, basados en la política y plan de salud actuales, no responden a las necesidades reales de los habitantes.

Definición de Términos: — Condiciones de salud: Lamaremos así, para fines del presente trabajo, a todas aquellas situaciones ambientales, habitacionales y socioeconómicas que inciden en los fenómenos relacionados con el proceso salud-enfermedad más directamente, por la estrecha relación que ellas tienen con los individuos, la familia o la comunidad. Obviamente no debemos perder de vista otras condiciones también relacionadas con la salud, como las educativas por ejemplo, que son de gran importancia, pero que debido al objetivo de este trabajo, y las limitaciones de su enfoque, no analizaremos por ahora.

— Nivel de salud: Son aquellas medidas que traducen los distintos estados de salud o enfermedad de los individuos o colectividades, expresados mediante indicadores convencionales, tales como tasas, índices y porcentajes, referidos a morbilidad o mortalidad principalmente.

— Salud Pública: "Es el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y facilitar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo coordinado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de las infecciones trans-

misibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando los servicios de tal modo, que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la Salud y a la longevidad" (Winslow).

— Salud:"Es el completo bienestar físico, mental y social de los individuos en el medio en que se desenvuelven" (Organización Mundial de la Salud).

— Política: es el conjunto de decisiones tomadas en base a lineamientos filosóficos y metodológicos, téoricos y prácticos, tendientes a afrontar y solucionar un problema o conjunto de problemas determinados.

— Planificación: conjunto de actividades humanas teoricas y prácticas, que sirven de base para la proposición de soluciones a un problema o problemas detectados; y que requieren de una previa definición de los mismos, de la investigación de posibles soluciones y de la formulación de un plan y sus programas para lograr éstas.

— Plan: conjutno de propuestas de acción racional y ordenadamente dispuestas para ejecutarse, basadas en el análisis del problema, y que se realizan para obtener metas determinadas, según los objetivos prefijados.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio comprende tanto investigación de tipo documental y bibliográfico, sobre datos estadísticos más recientes e información general proporcionada por las entidades competentes; así como el conocimiento personal de diferentes áreas de la república, sus condiciones de vida y de salud, y la experiencia de trabajo de campo en varias de ellas. Se consultaron además publicaciones de organismos tanto nacionales como internacionales, relacionados con la materia.

PRESENTACION DE DATOS:

En el cuadro No. 1, encontramos una tabla comparativa de los datos de población por departamento y por ubicación urbana o rural, de la república, según los datos obtenidos en los censos de 1964 y 1973, (cifras preliminares de este último) así como el porcentaje que representan en esa ubicación.

El Cuadro No. 2, nos muestra a la totalidad de población rural y su distribución en todo el territorio de la república, según el número de núcleos poblacionales y según la cantidad de habitantes en cada uno, así como en la totalidad de localidades. Además muestra el porcentaje del total rural que representan estos núcleos al agruparlos así. Estos dos cuadros nos servirán para obtener una visión y orientarnos gruesamente acerca de la situación poblacional del -- país en general.

CUADRO No. 2.

POBLACION RURAL TOTAL DEL PAIS, SEGUN NUMERO DE NUCLEOS POBLACIONALES, POR CANTIDAD DE HABITANTES DE - (0 a 2000), EN CIFRAS TOTALES Y PORCENTUALES.

Cantidad de Habitantes:	Número de Núcleos Poblacionales:	Miles de Habitantes:	%
Menos de 200	Dispersa	1068	31.3
200 a 500	2777	1095	32.1
500 a 1000	1098	921	27.0
1000 a 2000	270	326	9.6
TOTAL:	4145	3410	100.0

FUENTE: Dirección General de Estadística (Aparecido en Documento IX Seminario de Ingeniería Sanitaria 1973).

En los Cuadros No. 3, 4, 5, 6, 7 y 8, presento una breve recopilación -- pequeña y escueta, pero sufiente para los fines de este trabajo--, que nos permitirá llegar a tener una idea verás acerca de las condiciònes habitacionales, (principalmente vivienda), en que se encuentra actualmente la población de la república, tanto en area urbana como rural, según los datos obtenidos por el censo de 1964, pués aím no estaña disponibles los del censo de - 1973.

POBLACION TOTAL DE LA REPUBLICA POR DEPARTAMENTO Y UBICACION URBANA Y RURAL, PARA LOS AÑOS DE 1964 Y -- 1973; POBLACION EN MILES Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTES.

DEPARTAMENTO:	AÑO DE 1964					AÑO DE 1973				
	TOTAL:	URBANO:	%	RURAL:	%	TOTAL	URBANO:	%	RURAL	%
Guatemala	811	634	78.1	176	21.9	1127	799	70.8	328	29.1
Progreso	65	17	26.1	48	73.9	73	16	21.9	56	78.1
Sacatepéquez	81	58	71.6	23	28.4	99	71	71.7	28	28.3
Chimaltenango	163	61	37.4	102	62.6	193	67	34.7	126	65.3
Escuintla	270	65	24.0	205	76.0	300	93	31.0	207	69.0
Santa Rosa	157	32	20.4	125	79.6	176	38	21.5	128	78.5
Sololá	108	38	35.1	70	64.9	127	41	32.2	86	67.8
Totonicapán	141	20	14.1	121	85.9	166	24	14.3	142	85.7
Quezaltenango	271	97	35.0	173	65.0	311	108	34.6	203	65.4
Suchitepéquez	186	53	28.4	133	71.6	212	64	30.1	148	69.9
Retalhuleu	117	29	24.7	88	75.3	134	39	29.1	95	70.9
San Marcos	336	41	12.4	295	87.6	388	50	12.8	338	87.2
Huehuetenango	288	47	16.3	241	83.7	368	58	15.7	310	84.3
Quiché	250	33	13.2	217	86.8	301	31	10.3	270	89.7
Baja Verapaz	96	15	15.6	81	84.4	107	23	21.4	84	78.6
Alta Verapaz	260	29	11.1	231	88.9	276	34	12.3	242	87.7
Petén	26	12	46.9	14	53.1	64	20	31.2	44	68.8
Izabal	116	35	30.2	81	69.8	170	29	17.0	141	83.0
Zacapa	96	26	27.1	70	72.9	106	30	28.3	76	71.7
Chiquimula	150	32	21.3	118	78.7	158	35	22.0	123	78.0
Jalapa	99	26	26.8	73	73.8	118	33	27.8	85	72.2
Jutiapa	195	37	18.9	158	81.1	231	44	19.0	187	81.0
Toda la República:	4288	1442	33.6	2846	66.4	5212	1753	33.6	3459	66.4

FUENTE: Dirección General de Estadística:

CUADRO No. 3.

VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS, EXPRESADAS EN MILES DE UNIDADES, SEGUN SERVICIO DE AGUA CORRIENTE, POR UBICACION URBANA Y RURAL.

VIVIENDAS:	PARTICULARES OCUPADAS:				
	CON AGUA CORRIENTE:				
UBICACION:	TOTAL:	TOTAL:	DENTRO DE VIVIENDA:	FUERA DE VIVIENDA	SIN AGUA:
República:	801	236	89	147	565
Sector Urbano	268	191	81	110	77
Sector Rural	533	46	8	37	488

Fuente: Dirección General de Estadística (Censo de 1964).

CUADRO No. 4.

VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS, EXPRESADAS EN MILES DE UNIDADES, SEGUN MATERIAL DE LAS PAREDES, POR UBICACION URBANA Y RURAL, EN LA REPUBLICA.

	VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS:							
	MATERIAL DE LAS PAREDES:							
UBICACION	TOTAL:	Ladrillo	Adobe:	Piedra:	Bahareque:	Madera:	Caña o palo	Ignorada
República	801	39	286	3	111	149	200	10
Sector Urb.	268	30	144	2	23	48	18	2
Sector Rur.	533	9	142	1	88	101	182	8

Fuente: Idem.

CUADRO No. 5.

VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS, EXPRESADAS EN MILES DE UNIDADES, SEGUN MATERIAL DE PISO, POR UBICACION URBANA O RURAL, EN LA REPUBLICA.

UBICACION:	VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS: TOTAL:	LADRILLO: CEMENTO:	BARRO:	Torta de CEMENTO	MADERA	TIERRA	IGNORADO
República:	801	77	39	63	13	603	4
Sector Urb.	268	71	27	38	7	124	1
Sector Rural	533	6	12	25	6	479	3

Fuente: Idem.

CUADRO No. 6.

VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS, EXPRESADAS EN MILES DE UNIDADES, SEGUN MATERIAL DEL TECHO, POR UBICACION URBANA O RURAL, EN LA REPUBLICA.

UBICACION:	VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS: TOTAL:	MATERIAL DEL TECHO: Concreto:	Lámina de metal.	Asbesto	Teja de Barro:	Paja o palma	Ignorado.
República	801	15	226	5	253	293	6
Sector Urb.	268	14	129	2	87	32	1
Sector Rural	533	0.6	97	3	165	261	5

Fuente: Idem.

CUADRO No. 7.

VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS, EXPRESADAS EN MILES DE UNIDADES, SEGUN NUMERO DE HABITACIONES POR UBICACION URBANA O RURAL EN LA REPUBLICA.

UBICACION:	VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS: NUMERO DE HABITACIONES. TOTAL:	UNA	DOS	TRES	CUATRO	CINCO	SEIS	IGNORADA
República	801	654	97	29	12	4	3	0.3
Sector Urb.	268	178	49	23	11	3	3	0.1
Sector Rural	533	476	48	6	1	0.4	0.4	0.2

Fuente: Idem.

CUADRO No. 8.

VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS, EXPRESADAS EN MILES DE UNIDADES= SEGUN EL TIPO DE SERVICIO SANITARIO, POR UBICACION URBANA O RURAL.

UBICACION:	VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS TIPO DE SERVICIO SANITARIO Total	Total con Servicio:	Inodoro	Escusado Lavable:	Pozo Ciego:	No tiene é Ignorado:
República	801	244	74	47	121	556
Sec. Urbano	268	191	69	40	82	76
Sec. Rural	533	53	5	7	39	480

Fuente: Idem.

En el cuadro No. 9, tenemos una tabla donde podemos encontrar datos relacionados con algunos proyectos de vivienda urbana realizados a la fecha por las instituciones competentes; su costo por proyecto y su costo promedio por unidad de vivienda.

CUADRO No. 9.

ALGUNOS PROYECTOS HABITACIONALES REALIZADOS POR EL INVI EN AÑOS ANTERIORES, SEGUN NUMERO DE UNIDADES DE VIVIENDA, COSTO TOTAL DEL PROYECTO Y COSTO PROMEDIO POR UNIDAD.

