

Original

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



JOSE VICENTE LEIVA GIRON

Guatemala, Mayo de 1,975

CONTENIDO

	Página
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	3
MATERIAL Y METODOS	5
DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO	9
DATOS POBLACIONALES	15
Población.	
Morbilidad.	
Mortalidad.	
FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES	33
Educación.	
Medios de comunicación.	
Economía de la región.	
INVESTIGACION SOBRE EL MEDIO	38
Condiciones habitacionales.	
POLITICA DE SALUD	41
Recursos.	
Programas.	
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFIA	57
APENDICE: Papeleta de encuesta	59

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación es el resultado de 6 meses de contacto y convivencia con la historia natural de la enfermedad. Contiene un acúmulo de experiencias valiosas, recogidas de la realidad misma y absorbidas con sabor de amargura, de impotencia, de lástima.

Es una experiencia que no puede quedar encarcelada en un frío expediente estudiantil. Tiene que darse a conocer. Esa, creo yo, es la razón por la cual la mayor parte de mis compañeros decidieron adoptar este trabajo de campo, como tesis de investidura.

Actualmente no se concibe un conocimiento médico porejemplo, una enfermedad, si se ignora el ambiente donde aparece, cómo y por qué se propaga, a cual grupo humano afecta, cómo reacciona el hombre ante ella, qué trascendencia tiene en su diario vivir etc.

Las poblaciones humanas suelen adquirir el conjunto de enfermedades que caracterizan a una región geográfica, al grupo social en que nacieron y viven. Los programas médicos para el control de las enfermedades no deben basarse en la amplia y pomposa distribución de medicamentos y vacunas, sino en el mejoramiento de las condiciones ambientales, en un régimen alimenticio más adecuado, en una mejor atención a la población susceptible, en una lucha constante contra la indigencia y la ignorancia.

Vemos con profunda pena y amargura toda una gama de niños desnutridos y parasitados, de adultos tambaleantes e inhábiles, de multíparas multiquejumbrosas. Sabemos que vienen de un ambiente por demás hostil e infrahumano, al que tendrán que volver para aplicarse un intrascendente medicamento y al poco tiempo volver a enfermar.

Esta es la realidad y hay que conocerla, por lo menos.

El Autor.

OBJETIVOS

Generales:

1. Contar con un documento inicial sobre las condiciones de salud de la población, como base para ulteriores estudios.
2. Contribuir al análisis de los principales factores que determinan y condicionan el deterioro de la salud a nivel individual y colectivo.
3. Señalar con datos reales, la pésima asistencia sanitaria y el abandono de que es objeto el campesino guatemalteco.
4. Valorar la efectividad de los programas de salud puestos en práctica por el Estado.
5. Adquirir habilidad y destreza en el campo de la investigación de campo.

Específicos:

1. Estudiar la relación del 'estatus' cultural del habitante con los principales problemas de salud.
2. Evaluar los resultados de la labor de los servicios de salud de la región estudiada.
3. Conocer objetivamente las condiciones ambientales del habitante.
4. Motivar a los vecinos de la localidad para que participen en la investigación y resolución de sus problemas.
5. Relacionar las principales características del ambiente estudiado, con el resto de la República.

MATERIALES Y METODOS

1. Recursos humanos:

Un médico Infieri.
 Un Técnico en Salur Rural.
 Un auxiliar de Enfermería.
 Un Profesor de la escuela Nacional.
 Secretario y ex-secretario Municipales.
 Cura Párroco de la iglesia local.
 Vecinos entusiastas de la comunidad.
 Un médico Asesor.
 Un médico Revisor.

2. Materiales:

Archivos Municipales.
 Archivos del Distrito Escolar No. 3
 Archivos del Centro de Salud.
 Archivos del Sector de Malaria.
 Archivos de la Iglesia local.

3. Otros recursos:

Encuesta domiciliaria.
 Entrevistas y Reuniones con vecinos de la comunidad.
 Estación del observatorio Meteorológico local.
 Campañas de vacunación y su respectivo equipo humano y ma
terial.

METODOS

Retrospectivo: Mortalidad y natalidad locales de 1969 a 1973.

Actividades de los servicios de
 Actividades del sector de Malaria.

Prospectivo: Investigación sobre las condiciones habita-
 cionales.

Morbilidad, nivel y estructura por grupos de edad y causas.
Integración de los servicios de salud.
Estudio de las condiciones educacionales.