NUMERO DE UNIDADES CONSTRUIDAS:	COSTO TOTAL DEL PROYECTO:	COSTO PROMEDIO POR UNIDAD:
280	Q. 728,139	Q. 2,600.oo
602	" 2043,197	" 3,394.oo
866	" 2285,651	" 2,639.00
110	" 329,550	" 2,995.oo
130	" 424,967	" 3,268.oo
200	" 608,070	" 3,040.oo
130	" 487,160	" 3,743.oo
4013	" 9274,099	" 2,311.oo
104	" 280,142	" 2,693.oo
1661	" 4358,840	" 2,624.oo
128	" 292,468	" 2,284.oo
134	" 275,895	" 2,059.oo

Fuente: Publicación del INVI (Instituto Nacional de Vivienda), año 1972.

En los cuadros 10, 11 y 12 podemos observar los requerimientos de vivienda en la república, atendiendo al déficit existente y estimaciones para los años 1960, 1970 y 1975.

CUADRO No. 10.

REQUERIMIENTOS DE VIVIENDA DURANTE VARIOS AÑOS, POR EVOLUCION DEMOGRAFICA Y SEGUN UBICACION URBANA O RURAL; EN LA REPUBLICA.

AÑOS	SECTOR URBANO	SECTOR RURAL	TODA LA REP.
1966	30120	20843	50963
1970	100318	62384	162702
1975	210989	112285	323274

Fuente: Publicación del INVI, año 1972.

CUADRO No. 11.

REQUERIMIENTOS DE VIVIENDAS DURANTE VARIOS AÑOS, POR DEFICIENCIAS CUALITATIVAS Y SEGUN UBICACION — URBANA O RURAL EN LA REPUBLICA.

AÑOS	SECTOR URBANO:	SECTOR RURAL:	TODA LA REPUBLICA
1966	84277	153467	237744
1970	97084	172729	269813
1975	115864	200240	316104

Fuente: Idem.

CUADRO No. 12

REQUERIMIENTOS DE VIVIENDAS DURANTE VARIOS AÑOS, POR NECESIDAD DE REPOSICION Y SEGUN UBICACION URBANA O RURAL; EN LA REPUBLICA.

AÑOS	SECTOR URBANO:	SECTOR RURAL	TODA LA REPUBLICA;
1966	6228	17512	23740
1970	20834	42012	62855
1975	42273	77005	119278

Fuente: Idem.

En los cuadros 13, 14, 15 y 16 encontramos datos relacionados con la construcción de acueductos e introducción de agua corriente, en las áreas urbana y rural en relación a la población servida o beneficiada, el porcentaje de ella, -- los costos de las obras y otros datos, según varias fuentes distintas; a partir del año 1960 hasta recientemente.

CUADRO No. 13.

SITUACION DEL SERVICIO DE AGUA CORRIENTE EN LOS AÑOS 1960 Y 1970 SEGUN POBLACION BENEFICIADA Y SERVIDA Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE; POR UBICACION URBANA O RURAL

RUBROS:	AÑO 1960			AÑO 1970		
	MILES/HAB.	%		MILES/HABS.	%	
Población Total	3802	100	--	5183	100	
Población Urbana	1242	33	100	1773	34	100
Beneficiada	925	--	72	1458	--	82
Servida	411	--	34	725	--	40
Población Rural	2560	67	100	3410	66	100
Beneficiada	224	--	9	498	--	13
Servida	Ignor.	--	-	46	--	1.3

Fuente: Div. de Saneamiento Ambiental, M. de Salud P. y A.S. (Documento VIII Seminario Ing. Sanitaria 1972).

CUADRO No. 14.

REALIZACIONES DE ACUEDUCTOS EN VARIOS PERIODOS, SEGUN NUMERO DE OBRAS, COSTO TOTAL Y POBLACION BENEFICIADA SEGUN DISEÑO; POR UBICACION URBANA O RURAL.

RUBROS:	No. de Obras	Población Diseñ Beneficiada	Costo en Q.
ACUEDUCTOS URBANOS: 31/XII/60 31/XII/69	117	425650	6632,459
ACUEDUCTOS RURALES: 31/XII/60 31/XII/69	226	260000	3567,922
ACUEDUCTOS RURALES: 30/VI/70 30/VI/74.	54	Desc.	1656,114

Fuente: Idem. cuadro anterior.

CUADRO No. 15

SITUACION DEL SERVICIO DE AGUA CORRIENTE EN LOS AÑOS 1969 y 1973, SEGUN POBLACION CON CONECCION DOMICILIAR Y CON FACIL ACCESO, Y SU PORCENTAJE POR UBICACION URBANA Y RURAL.

RUBROS:	AÑO 1969			AÑO 1973		
	MILES/HABS.	%	%	MILES/HABS.	%	%
Población Total	5091	100	--	5665	100	--
Población Urbana	1721	33	100	1973	33	100
Con conecc. Domiciliar	684	--	38	798	--	40
Con fácil acceso	807	--	47	914	--	46
Población Rural	3370	67	100	3692	67	100
Con conección domiciliar	16	--	0.5	70	--	1.8
Con fácil acceso	345	--	11	422	--	12

Fuente: Ministerio de Salud Pública y A. S. (Deto. Informe Cuadrienal XIX conferencia Sanitaria Panamericana).

CUADRO No. 16

REALIZACIONES DE ACUEDUCTOS EN DIFERENTES AÑOS, SEGUN POBLACION BENEFICIADA EN MILES, POR UBICACION URBANA O RURAL.

ACUEDUCTOS CONSTRUIDOS	1970	1971	1972	1973	TOTAL:
SECTOR URBANO (No. Obras)	14	10	17	7	48
POBLACION BENEFICIADA	117	39	70	25	251
SECTOR RURAL (No. Obras)	52	22	19	22	115
POBLACION BENEFICIADA	64	24	20	21	129

Fuente: Idem a cuadro anterior.

En el Cuadro No. 17 tenemos una actualización hasta 1973 del servicio de agua corriente, según el número de sistemas por departamento; las obras existentes en las áreas urganas y rural y la población, diseño que son capaces de be—

neficiar (lo cual no necesariamente implica población realmente, pues en algunos casos llega hasta un 300 a 400% de la población existente actualmente). Sin embargo, a falta de un dato más exacto el porcentaje de beneficiados lo -- calculamos en base a la población real, con lo que si podemos formarnos una idea aproximada de la situación actual, aunque no con toda exactitud.

CUADRO No. 17

SITUACION ACTUALIZADA A 1973 POR DEPARTAMENTO DEL SERVICIO DE AGUA CORRIENTE, SEGUN NUMERO DE SISTEMA (OBRAS CONSTRUIDAS), POBLACION DISEÑO BENEFICIADA EN MILES Y PORCENTAJE QUE REPRESENTA; Y POR UBICACION URBANA O RURAL.

UBICACION:	SECTOR	URBANO		SECTOR	RURAL	
DEPARTAMENTO:	No. de Obras	Pobl./Diseño Beneficiada:	%	No. de Obras:	Pobl./Diseño Beneficiada	%
Guatemala (Sin Ciudad Capital)	15	73.3	---	59	59.2	18
Progreso	8	20	110	19	15	26
Sacatepéquez	14	58	80	23	13.6	48
Chimaltenango	16	77	111	54	30.4	24
Escuintla	12	83.5	90	20	19	9
Santa Rosa	10	32.4	80	28	22.4	17
Quezaltenango	22	++76	70	36	34	17
San Marcos	24	44	88	37	32	9
Sololá	16	39.9	98	25	26	34
Totonicapán	7	23	105	37	37.8	27
Huehuetenango	25	++58.3	100	60	27.3	8
Quiché	14	44.3	120	17	13.8	5
Retalhuleu	8	34.7	83	7	0.8	1
Suchitepéquez	14	62.4	95	10	11.1	8
Alta Verapaz	11	38.9	110	11	12	5
Baja Verapaz	8	28	115	2	1	2
Jalapa	5	22	66	8	3.8	4
Jutiapa	15	45.9	102	63	37.2	19
Chiquimula	11	29.5	80	17	9.3	8
Zacapa	10	37	118	36	16.7	21
Izabal	5	++16.6	60	24	15.3	11
Petén	1	2.4	15	00	00.0	00
Total República	271	947.1	54.2	593	438.1	12

* Fuente: Unidad sectorial de Planificación y Estadística, Ministerio de S.P. y A.S.

** Cifras estimadas.

En los cuadros 18, 19, 20 y 21 encontramos los datos relativos al alcantarillado (disposición de excretas), sus situaciones y realizaciones en determinados años, la población beneficiada con ellos en cifras brutas y porcentuales; y los costos de algunas obras.

CUADRO No. 18.

SITUACION DEL SERVICIO DE ALCANTARILLADOS EN LOS AÑOS 1960 y 1970, SEGUN POBLACION BENEFICIADA Y CONECTADA, EN MILES, SU RESPECTIVO PORCENTAJE; EN AREA URBANA.

RUBROS:	AÑO 1960			AÑO 1970		
	MILES/HABS.	%		MILES/HABS	%	
Población Total	3802	100	--	5183	100	--
Población Urbana	1242	33	100	1773	33	100
Beneficiada	23	--	2	232	--	14
Conectada	10	--	0.8	103	--	6

Fuente: División Saneamiento Ambiental, M. de S.P. y A.S. (Documento VIII Seminario Centroamericanao de Ingeniería Sanitaria, --- 1972).

CUADRO No. 19

REALIZACIONES DE ALCANTARILLADOS, DECENIO 60-70, SEGUN NUMERO DE OBRAS, COSTO TOTAL Y POBLACION TOTAL BENEFICIADA SEGUN DISEÑO POR UBICACION URBANA O RURAL.

	ALCANTARILLADOS CONSTRUIDOS		
RUBROS:	No. de Obras:	Población Diseño: Beneficiada:	Costo en Quetzales
Sector Urbano 31/XII/60 31/XII/69	55	278320	4180,559
Sector Rural 31/XII/60 31/XII/69	00	------	------

Fuente: Idem a cuadro anterior

------ No se construyen.

CUADRO No. 20

SITUACION DEL SERVICIO DE ALCANTARILLADO EN LOS AÑOS 1969 Y 1973, SEGUN POBLACION BENEFICIADA, Y SU RESPECTIVO %EN EL AREA URBANA.

RUBROS:	AÑO 1969 MILES/HABS.	%		AÑO 1973 MILES/HABS.	%	
Población total	5091	100	--	5665	100	--
Población Urbana	1721	33	--	1973	33	100
Beneficiada	471	--	28	784	--	39

Fuente: Ministerio de S.P.y A.S. (Documento Informe Cuadrienal XIX conf. Sanitaria Panamericana).

CUADRO No. 21

REALIZACIONES DE ALCANTARILLADOS EN DIFERENTES AÑOS, SEGUN POBLACION BENEFICIADA EN MILES: POR UBICACION - URBANA O RURAL.

OBRAS CONSTRUIDAS:	1970	1971	1972	1973	TOTAL:
Sector Urbano (No. Obras)	6	6	18	17	47
Población Beneficiada	28	40	55	48	171
Sector Rural (No. Obras)	-	-	--	--	--

Fuente: Idem a cuadro anterior.

---- No se construyen.

En el cuadro No. 22, tenemos una tabla con la actualización a 1973 de los datos referentes al alcantarillado; la población capaz de beneficiarse con él y, a falta de un dato más exacto, el porcentaje sobre la población real existente, que obviamente puede ser menor de lo planificado por los proyectos.

CUADRO No. 22

SITUACION ACTUALIZADA A 1973 DEL SERVICIO DE ALCANTARILLADO POR DEPARTAMENTO, SEGUN POBLACION DISEÑO BENEFICIADA EN MILES Y PORCENTAJE QUE REPRESENTA; EN --- UBICACION URBANA.

UBICACION DEPARTAMENTO:	ALCANTARILLADO POBLACION/DISEÑO BENEFICIADA:	URBANO: % SOBRE POBLACION REAL.
Guatemala (Sin Ciudad Capital)	52.4 hbs.	----
Progreso	++ 6.3	32
Sacatepéquez	33.6	48
Chimaltenango	43.5	61
Escuintla	++ 47.8	51
Santa Rosa	27.3	71
Quezaltenango	++ 57.3	52
San Marcos	35	70
Sololá	10.2	26
Totonicapán	7.3	30
Huehuetenango	12.2	22
Quiché	24.8	75
Retalhuleu	++ 17	41
Suchitepequez	27.9	43
Alta Verapaz	25	74
Baja Verapaz	Desconocido	--
Jalapa	Desconocido	--
Jutiapa	27.9	63
Chiquimula	27.4	76
Zacapa	21.9	68
Izabal	Desconocido	--
Petén	Desconocido	--
Total de la República	504.5	28.77

\+ Fuente: Unidad sectorial de planificación y estadística, Ministerio de de Salud Pública y A. S.

++ Cifras estimadas.

En los cuadros No 23 y 24, tenemos los datos relativos a la letrinización, la situación anterior y la actual; y su ritmo de producción. Esto nos da la idea acerca de las necesidades de la población referente a este servicio, recordando sin embargo, que la adquisición de la letrina en el medio rural del país no implica necesariamente su colocación y/o utilización adecuada.

CUADRO No. 23

REALIZACIONES EN SERVICIO DE LETRINIZACION EN EL DECENIO 60-70 SEGUN NUMERO DE UNIDADES COLOCADAS, POBLACION BENEFICIADA; Y POR UBICACION URBANA O RURAL.

LETRINAS INSTALADAS 31/XII/60 a 31/XII/69.	NUMERO:	POBLACION BENEFICIADA	% A 1970.
Población Urbana	58156	102000	10.26
Población Rural		220000	6.45
Población Urbana y Rural (Antes de 1960)	-----	30000	0.61

Fuente: Idem a cuadro anterior.

CUADRO No. 24

PRODUCCION ANUAL DE LETRINAS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS.

AÑOS	CANTIDAD DE LETRINAS PRODUCIDAS
1970 (2o. Semestre)	4348
1971	10010
1972	11916
1973	11401
1974 (1er. Semestre)	663
TODOS LOS AÑOS:	33338

Fuente: Documento VIII Seminario C.A. de Ing. Sanitaria, Tema Guatemala.

En los cuadros No. 25 y 26 encontramos los datos referentes a la morta-

lidad y morbilidad por enfermedades de origen hídrico, así como por otras enfermedades transmisibles de importancia significativa en la patología del país. Se analiza su evolución a lo largo de varios años según el número de casos y sus respectivas tasas; y se presenta una serie de gráficas complementarias relacionadas con estos mismos fenómenos de salud enfermedad, los cuales nos permiten obtener elementos de juicio acerca de la evolución de estos fenómenos en los últimos 10 o 12 años, paralelos a la implementación de algunas medidas tendientes a disminuirlos o solucionarlos.

CUADRO No. 25

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DE CAUSAS HIDRICAS Y OTRAS TRANSMISIBLES IMPORTANTES, EXPRESADOS EN NUMERO DE CASOS Y TASAS POR 100,000 HABITANTES, SEGUN CAUSAS.

CAUSA:	AÑO 1960		AÑO 1965		AÑO 1970	
	No. DE CASOS:	TASA:	No. DE CASOS:	TASA:	No. DE CASOS:	TASA:
F. TIFOIDEA	348	9.1	293	6.8	151	3.0
PARATIFOIDEA	2	0.1	2	0.0	8	0.1
DISENTERIAS	1478	38.7	1791	41.3	682	12.7
ENTERITIS	8435	221.1	10738	247.6	17712	329.1
PARASITISMO O HELMINTIASIS	3275	85.7	3151	73.1	2241	42.0
TODAS LAS DE ORIGEN HIDRICO.	13538	354.7	15975	369.5	20794	386.9
POLIOMIELITIS	6	0.1	13	0.3	19	0.3
INFLUENZA	4860	127.1	8450	187.5	6918	131.1
TUBERCULOSIS	1291	33.8	----	----	1047	21.3
PALUDISMO	137	3.8	--	--	2309	42.9

Fuente: Unidad Sectoria de Planificación y Estadística Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

-----: Sin información

CUADRO No. 26

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE CAUSAS HIDRICAS Y OTRAS TRANSMISIBLES IMPORTANTES, EXPRESADAS EN NUMERO DE CASOS Y TASAS POR 100,000 HABITANTES, SEGUN CAUSAS.

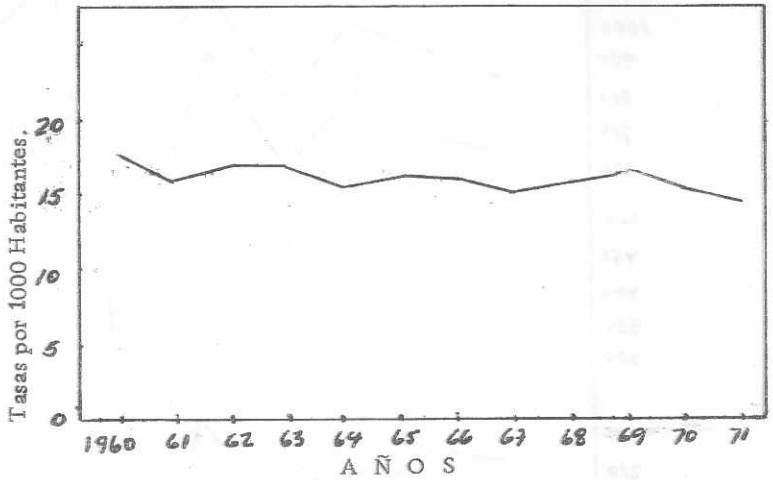
CAUSA:	AÑO 1963		AÑO 1965		AÑO 1970.	
	No. DE CASOS:	TASA:	No. DE CASOS:	TASA:	No. DE CASOS:	TASA:
F. TIFOIDEA	879	21.6	1082	24.9	647	12.0
PARATIFOIDEA	55	1.4	19	0.4	+++	----
DISENTERIAS	8766	217.7	8652	199.5	6934	128.8
ENTERITIS	26851	660.6	36195	834.5	52469	979.8
PARASITISMO O HELMINTIASIS	35234	866.8	43559	1004.3	29581	549.6
TODA LAS DE ORIGEN HIDRICO	71785	1766.1	89507	2063.6	89631	1765.2
POLIOMIELITIS	176	4.1	210	4.6	108	2.0
INFLUENZA	15153	360.1	16804	395.1	17967	320.3
TUBERCULOSIS	3647	86.6	6121	138.0	3059	59.1
PALUDISMO	14760	353.1	14116	337.6	10965	212.8

Fuente: Unidad Sectorial de Planificación y Estadística, Ministerio de S.P. y A.S.

+++: No hubo casos.

GRAFICA No. 1.

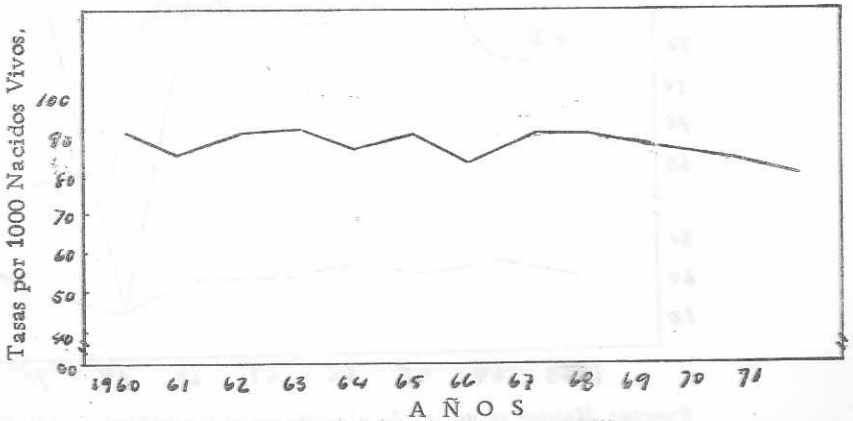
Evolución de la tasa de mortalidad general de la República durante el período de 1960 a 1971



+ Fuente: Dirección General de Estadística.

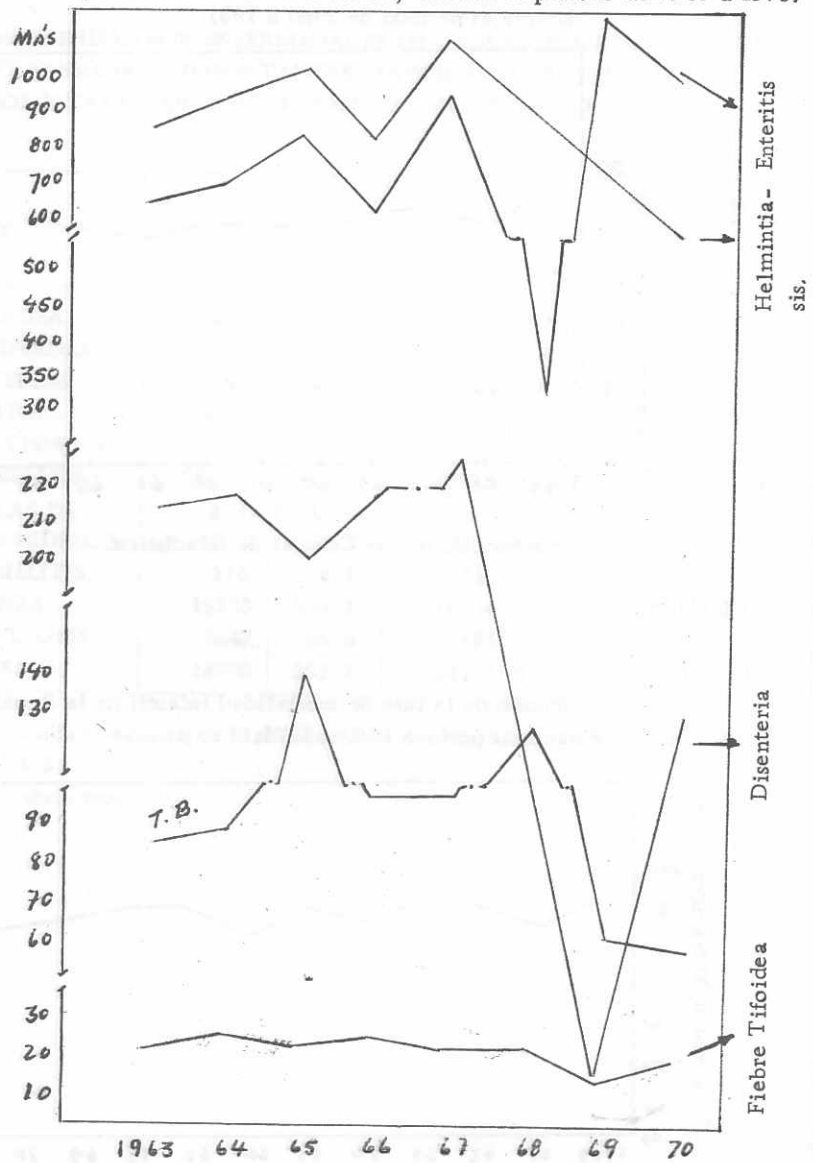
GRAFICA No. 2.