Continuo o permanente:

Registros de nacimientos y defunciones.
Registros de Consulta externa del centro de salud.

Ocasional:

Encuesta sobre población y habitación.

Longitudinal:

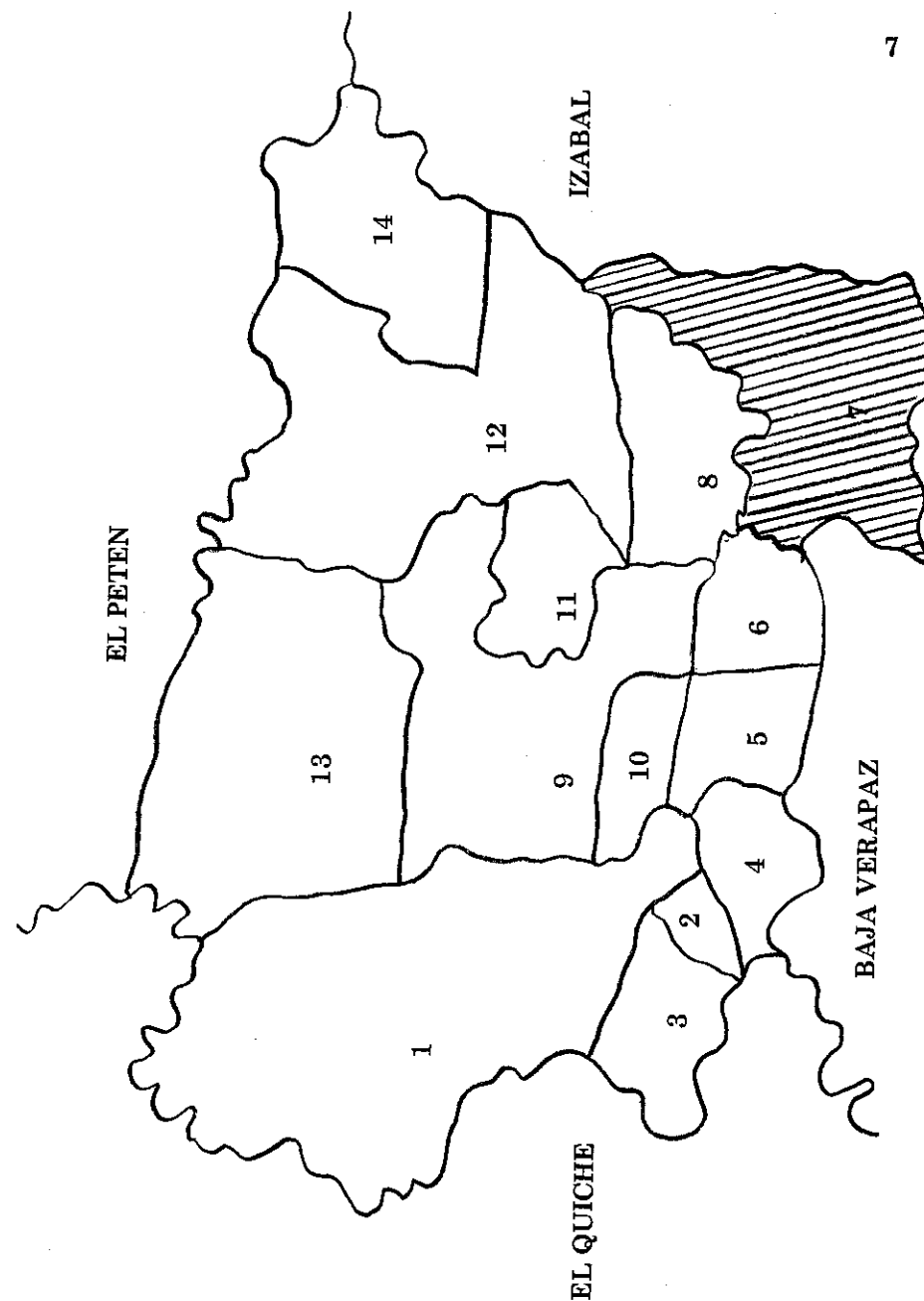
Registros clínicos con seguimiento de casos clínicos.
Visitas domiciliarias.