Evolución de la tasa de mortalidad infantil de la República durante el período 1960 a 1971.



+ Fuente: Idem.

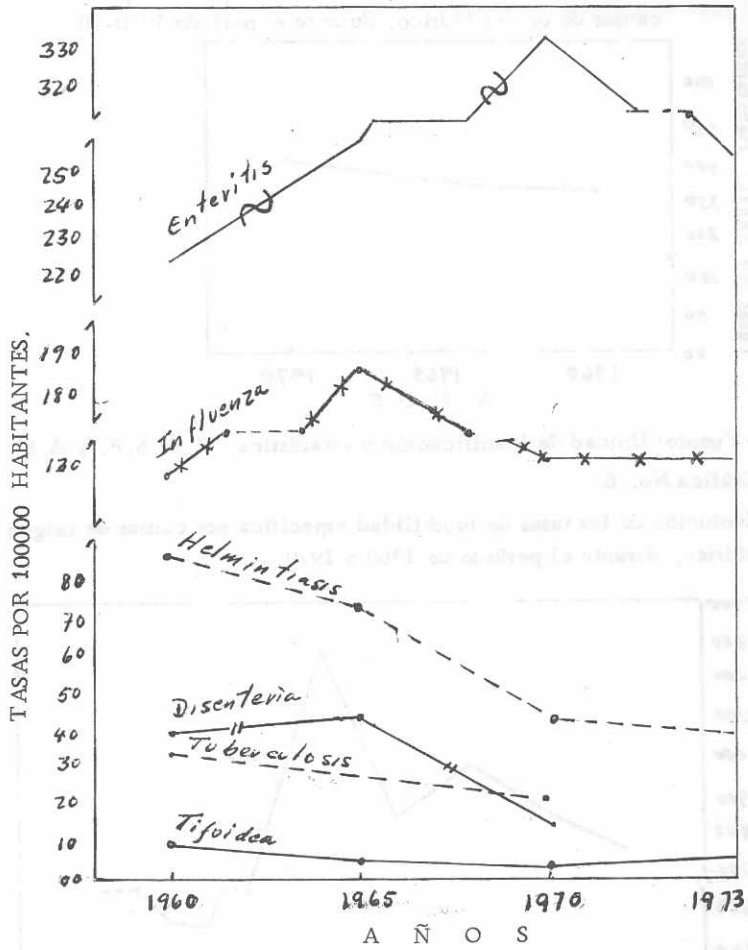
GRAFICA No. 3. Evolución de las tasas de morbilidad específica por - diferentes causas, durante el período de 1963 a 1970.



Fuente: Unidad sectorial de planificación y estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

GRAFICA No. 4.

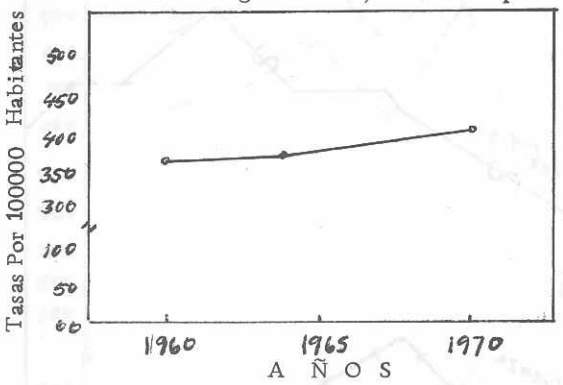
Evolución de las tasas de mortalidad específica por - diferentes causas, durante el período de 1960 a 1970



Fuente: Idem.

Grafica No. 5.

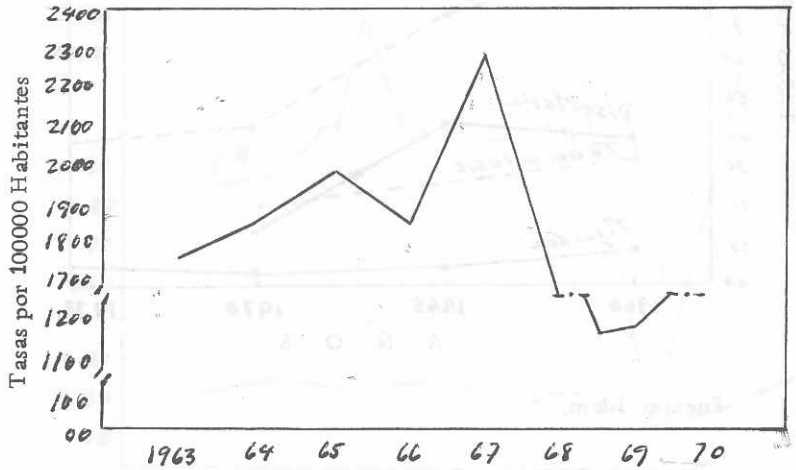
Evolución de las tasas de mortalidad específica por causas de origen hídrico, durante el período 1960-70



+ Fuente: Unidad de Planificación y estadística, M. de S.P. y A.S.

Gráfica No. 6.

Evolución de las tasas de morbilidad específica por causas de origen hídrico, durante el período de 1960 a 1970.-



+ Fuente: Idem.

CUADRO No. 27

PRESUPUESTO DE GASTOS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y A.S., SEGUN SU UTILIZACION EN DIFERENTES PROGRAMAS Y -- FUNCIONES, EN MILES DE QUETZALES Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE PARA EL AÑO 1973.

RUBROS:	CANTIDAD EN MILES DE QUETZALES:	%	%
Presupuesto General de Egresos de la Nación	291,796.00	100	---
Presupuesto del Ministerio de Salud Pública	24,552.00	8.4	100
Presupuesto de Funcionamiento	22,950.00	-	93.3
Presupuesto de Inversión	1,602.00	-	6.7
Administración, Transferencias,	4,443.00	-	18.3
Construcción de Acueductos Rurales.	417.00	-	1.7
Educación	332.00	-	1.4
Epidemiología	245.00	-	0.9
Ingenieria Sanitaria	1,436.00	-	5.8
Malaria	1,768.00	-	7.3
Nutrición	93.00	-	0.4
Salud Materno Infantil	111.00	-	0.45
Saneamiento Ambiental	114.00	-	0.5
Servicio Médico-Hospitalarios	13,991.00	-	56.8

Fuente: Dirección General de Estadística, Presupuesto General de la Nación por Programa.

ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION:

En base a los datos expuestos en la sección anterior, trataremos acá de - correlacionarlos de manera tal que nos permitan obtener una idea clara de la - situación de salud, esto es, de las condiciones habitacionales de la población guatemalteca, los factores condicionantes que insiden sobre ella y la repercusión que se ha obtenido en algunos parámetros referentes al nivel de salud; para de esta forma tener elementos de juicio suficientes con el fin de colegir las diferentes variables que deben implicarse en la planificación de las acciones - de salud pública del país.

Tomando como base la concepción de lo que es la Salud según la Organización Mundial de la Salud, que indica que es el completo bienestar, mental y social de los individuos en el medio en que se desenvuelven; y con el auxilio — de los demás conceptos que se definieron con anterioridad, es que planteo el -- problema acerca de algunas de estas condiciones y situaciones, y la incongruencia de las acciones que para lograr mejorar aquellas, han realizado hasta ahora los organismos e instituciones correspondientes.

1. Ubicación de la Población:

Podemos en un principio darnos cuenta fácilmente que de la población total del país el 66% habita en las áreas rurales (sin haber variado significativa--- mente la forma de distribución de la población desde hace 10 años-censo de --- 1964 a censo de 1973), y que esta cifra global se acrecienta significativamente en la mayor parte de departamentos, pues tan sólo la capital concentra aproxi— madamente a la mitad de lapoblación urbana de todo el país. Al mismo tiempo observamos que esta población rural se encuentra sumamente dispersa por to-- da la extensión territorial del país, pues alrededor del 69% del total se encuentra localizada en más de 4,000 núcleos poblacionales con una cantidad menor de -- 2,000 habitantes cada uno, y el otro 31% de ella se localiza en un sinnúmero de núcleos con una cantidad de habitantes menor de 200 cada uno. En cuanto a la - pobalción urbana debemos agregar que además de que la mitad está ubicada en la capital y en 22 cabeceras departamentales, el resto también - a similitud del -- sector rural- se dispersa en alrededor de 300 núcleos cuyo promedio de número de habitantes es de 3,000 a 5,000 en cada uno.

Existen pues ya dos situaciones que le dan características especiales a nuestra problemática de salud, por la importancia que ellas adquieren dentro de esta, y que son:

— En primer término el hecho de haber un porcentaje muy alto de población localizada en el área rural, es decir en todo el territorio del país, alejado en mayor o menor grado de las cabeceras municipales y más aún de las departamentales - lo que tiene como agravante vías de comunicación muy deficientes — ; población ésta a la cual lógicamente también deben cubrir las acciones de Salud Pública, como obligación inherente a la administración gubernamental.

— En segundo lugar porque esta población rural se encuentra - sin dramatizar la situación-, exageradamente dispersa en numerosísimos núcleos poblacionales y — con cantidades muy pequeñas de habitantes cada uno, los cuales obviamente --

implicarían igual cantidad de servicios de Salud Pública, esto aún sin entrar a considerar cualitativamente la situación de esta población. Además también deberá cubrirse a los no poco numerosos núcleos urbanos.

Con respecto a esta situación no se ha tomado ninguna acción específica hasta ahora, sin embargo a mi criterio es una situación en extremo negativa para la prestación de servicios de cualquier índole a esa población. Sin entrar a - cuestionar aquí sus causas de carácter económico, pienso que para lograr pres--- tarle los servicios de salud a lamayor parte de la población y alcanzar así las condiciones habitacionales y de salud mínimas es necesario que se reduzcan estos núcleos a un número más accesible y adecuado, y que — por consecuencia — el - número de habitantes en ellos aumente tambien en forma adecuada (de acuerdo a parámetros internacionales aceptados de urbanismo) (11);de manera tal que los recursos puedan utilizarse en una forma que su rendimiento sea óptimo y por ende disminuyan cuantitativamente sus requerimientos. Promoviendo a su vez en éstos, condiciones tales que permitan tratar sus problemas en forma integral, esto es -- que aparejado al aspecto de salud se de la atención adecuada a los problemas socioeconómicos más ingentes; pués amén de sus causas sanitarias inmediatas, es— tos últimos son determinantes de las condiciones de vida de la población, y por - ende, de sus condiciones de salud.

2.- Vivienda:

También observamos que en cuanto a la forma en que habita esta pobla--- ción hay variables de importancia relacionados con la salud, por ejemplo: haciendo caso omiso del déficit de viviendas que sufre la población, de las actuales vi— viendas habitadas en el área rural más del 50% de ellas están construidas con material en las paredes de calidad que va de mala a pésima; a la vez podemos ver — que el 90% de viviendas rurales no tienen ningún material en el piso, es decir que sus familias habitan sobre la tierra, contando sólo el 10% con algún otro tipo de — material en el piso; además encontramos que en lo referente al material del techo alrededor del 50% de viviendas rurales lo tienen de palma o paja y un 35% lo tie— nen de teja, muchas veces en malas condiciones; y finalmente observamos que alrededor de el 90% de la vivienda rural está formado por una sola habitación, es decir que en ellas se realizan todas las tareas domésticas (cocinar, comer, dormir, - etc. ...) y además también la de almacenar la cosecha agrícola; de donde las -- condiciones la convierten en fácil criadero de insectos y roedores, y el hacinamiento crea un marco adecuado para la transmisibilidad y proliferación de enfermeda— des. Acerca de la vivienda urbana no hacemos mayor exposición porque fácilmente podemos observar que en general se encuentra en mejores condiciones (lo cual -

no implica óptimas), aunque sin embargo, puede mencionarse que existe una proporción cercana al 25% de viviendas que están en condiciones similares a la mayor parte de la vivienda rural.

— Al considerar los datos expuestos anteriormente, obtenemos una idea de algunas condiciones habitacionales que al mismo tiempo conforman una serie de factores que van a influir directa o indirectamente en la salud del individuo, la familia y la población en general, los cuales obviamente por la magnitud que revisten dentro de la problemática de salud del país, le imprimen características que luego determinarán en gran parte las necesidades a cubrir o los problemas a resolver en este campo, pues podemos afirmar que, como mínimo, el 80% de la vivienda rural está en condiciones que pueden catalogarse de malas, a pésimas. De la vivienda urbana, aunque la mayoría está en mejor situación, hay aún por lo menos un 25% en malas condiciones, lo que no quiere decir desde luego que el resto esté en condiciones óptimas, al contrario, buena parte está lejos de eso todavía, por lo que también se encuentran dentro de la misma problemática.

— Además según las estimaciones estadísticas, el déficit de viviendas se ha ido incrementando en forma importante en los últimos 10 años, pues al ya existente en cada año, se debe sumar el que genera el crecimiento demográfico, sin que a la fecha se haya comenzado a tratar el problema en el área rural en lo más mínimo.

— Es importante mencionar también que los costos por unidad de vivienda en el área rural, aunque supusieramos que eventualmente pueden ser menores que los obtenidos en el area urbana, al considerar que el ingreso per cápita anual de ese sector de la población, apenas llega a Q. 80.00, lo que equivale a alrededor de Q.0.25 diarios, y tomando en cuenta además que la economía de sus habitantes es básicamente de subsistencia, fácilmente podemos colegir que a esa población le es económicamente imposible procurarse una vivienda mínima (con la construcción y requerimientos desde el punto de vista salud); amén de que por otra parte, si no se toman en cuenta otras variables como lo serían entre otros, las vías de comunicación tan precarias, la dispersión de las unidades de vivienda en un mismo poblado, y los problemas educativos y económicos; tampoco esta sería la solución del problema habitacional.

— Quizá es aún de mayor importancia — y mejor hubiese sido en forma gráfica considerar algunas de las condiciones físicas y materiales en que habita la población del area rural: en primer lugar tenemos que la gran mayoría de núcleos poblacionales rurales (denominados administrativamente aldeas, caseríos o fincas) y la población rural dispersa se localizan a una distancia muy variable, entre unos cuantos Kms. (6 u 8) hasta 15 o más Kms de la cabecera municipal más cercana. En segundo lugar la topografía del terreno de su localización es muy irregular ya que la generalidad se encuentra en lugares montañosos, y contando como vías de comunicación con veredas totalmente inadecuadas, muy accidentadas, de difícil acceso y hechas sin ninguna planificación. Debemos recordar además que, dado a ser eminentemente agrícola la actividad de sus moradores, esta población ha construido sus viviendas muy lejanas unas de otras, oscilando entre 300 y 600 metros de distancia promedio entre una y otra (cálculo por talonamiento).

— Recordemos también que, precisamente la estructura agraria del país, caracterizada principalmente por la existencia de gran cantidad de minifundios (más del 70% de fincas existentes es de menos de 5 manzanas de extensión y tienen sólo un 11% del total de la tierra disponible; según el censo de 1964), es una de las causas por las cuales la población rural habita en las condiciones anteriormente apuntadas.

;

En cuanto a esto(según consta en el documento del Instituto Nacional de la Vivienda, hoy BANVI), no se ha realizado ninguna acción gubernamental tendiente a la solución de este problema en el área rural, y en área urbana sólo se han atendido a la capital y algunas cabeceras departamentales. Como podemos inferir lógicamente del concepto de salud de la O. M. S., las condiciones habitacionales del ser humano son de vital importancia para tener y conservar el estado de salud, y es por ello que pienso que cualquier política de salud que se realice, debería desde ya implementar programas integrales de habitación (construcción de unidades de vivienda y sus requisitos de urbanismo mínimos) de utilidad social, en gran escala, tanto a nivel rural como urbano; claro está, con el estudio y planificación adecuadas, tanto para su ejecución como para su financiamiento. Programas tales que a la vez que estén promoviendo mejores condiciones de vida y de salud, atiendan a la par problemas de carácter social y económico, para que actuando en forma de retroalimentación uno a otro, se continúe un desarrollo progresivo de la población servida y de la generalidad; promoviendo además en ellos y en la medida de lo posible, verdaderas unidades productivas — tanto en lo agrícola como en lo industrial —, logrando así pues que el tratamiento de los problemas se realice en forma integral, y nó unilateralmente.

3. - Agua Corriente Rural:

En relación a las condiciones ambientales encontramos que hace cerca de 10 años, más del 90% de viviendas rurales no tenían sistema de agua corriente (lo que estimativamente representaba algo más de 2.3 millones de personas sin servicio), y el del 8% que contaban con él, el 7% lo tenía fuera de la vivienda. En lo que se refiere a la vivienda urbana el 71% sí contaba con el servicio, pero más de la mitad lo tenía fuera de la vivienda.

Desde principios del decenio de 1960-69, se dio inició a la resolución de este problema mediante la construcción de acueductos rurales (parte de la política de salud Pública), pero nos encontramos con que a pesar del esfuerzo realizado y el capital y trabajo invertidos, sólo se ha logrado hasta 1973, cubrir con conección domiciliaria al 1.8% y con lo que es denominado fácil acceso, al 12% de la población del área rural. Además el número promedio de obras construidas por año, no sobrepasa a 20 o 30, y cada obra cubre en promedio a menos de 1,000 realmente, aunque su capacidad sea mayor según se refleja en los datos de la tabla No. 17.

Con base a estos datos debemos analizar varias cosas, a saber:

— Debemos hacer mención acá que se denomina "fácil acceso" al hecho de que la población tenga el servicio en su totalidad geográfica, el cual puede constar de varias piletas o chorros (grifos) públicos cercanos al punto central del núcleo poblacional (caserío o aldea), al cual hay que llegar a recoger el agua; si ahora tomamos en cuenta que las viviendas están distantes de 300 a 600 metros cada una, en terreno de topografía muy accidentada y comunicándose por medio de veredas escabrosas e inadecuadas para caminar, comprenderemos porqué la mayoría de pobladores, que viven distantes $\frac{1}{2}$, 1 Km, o más de la fuente de agua más cercana, tienen grandes dificultades para su consumo. Además debemos aclarar que técnicamente se entiende por población servida a aquella que posee el servicio de agua corriente con conección domiciliar y por población beneficiada se incluye no sólo a la población servida, sino que además a la que tiene el servicio de agua corriente fuera de la vivienda.

— Así pues vemos en primer término, que en más de 10 años de esfuerzo en gasto de recursos y de trabajo, no se ha logrado subir la cobertura en más de un 4 o 5%, lo cual implicaría que si se continúa al mismo ritmo de construcción de obras (acueductos en este caso) probablemente nos llevaría más de 100 años cubrir a un porcentaje significativamente mayor del 50% de la población

rural, y esto no con conección domiciliar, sino con lo que se denomina fácil acceso; y además haciendo el cálculo en forma muy simplista, sin tomar en cuenta nuevos requerimientos por crecimiento demográfico.

— Es más, dada la coyuntura económica mundial que nos envuelve actualmente, es decir las condiciones inflacionarias tan graves, difícilmente puede mantenerse el ritmo anual de construcción de estas obras, que actualmente se lleva, a no ser que se haga un esfuerzo especial; lo cual obviamente conllevaría restricciones en la inversión de otros rubros gubernamentales.

— Finalmente debemos observar que atendiendo a la gran dispersión de la población, el número de obras que habría que realizar, es muy elevado para cubrir tan sólo al 69% de la población rural aproximadamente (según podemos colegir de los cuadros 2 y 17), lo que por las características habitacionales ya mencionadas sería prácticamente imposible de hacerse con conecciones intradomiciliarias; y además al ritmo actual de realizaciones llevaría más de 100 años hacerlo. Todo esto sin atender ningún otro problema de esta población, en cuanto a condiciones habitacionales o ambientales.

4. - Agua Corriente Urbana:

En relación a las condiciones referentes al agua corriente en el sector urbano, este se encuentra en mejores condiciones que el rural, aunque sinembargo, deficientes en relación a las metas perseguidas por la O.M.S., (18-19), pues el 40% de polbación cuenta con conección domiciliar y en total es beneficiada un 70 o 75% aproximadamente, lo que demuestra además, en forma bastante gráfica, las diferencias entre el área rural y el área urbana.