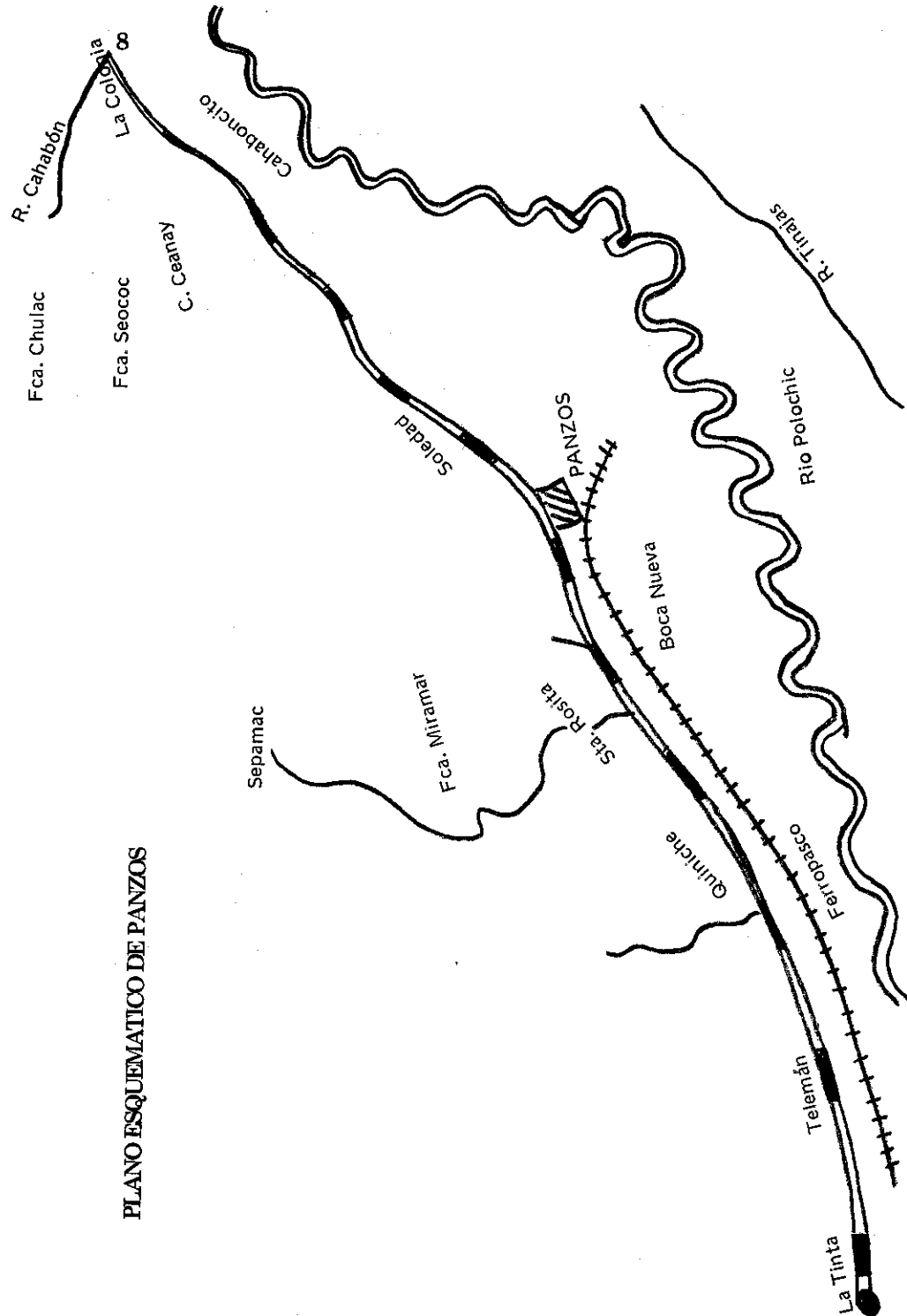
Transversal:

Encuesta sobre población y habitación corri
da para los habitantes urbanos y rurales.

Municipios de Alta Verapaz

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 1. Cobán | 7. Panzós |
| 2. Santa Cruz Verapaz | 8. Senahú |
| 3. San Cristóbal Verapaz | 9. San Pedro Carchá |
| 4. Tactic. | 10. San Juan Chamelco |
| 5. Tamahú | 11. Lanquín |
| 6. Tukurú | 12. Cahabón |
| | 13. Chisec |
| | 14. Chahal |





PLANO ESQUEMATICO DE PANZOS

DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

Características físicas del Area:

Localización: PANZOS, Municipio del departamento de Alta Verapaz, cuenta con una municipalidad de 4a. categoría por el número de habitantes y de 2a. por su importancia comercial. Su extensión aproximada es de 733 Km². Colinda al norte con el vecino municipio de Senahú (A.V.) al este con el municipio de El Estor (Izabal) por el sur con el municipio de Río Hondo (Zacapa) y con Purulhá (Baja Verapaz) y finalmente por el oeste con el municipio de Tukurú (A.V.) Purulhá y Salamá de Baja Verapaz. Dista de la Ciudad Capital 268 Kms. y de la Cabecera Departamental 120 kilómetros.

Altura: El banco de marca establecido por la Dirección General de Caminos en el parque de la Cabecera, está a 17.84 metros sobre el nivel del mar; en este sentido es el municipio más bajo del Depto. - siguiéndole Chaal con 22 mt. y Chisec on 27.4 mt. Latitud : 15° 26' 40"; longitud: 89° 46' 50".

Clima: Panzós disfruta de un clima cálido húmedo. Durante el mes de Abril de 1973, por ejemplo, se observaron las siguientes características con relación a la Ciudad Capital:

	Observatorio Nac.	Panzós:
Temperatura		
	T. mínima	11.9° C.
	T. Media	19.7
	T. Máxima	28.0
Humedad Relativa		
	Mínima:	22 o/o
	Normal: 72 o/o Media	65
	Máxima	99
Presión Atmosférica:		
	Mínima:	637.6
	Media	640.2
	Máxima	642.6

Precipitación Pluvial:

En todo el mes: 0.0 mm.

32 mm.

Normal: 17.9 mm.

FUENTE: Observatorio Nac. Boletines 1973-74.
ver bibliografía.

Como se advierte en los datos anteriores, las diferencias se acentúan en las temperaturas de ambos lugares. Por ejemplo la temperatura máxima de esta región -37.5°C . se equipara a la temperatura normal del cuerpo humano.

Las condiciones climáticas se relacionan, en gran medida con la salud de sus habitantes. Las regiones cálidas como ésta, son reconocidas por los epidemiólogos como áreas de Malaria. Los viejos vecinos de la población refieren que antaño ésta era reconocida como área palúdica temible. Actualmente, gracias a la encomiable labor del Sector del SNEM, se ha reducido grandemente esta entidad patológica.

TOPOGRAFIA

Las características de los suelos del Depto. de Alta Verapaz son de una textura franco arcillosa y franco limosa; el color de los suelos es por lo general café oscuro. El área de las tierras bajas de Petén Caribe consiste en suelos casi planos u ondulantes. La región que nos ocupa posee un enorme valle que sirve de cuna al río Polochic y cuyos suelos se mantienen continuamente húmedos y fértiles, constituyendo el terreno ideal para la siembra del maíz.

Los caminos, por consiguiente, son generalmente planos y poco tortuosos aunque por las continuas lluvias y la proximidad del mencionado río, éstos se tornan intransitables.

FLORA Y FAUNA

Las plantas que prevalecen en la región pertenecen a la flora tropical. Entre ellas predominan la manaca, palmera, cocal, ceiba y

el curioso y arcaico Helecho Gigante. Entre los cultivos predomina el maíz y frutas tropicales; se da en menor medida también el bálsamo, cardamomo etc.

La fauna regional ha sido modificada sensiblemente por la mano del hombre. Las narraciones históricas de viajeros mencionan una gran legión de micos lagartos y gran cantidad de variados peces, todos los cuales van desapareciendo paulatinamente. La pesca, por lo tanto, ya no constituye un medio de subsistencia ni mucho menos de comercio.

VIAS DE COMUNICACION:

De la ruta Nac. 7-E que de Panzós conduce a El Estor hay aproximadamente 44 kms. De Panzós a Tucurú dista 63 kms. De la ciudad Capital a Panzós hay una distancia de 268 kms. de los cuales 180 o sea de la Capital a Tactic (San Julián) corresponden a carretera asfaltada, de reciente inauguración en tanto que el resto es de terracería el cual transcurre siguiendo muy de cerca las riveras del río Polochic con el consiguiente y siempre esperado peligro de que sus aguas se salgan e invadan el camino. El tramo que corresponde a la jurisdicción de El Estor se mantiene en buenas condiciones para permitir el paso de los vehículos que conduciendo valiosísimo material minero, se dirigen al extranjero.