— Sin embargo debemos reparar en que en esta área sólo se logró subir en un 10% la cobertura, lo cual de no acelerarse, también tomará mucho tiempo estimativamente alrededor de unos 40 años al ritmo de construcción actual).

— Además debemos mencionar, o más bien suponer, que sobre ésto están afectando otros factores condicionantes, como podrían ser los económicos o los educativos entre otros; pues sin haber las dificultades existentes en el área rural, casi la mitad de los beneficiados no han efectuado la conección domiciliar.

Las acciones que se realizan actualmente con el fin de solucionar este problema consisten primordialmente en llevar a cabo una obra de introducción de a--

gua corriente en cada núcleo poblacional, y como vemos reflejado en los datos obtenidos, la mayor parte de veces solamente con lo que se llama fácil acceso; con ello podemos inferir que no se lograría nunca cubrir a la población más dispersa (31% de la población rural - ver cuadro 2), porque sería inmenso el número de obras a realizar, y de igual forma sería muy difícil cubrir a la población rural en general; además observamos que el rendimiento que el rendimiento de esos recursos (que para nuestros fines podemos ponderarlo por el número de personas beneficiadas por cada obra - ver cuadro no. 17) es muy bajo, lo cual lógicamente hace crecer en gran escala sus requerimientos, quizá a más del doble o triple de lo que se necesitaría estando racionalmente planificado. Pienso por esto que la planificación y realización de estos programas deben estar supeditados a la palnificación y realización previa de una política de ubicación poblacional tal que tienda a situar o ubicar a los habitantes en un menor número de núcleos poblacionales y con una cantidad mayor de habitantes (lógicamente adecuada de acuerdo a normas internacionalmente aceptadas), de tal manera que al aumentar su cantidad de población y disminuír paralelamente su número total -- en otras palabras, evitar su dispersión — , se logren óptimos rendimientos y en consecuencia disminuyen cuantitativamente los requerimientos de recursos a utilizarse.

5. - Disposición de Excretas Sector Urbano:

En cuanto a las condiciones enque se encuentra la situación de disposición de excretas tenemos, por un lado, el área urbana en donde la situación prevaleciente siempre es mejor, teniendo para 1964 un sistema de disposición de excretas aparentemente aceptable en hasta un 30% de su población; actualmente va alcanzando ya un 40% de la población beneficiada con alcantarillado, sin embargo según otra fuente probablemente sería menor (ver cuadros 18 y 20); y aunque no hay datos totalmente actualizados sino sólo hasta 1970, podemos hacer los siguientes comentarios:

— En aproximadamente 10 años el porcentaje de población beneficiada con alcantarillado (exclusivamente urbana), ha subido en alrededor de un 25%, lo cual implicaría que en 30 años podría llegarse a la cobertura de un porcentaje bastante significativo. Sin embargo, debe notarse que hay diferencia notable en cuanto a los datos proporcionados por diferentes fuentes competentes en la materia (vercuadros 18 y 20).

— Debemos también pensar que, como aparentemente reflejan los datos, hasta la fecha, se cuenta con unos 100 núcleos poblacionales urbanos cubiertos con

el servicio de alcantarillados, por lo que quedarían más de 200 por cubrir, lo cual no sólo necesita tiempo, sino que implica un monto de recursos bastante fuerte por el costo de cada obra.

— Sin embargo, no toda la población beneficiada tiene conección domiciliar de éstos. Por ejemplo, hasta 1970 había un 55% de la población beneficiada que no la tenía, lo que en la realidad significa que se está desperdiciando más de la mitad de lo invertido en este recurso, lo cual nos debe hacer pensar que hay otros factores incidiendo en este fenómeno, y quizá el principal sea el factor económico por los costos que ello implica.

— Es posible que actualmente ya se haya logrado una disposición de excretas adecuada en más de un 60%, pero no debemos perder de vista que esta población no representa sino sólo una tercera parte del total de la población del país.

La política que se está realizando en el área urbana consiste primordialmente en hacer una obra (red de drenajes sanitarios) en cada cabecera municipal, lo cual creo adecuado toda vez que su cantidad de núcleos no es demasiado grande y siempre que su cantidad de habitantes sea adecuada; y además debiéndose implementar a la par, medidas necesarias para que no se desperdicie este recurso en una cantidad tan grande como hasta ahora sucede. Sin embargo, creo también que esta política sería mucho más conveniente y efectiva si se supeditara a otra mucho más amplia e integral de carácter habitacionales y poblacional.

6. - Disposición de Excretas Sector Rural:

En cuanto a la población del área rural, relativo a esta misma situación, nos encontramos con una realidad bastante diferente: así, para 1964 más del 90% de viviendas habitadas (lo que para fines prácticos equivale al 90% de la población), no contaban con ningún sistema de disposición de excretas; y de esa fecha a 1970 se puede calcular con los datos expuestos, que sólo ha logrado subirse la cobertura ya existente en menos de un 8% de la población. La división de Ingeniería Sanitaria hizo el cálculo que para cubrir en 5 años a la población rural se requería instalar y vigilar el uso adecuado de alrededor de 80,000 letrinas anualmente, (18-19), lo que obviamente contrasta con la producción anual actualmente, que difícilmente pasa de 10,000 unidades; entre cosas por falta de recursos económicos de la entidad encargada, para incrementar estos programas. Referente a esto vale hacer los siguientes comentarios:

— De seguirse con igual ritmo de producción de letrinas, y asumiendo que su colocación se realiza a la par, fácilmente podemos concluír que la cobertura de un porcentaje significativo de población se llevaría entre 40 o 50 años, y si se toma en cuenta el crecimiento poblacional, observamos que lógicamente, se acrecentaría en forma notable ese lapso de tiempo. Sin olvidar además que la letrina no es un sistema del todo adecuado.

— Además debemos recordar que debido al bajo nivel educativo de la mayor parte de la población rural, la colocación de letrinas requiere una exhaustiva campaña educacional previa para que sean adecuadamente colocadas y posteriormente, una larga campaña de control de su correcta utilización; lo cual obviamente debe hacerse simultáneamente o de lo contrario no se alcanzarán los objetivos perseguidos en una gran proporción.

— Y finalmente observamos que esta tarea implicaría trasladar el número calculado de letrinas (alrededor de unas 80,000 anuales) hacia los lugares donde van a ser instaladas, que no debemos olvidar que suman más de 4,000 localidades y luego cubrir al 31% restante de la población rural que está dispersa en núcleos menores de 200 habitantes y que representa un total de más de 1 millón de habitantes. Este traslado se haría necesariamente a través de vías de comunicación malas (caminos vecinales, de herradura o veredas de tierra), tarea que lógicamente requeriría tiempo largo, gran cantidad de trabajo y en fin un monto de recursos humanos y materiales bastante considerables.

— En relación a la política realizada para solucionar el problema de disposición de excretas en el área rural, vemos que consiste en efectuar obras de colocación de letrinas en las viviendas de cada núcleo poblacional, pudiendo observar que, por una parte, su producción es marcadamente insuficiente para lograrse una buena cobertura a corto plazo, y por otra parte, que su uso y vigilancia necesitarían gran cantidad de recursos de personal y tiempo, así como también consumiría muchos recursos y trabajo su traslado a través de nuestras vías de comunicación. Además ello no resolvería en nada, ni siquiera en el futuro, el problema de las aguas servidas (problema que no se menciona en todo el trabajo, por el hecho de que por estar tan descuidado, es en extremo escasa la información que hay de él). Es por todo ello que pienso que la solución a este problema debería hacerse mediante la introducción de redes de alcantarillado — a todas luces mucho más conveniente — lo cual técnicamente sería imposible en las condiciones actuales, y sólo podría lograrse con la planificación y realización de la ya mencionada política

intregral de población y habitación, para que en la misma forma que otras acciones de salud ya analizadas, en primer término que se logre la optimización de rendimiento y por consiguiente disminución de los requerimientos de recursos; y en segundo término que al realizarse estos programas en forma integral se atiendan simultáneamente problemas de diversa índole de toda la comunidad y población en general.

7. - Morbilidad y Mortalidad:

Encontramos acá que la situación de morbilidad y mortalidad que prevalece en el país (sin pretender tomarlas como indicadores absolutos del nivel de salud) no han sufrido cambios significativos hasta la fecha, tomando como muestra las principales enfermedades de orgien hídrico y otras transmisibles de importancia relevante en el país, que hemos expuesto en este trabajo. No debemos olvidar tampoco que existe un subregistro bastante grande en lo referente a morbilidad, y en cuanto a mortalidad, que más del 80% de casos informados no se acompañan de diagnóstico médico profesional acerca de la causa que los provoca. En relación a esto debemos señalar algunas características por lo que es conveniente hacer los siguientes comentarios:

— La mayor parte de causas de morbilidad y mortalidad que se exponen acá (todas transmisibles), se relacionan estrechamente con el ambiente, esto es, con las condiciones ambientales y por lo mismo sabemos que su mutua interrelación es fundamental en la producción de los fenómenos relacionados con la salud-enfermedad (según la concepción ecológica, entendida en su sentido más amplio), por lo que vale decir que en parte esta situación de morbi-mortalidad es un reflejo de aquellas, es decir de las condiciones de vida de la población.

— Además, según los cuadros expuestos tenemos que dividir la observación en dos aspectos: En primer término encontramos que al examinar indicadores del nivel de salud que son bastante importantes (sobre todo en países como el nuestro), como lo son las tasas de mortalidad general y mortalidad infantil, vemos que su evolución durante 10 años (década 60-69), la primera tasa de examinada ha mostrado oscilaciones entre límites cercanos y su disminución, aunque últimamente parece acentuarse un poco, no ha sido significativa como para indicar un mejoramiento notable en el nivel de salud de la población. Y, en relación a la tasa de mortalidad infantil, observamos también alzas y bajas dentro de un estrecho límite, y que es muy poco significativa dentro del nivel de salud. En segundo lugar, al observar las tabalas y gráficas de morta----------

lidad y morbilidad específicas (expresadas tanto en tasas como en cantidades absolutas), encontramos que la mayor parte de causas enunciadas, pese a que algunas de ellas acusan un franco decenso, otras han experimentado un ascenso -- marcado; pero a pesar de esas oscilaciones, se ha mantenido similar la prevalencia de muchas de las enfermedades transmisibles o bien ha sido poca la disminución (excepción hecha de entidades que se combaten con programas específicos, p. e. la Malaria y la Oncocercosis).

— En conclusión no ha habido una disminución paralela y significativa de las enfermedades transmisibles, como tampoco de las causas de su transmisibilidad, que acuse una mejoría notable en el nivel de salud de la población — en general; y, como es válido suponer, ellas son — con mucho — más relevantes en la patología existente en el área rural, lo cual permanece oculto en parte por los datos globalizados del país.

— Es de notarse también que en lo referente a enfermedades de origen carencial, específicamente la desnutrición, que causa tanta mortalidad y aún mucho más morbilidad en el país, se encuentra en muy alto grado subregistrada en los informes de las instituciones compententes encargadas de estadística de salud; en parte por pasar desapercibida al médico que hace el diagnósco de defunción o enfermedad; en parte porque su gran generalización en los habitantes de toda la república lo hace simular una situación normal; y en parte por la falta de conciencia nacional acerca de la importancia que esta entidad patológica tiene en la salud de la población y subsecuentemente en las diversas actividades del individuo, p. e. en su actividad productiva, en las condiciones económicas de su familia como conscuencia, y así también en la economía general del país; y además, porqué no decirlo debido a que deliberadamente hemos querido ocultar esta realidad tan deplorable a los ojos de personas o entidades tanto dentro como fuera del país, a raíz de no quererse llegar a intervenir en las verdaderas causas que la producen, que son a todas luces de carácter económico y no propiamente sanitario, aunque sus efectos los sintamos muy de cerca en el sector salud.

8. - Presupuesto de Salud Pública:

En relación a esto es importante notar que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es la división gubernamental que se encarga de realizar en mayor grado las diferentes acciones de Salud Pública, así como tambien dicta la política de Salud; con muy poca intervención de otras instituciones, salvo el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, pero que se dedica primordialmente a la a--

tención de sus afiliados que son relativamente pocos en relación a la población necesitada. Vale pues, entonces, hacer algunos comentarios con respecto a la distribución de los gastos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a saber:

— Para todas las acciones de Salud Pública del país, del presupuesto nacional de egresos, corresponde menos del 10% al sector salud; y tomando en cuenta que otros Ministerios efectúan algunos programas tendientes al mejoramiento de la salud, difícilmente se llegue a un 15% del presupuesto nacional.

— Además, en cuanto a la repartición porcentual del presupuesto total del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, encontramos que en lo que se refiere a las acciones de salud tendientes a la resolución de los problemas relacionados con las condiciones ambientales y habitacionales, se utiliza solamente un poco más del 15 o 20%, mientras que la mayor parte se utiliza en actividades de recuperación de la salud y otras funciones o programas, tal como se específica en el cuadro no. 27.

En cuanto a lo que se refiere a la morbi-mortalidad y a la utilización de los recursos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, observamos que la política de éste ha estado inclinada principlamente al tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud; y en grado muy inferior a la prevención, casi olvidándose de la promoción de la salud. Podemos observar fácilmente entonces que esto está en abierta contradicción con las condiciones habitacionales donde se realizan las actividades de la mayoría de la población, es decir la situación concreta donde se produce el fenómeno salud-enfermedad, y por consecuencia, en contradicción con el tipo de patología que va a padecer esta misma población. Por ello pienso que, a causa de las especiales características que adquiere la problemática de salud en nuestro país, debidas a las condiciones mencionadas a lo largo de todo este trabajo, el papel que va a jugar el médico en su resolución queda relegado a un segundo plano. Correspondiendo entonces al primer plano, una serie de factores y recursos humanos y materiales que se encaminan primordialmente a la promoción de la salud; en otras palabras, factores encaminados a promover todas aquellas condiciones y situaciones donde la mayor parte de la población va a lograr tener y preservar su estado y su proceso dinámico de salud, continuamente.

Además es también necesario que mencione acá que he tomado las variables que se analizan en todo el trabajo, para realizar el análisis de la situación de

salud de la república de Guatemala, y no otras como podrían ser: la situación hospitalaria, el índice de habitantes por médico, el índice de habitantes por cama, los medios de diagnóstico con que se cuenta en el páis, o la simple -- morbi-mortalidad aíslada, u otros semejnates, por dos razones básicas:

— Porque creo que lo primordial y prioritario es realizar acciones para lograr el estado de salud y mantenerlo en su proceso dinámico y secundariamente deben realizarse acciones para recuperar la salud cuando se ha perdido. Y no por el contrario, atender primero a la salud perdida (válgase decir en- fermedad), para luego a través de ello y como su consecuencia, lograr el estado de salud de la mayor parte de la población.

— Y porqué lógicamente es imposible solucionar un problema cualquiera, -- pretendiendo atender únicamente a sus efectos y nó sus causas, pues de ser así, en el mejor de los casos sólo se logrará mejorar en mínima parte, pe ro nunca solucionar. Pensando pues, que las variables que aquí expongo - son en parte las principales causas condicionantes, y no sus efectos, es que las seleccioné para analizar la situación de salud de la población guate--- malteca actualmente.

Es por lo anteriormente dicho que planteo una solución integral, es decir - atendiendo a sus causas —y no sólo a sus causas inmediatas, de carácter sanita- rio o médico —, sino también a la estructura económico del país, como cau- sa determinante y además a todas aquellas que tienen carácter condicionante; - tratando de evitar al máximo toda sectorialización, a no ser que sea técnica y racionalmente imprescindible, pues atendiendo al concepto de salud de la O. - M. S., que en forma elocuente y objetiva nos da idea de la importancia que -- tiene cada una de las actividades que realiza el individuo o la comunidad, así como también de la importancia que tiene el conjunto global de actividades — de éstos, al convergir en cada individuo para lograr y mantener la salud. Ob-- viamente pués, al hablar de salud, en el ser humano, estamos hablando de un proceso dinámico en un todo íntegro, que si bien puede subdividirse para fines determinados, desarticulado no constituye nada, y mucho menos puede lograr- sse en él un estado y un proceso de completo bienestar. Por ello es que plan-- teo que la única forma de solucionar la problemática de salud debe hacerse en form a multidisciplinaria, es decir integralmente, atendiendo — si bien no --- fuere posible todos los aspectos —, al menos sí los que en un momento dado estén incidiendo en mayor grado en esta problemática; en lo cual obviamente deben - intervenir todos los sectores del sistema social y político de una forma coordina- da e integral.

9. - Otros Factores:

Finalmente en relación a otros factores condicionantes o determinantes en mayor o menor grado, debemos mencionar por su importancia, a los problemas Económicos, Políticos y Educativos.

— En relación a los factores económicos debemos recordar que van a ser e-- llos los que van a determinar las condiciones de vida de la población del país y, derivado de ello, sus condiciones generales de salud; por lo cual van a tornarse de gran importancia al tratar de solucionar los problemas - de salud. Entre ellos salen a relucir la forma de tenencia de la tierra --- (de importancia relevante por ser el país eminentemente agrícola), y que consecuentemente desencadena otros problemas como lo son el subingreso familiar, el desempleo, problemas que traen aparejadas malas condicio- nes habitacionales, deficiencias nutricionales, baja productividad y sus — consecuencias económicas, que de nuevo determinará lo primero, para — completar el círculo vicioso que se repite continuamente en nuestro me-- dio.

— En referencia a los factores educativos debemos recordar que persiste un — gran porcentaje de analfabetismo en más del 70% de la población; que -- hay un índice de escolaridad muy bajo de la población en edad escolar, y además que hay pocas oportunidades de escolaridad primaria y mucho me nos aún de educación media y universitaria; esto, sin entrar a discutir la calidad del sistema educativo y su utilidad o aplicación práctica, o las ra zones por las que se recibe así. Factores todos estos, que influeyn en cier to grado para que el individuo tenga o nó la preparación necesaria, con - el fin de que el individuo pueda lograr o mantener su salud, y la salud - de la comunidad.

— Y, aunque lógicamente hay un sinúmero más de factores que no comenta mos acá, colocamos de último los políticos, por cuanto creo y es lógico suponer que mientras la estructura de poder continúe defendiendo los inte reses económicos de la clase y los estratos económicamente poderosos y - no se atiendan las necesidades básicas de la población en general, no po- drán solucionarse los problemas. Y esto, obviamente, está en contradic- ción absoluta con la estructura económica y política existente en Guate- mala; por lo que no variará sino hasta cambiar esta misma estructura. Todos estos factores que en diferentes grados, influyen sobre los fenóme- nos de salud-enfermedad a que está sujeta la población.

10- Comentarios Finales:

Atendiendo razones eminentemente técnicas podemos inferir varias cuestiones importantes, a saber:

— En cuanto a la forma en que se intentan resolver los problemas de salud, en relación al aspecto técnico, podemos llegar a la conclusión de que es prácticamente imposible resolver éstos, tomados en su real magnitud (que es difícil de conocer o imaginar hasta no observarlos en la realidad concreta), si no es enfocándolos en forma global e integral, en el contexto social completo. Y puntualizó en este aspecto relacionado con la planificación en salud, porque creo que Guatemala, particularmente, hay dos condiciones que deben tomarse en cuenta muy especialmente, como lo son: En primer lugar la gran dispersión poblacional, la cual se agrava en sumo grado por las condiciones ecológicas que la afectan tales como la situación topográfica, las vías de comunicación, las distancias y otros que hacen que la tarea de cubrir a cada uno de los núcleos poblacionales con los servicios mínimos habitacionales y ambientales de salud, sea una tarea monumental muy probablemente imposible de realizar, o que en el mejor de los casos implicaría un lapso de tiempo demasiado largo. Y por otra parte, en relación a los recursos disponibles, observamos que cubriendo a la población de esta manera, los recursos que deben utilizarse serían cuantiosos y además rendirían en grado muy inferior (en muchos casos tan sólo un 50% -ver cuadro No. 17-), a lo que rendirían en otras circunstancias; es decir que desciende notoriamente su eficiencia lo que redunda en un mayor requerimiento de los mismos.

— En relación al problema de prioridades, podemos deducir lógicamente que, permaneciendo aún altas las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades de orígen infeccioso en el país (pese al gran avance de la ciencia y la tecnología con que se cuenta para combatirlas); y conociendo la estrecha interrelación que tiene esta prevalencia con las condiciones habitacionales y ambientales (según lo demuestra la poca significación que tiene a la postre la atención médica, si no se cuenta con adecuadas condiciones de este tipo, previamente); van a ser sumamente grandes las repercusiones que esto va a tener en las condiciones de salud individuales, y por ende en otros órdenes de la actividad social, p.e. en lo productivo, en lo nutricional, en lo educativo. En consecuencia podemos concluír que es prioritaria y urgente la atención que debe darse a las condiciones generales de salud para mejorarlas notablemente en un tiempo corto y a una parte verdaderamente significativa de la población; tratando de obtener lógicamente la mayor eficiencia de los recursos invertidos (p.e. rebajando costos o elevando coberturas por unidad de proyectos); y, lo que es más importante, haciéndolo enforma integral, esto es, involucrando en ello a todos los demás sectores con los que se interrelacionan en el contexto social global, p.e. economía, vivienda, educación y trabajo.

Además, atendiendo a razones de carácter sociológico, podemos hacer los siguientes comentarios:

— Que las condiciones económicas de la mayor parte de la población del país (reflejados en parte por el bajo ingreso per cápita, aúnque no en todas sus variables ni en su magnitud real), hacen que sea totalmente imposible que con sus propios recursos — como hasta ahora los tienen —, esta población pueda procurarse por su propia cuenta todas estas condiciones y servicios.

— Que siendo estos servicios de carácter público, y siendo además que esta población con su actividad productiva genera la mayor parte de la riqueza nacional (parte de la cual es el erario público); corresponde al gobierno implementar las medidas necesarias y urgentes, tendientes a lograr la resolución más adecuada y en un palzo corto de tiempo, de los problemas que en este rubro aquejan a la población; en igual forma en que instituciones de carácter público lo han realizado hasta ahora en los sectores urbanos de la república.

— Que siendo la estructura económica del país la que va a determinar las condiciones de vida de su población; y siendo ésta a su vez eminentemente dependiente en el plano internacional, con muy escaso grado de industrialización, caracterizándose internamente por relaciones sociales de explotación y expoliación de las grandes mayorías y por el escaso desarrollo de sus fuerzas productivas (tecnología muy baja y atrasada); las condiciones generales de salud y el nivel de salud por lógica, como consecuencia de aquella estructura, no variará sustancialmente su situación — como vemos tan precaria en Guatemala —, sino hasta cambiar las misma estructura económica. Sin embargo es necesario señalar al menos algunos aspectos de carácter técnico, que puedan ser útiles ahora en el futuro; al tratar de afrontar y solucionar, consciente y racionalmente, estos problemas.

Es pues así que luego de este breve análisis de algunos de los principales factores que determinan y/o condicionan la salud de la generalidad de la po-

blación del país,y atendiendo a los criterios técnicos — con énfasis en el trata-- miento integral de los problemas--, así como también los criterios sociológicos expuestos; pienso que debe cambiarse la política de salud, no solamente refor-- marse o mejorarse la actual, pues ya el transcurso del tiempo se ha encargado de demostrar que ésta no ha logrado modificar positivamente y en forma signifi cativa las condiciones generales de salud; como tampoco el nivel de salud de la población. Creo que ello se ha debido a que no se han orientado los recursos a- decuada y racionalmente, esto es aplicándolos a la causa verdadera de la enfer- medad, es decir a la interrelación entre el hombre y su medio ambiente físico, biológico y social, que en las condiciones reales del país, obviamente es muy - favorable a los agentes patógenos; sino que tales recursos se han orientado única mente a atender los efectos, aplicándolos primordialmente a la curación del in dividuo enfermo, que por lo demás es individul, sin un enfoque integral y sin e- que promueva el bienestar de la generalidad. Es por esto que debe cambiarse la política actual, precisamente para orientar la utilización de los recursos en una forma racional, tendiente a resolver estos problemas integralmente, atendiendo a sus causas y no sólo a sus efectos.

Debemos pués, estar concientes de que la problemática de salud del país, - estando determinada por la estructura económica, no cambiará substancialmen-- te sino hasta que cambie ésta; sin embargo, esto no debe orillarnos a pensar en - un determinismo irracional, sino antes bien, debe motivarnos hacia una actividad conciente y transformadora continuamente, con la perspectiva más o menos cer- cana de dicho cambio.

Es en este sentido que planteo, con base en todo lo anteriormente apuntado y de acuerdo a criterios técnicos y administrativos, que deben planificarse las ac-- ciones de salud en forma totalmente diferente:

A) Realizar acciones y programas tales que el aspecto de salud sea tratado en - toda su magnitud y en forma integral (no por aspectos o programas aislados), es decir, atendiendo los aspectos los aspectos tanto físico, psíquico, como - social del individuo, la familia y la comunidad; esto es procurando a sus ha- bitantes las condiciones necesarias para que pueda contar con un nivel de vi- da al menos mínimo, por ejemplo mediante proyectos habitacionales inte-- grales (construcción de unidades de vivienda con condiciones mínimas de a-- gua potable y drenajes), de vías de comunicacion, educación y otros. Ade-- más no debemos olvidar que deben atenderse paralelamente los problemas de carácter económico y social, tales como la estructura de tenencia de la tie-- rra, el subempleo y las actividades agrícolas, entre otros.

B) Para tal fin debe tomarse muy en cuenta un aspecto que creo sobremanera relevante, como lo es la gran dispersión de la población, para lo cual pienso que sería conveniente la planificación y realización de una política global - de distribución de los núcleos poblacionales, en lo relativo a su ubicación geográfica, su número total en el territorio del país, y la cantidad de habi- tantes de cada uno de ellos; lo cual conllevaría la fusión de varios núcleos de los actuales en uno sólo, el traslado y el cambio de situación de los habi tantes de ellos y finalmente su ubicación en un sólo núcleo poblaciónal. Todo esto de manera tal que se promuevan en ellos las condiciones necesa-- rias para que sean verdaderas unidades productivas, capaces de financiar en su mayor parte los servicios que requiriesen; un futuro cercano.

Aunque estoy conciente que un cambio de esta naturaleza conllevaría una se- rie de dificultades con las que se tropezaría, como lo son de carácter administrati-- vo, económico y social; creo que bién valdría la pena hacerles frente si ello impli- cara que la gran mayoría de la polbación guatemalteca obtuviera condiciones de sa lud — y de vida en general —, digna de seres humanos.

Sin embargo, sabiendo que la realización de esto requeriría de un estudio e - investigación mucho más exhaustivos, desde diferentes perspectivas, y que su imple mentación implicaría una grave responsabilidad para con el país, así como una ar- dúa y sacrificada tarea; lo propongo acá con el fin de que sirva para despertar la in quietud ante la problemática de salud de la población guatemalteca, en tan preca- rias condiciones, pues como lo he expresado anteriormente, de no atenderlo en for ma integral y desde sus causas reales, continuamente los seguiremos parchando sin lograr nada efectivo en mucho tiempo y a un costo social y humano demasiado gran de.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. - Los problemas de salud de la población guatemalteca, no pueden solucionarse con la política y plan de salud actuales.

2. - Es necesario un enfoque integral y muldisciplinario de la problemática de salud, para su tratamiento adecuado.

3. - La dispersión de la población es un factor descuidado en los planes y programas de salud, siendo en muchos casos determinante para la prestación de los servicios de salud.

4. - Es necesario una política de concentración de la población dispersa en núcleos que constituyan verdaderas unidades productivas, para posibilitar la atención integral de sus problemas (entre ellos los de salud) y minimizar sus costos.

5. - Los problemas habitacionales, íntimamente ligados a los problemas de salud, deben ser tratados paralelamente. Entre ellos los programas de vivienda deben ser reorientados.

6. - La relación entre los factores económicos, de vivienda, de educación y de trabajo, son variables que deben ser tomadas en cuenta en los planes de salud.

7. - La precaria situación de salud del país está íntimamente relacionada con la dependencia en el plano internacional, dadas las características de explotación y expoliación que países extranjeros y la clase económicamente poderosa que realizan en el nuestro dentro de una estructura económico y social adoc.

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

1. - Andrade Monterroso, José G. Problemas de Saneamiento Ambiental en Guatemala. Tesis. (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, 1956. 58 p.

2. - Guatemala, Dirección General de Estadística. Anuario Estadístico. -- Guatemala, 1971. 253 p.

3. - Guatemala, Dirección General de Estadística. Censo de Población, VII. 1964. Guatemala 1971, 200 p.

4. - Guatemala, Dirección General de Estadística. Censo de Vivienda, II, - 1964. Guatemala 1971. Tomo II. 200 p.

5. - Guatemala, Dirección General de Estadística. Informador Estadístico. Guatemala 1974. 15 p.

6. - Guatemala, Dirección General de Servicios de Salud. Informes Cuadrienales 1071-74, Conferencia Sanitaria Panamericana, XIX. Desarrollo de las Acciones de Salud, Progresos y Alcances. Guatemala 1974. 50 p.

7. - Guatemala, Dirección General de Servicios de Salud. Unidad Sectorial de Planificación y Estadística. Estadística sobre Morbilidad y -- Mortalidad (borrador 1960-1970). Guatemala 1974.

8. - Guatemala, Dirección General de Servicios de Salud. Unidad Sectorial de Planificación y Estadística. Programa de Fortalecimiento de - la Salud Rural. Guatemala, 1973. 45 p.

9. - Guatemala, Dirección General Técnica del Presupuesto. Presupuesto de Ingresos y Egresos de la Nación. Guatemala, 1973. 600 p.

10- Guatemala, Instituto Nacional de la Vivienda. Desarrollo de la Vivienda de Interés Social. Guatemala 1972. 45 p.

11- Gehlerth Mata, Carlos. Análisis y Consideraciones sobre Problemas Sanitarios de Guatemala. Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1966. 200 p

12- Organización Mundial de la Salud. La Planificación de los Servicios de - Salud Pública. Cuarto Informe del comité de Expertos en Adminis--- tración Sanitaria. Washington 1961. (serie de Informes Técnicos, -- No. 215).

13- Organización Mundial de la Salud. Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud. Informe del CENDES, 1965. 70 p. (Publicación Científica No. 11).

14- Organización Panamericana de la Salud. Informe de la República de Cuba. Preparado para la Conferencia Panamericana Sobre Planificación de - Recursos Humanos en Salud. Canádá 1972. 16 p.

15- Organización Panamericana de la Salud. Los Procesos de Planificación de la Salud en América Latina. Preparado por el Dr. David Tejada de - Rivero, para la Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humano en Salud. Canadá 1972. 9 p.

16- Ortíz M., Julio René. Consieraciones sobre algunos Problemas de Salud en Guatemala. Tesis. (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1966. 75. p.

17- Roemer, Milton I. La atención Médica en América Latina. Unión Panamericana, OEA, 1972. 120 p. (estudios y Monografías, XV).

18- Seminario de Ingeniería Sanitaria, VIII. 1972. Guatemala. 45 p.

19- Seminario de Ingeniería Sanitaria, IX. Guatemala, Diciembre de 1973. --- Guatemala. 40 p.

20- Villagrán M., Francisco. Metodología de la Investigación. Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas, 1974. 6 p.

21- Villagrán M., Francisco. Pautas de Evaluación de Investigación. Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 1974. 10 p.

BR. EDGAR LEONEL DOMINGUEZ IZAS

DR. FRANCISCO VILLAGRAN MUÑOZ
Asesor.

DR. JOSE VICTOR ORDOÑEZ
Revisor.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ
Director de Fase III.

DR. MARIANO GUERRERO ROJAS
Secretario General

Vo. Bo.

DR. CARLOS ARMANDO SOTO G.
Decano.