DIVISION POLITICO - ADMINISTRATIVA:

Panzós cuenta con 3 Aldeas y 11 caseríos:

Aldea La Tinta con su caserío Papalhá -ahora convertido en hacienda Modelo por el Estado.

Aldea Telemán, importantísimo centro comercial de granos básicos, con sus caseríos El Rosario, Agua Caliente y Armenia.

Aldea Cahaboncito, con sus caseríos Santa María, Taquincó, y la Colonia.

Panzós con sus caseríos: Soledad, Santa Rosita, Panacté y el Porvenir.

El vocablo Panzós, deriva de los términos kekchíes que significan "sobre las aguas verdosas" aludiendo a su proximidad con el

magestuoso río Polochi. "La Tinta" deriva de las plantaciones de Jiquilite que había en la aldea hace muchos años. "Telemám" refieren que significa "espejo abierto".

DESARROLLO HISTORICO:

La fundación de Panzós parece ser posterior a 1839 año en el que se definió la división territorial de la República por departamentos y Distritos; en el año 1871 ya aparece descrito.

Anexiones: El Dto. Gub. de nov. 1871 agregó los pueblos de Panzós y Telemán al Depto. de Izabal, volviendo a su anterior Depto. de A. V. por Dto. de 1872 que derogó el anterior. Cahabón cito vuelve a Panzós segregado de Izabal en 1887. En 1890 es adscrito nuevamente a Izabal y en 1891 vuelve definitivamente a Panzós.

FIESTAS PATRONALES:

Panzós celebra su fiesta en honor a Santa Rosa de Lima del 27 al 30 de agosto, en tanto que La Tinta la celebra del 25 al 29 de noviembre, en honor a Santa Catalina. Esta aldea dista de Panzós 32 kms.

RELIGION: Como comunidad eminentemente indígena la mayoría de sus habitantes profesa fervorosamente la religión católica. De acuerdo con la encuesta corrida a sus habitantes el 80 o/o son católicos; 10 o/o son evangélicos y 10 o/o no tienen religión definida.

COSTUMBRES Y FOLKLORE:

La monografía consultada refiere que en Panzós se practica el Baile de la Catarina, Los Moros y los Cristianos y los instrumentos autóctonos son la Chirimía y el Tamborón.

El indígena de la región muele el maíz en un rústico molendero levantado del suelo; El "fogón" en el suelo, construido con tres piedras grandes se conserva en la mayoría de las viviendas; el indígena se resiste a abandonar esta costumbre que, de paso, ha ocasionado

no pocos accidentes.

El indígena de la región es muy adicto a las bebidas alcohólicas, especialmente de licor clandestino; ellos no conciben celebración sin este elemento. Por otra parte, el ladino parece permitir, propiciar y fomentar esta costumbre, con la cual obtienen muy buenas ganancias.

Practican con toda solemnidad la ceremonia de bendición de un objeto nuevo, que ellos denominan "*El Cuatazink*"; la solicitud de esposa que llaman "*El Tzamanc*"; el compadrazgo también se verifica por medio de una ceremonia que valdría la pena describir si no fuera por la limitación de espacio.

DATOS POBLACIONALES

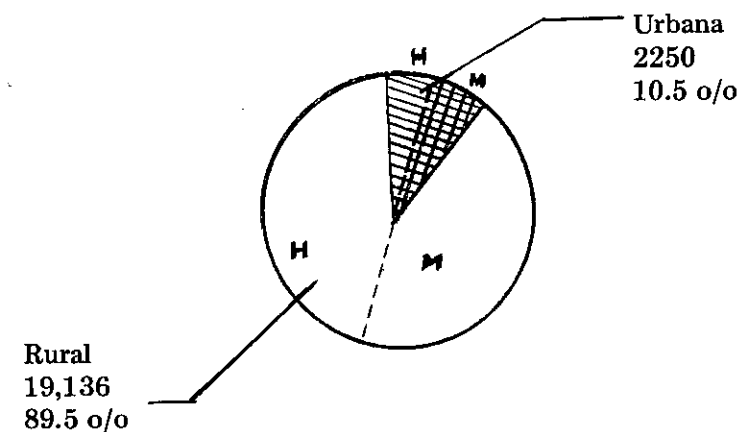
POBLACION DE PANZOS:

Tenemos que manifestar que existe cierta inexactitud en las cifras de población reportadas para este Municipio por la D. G. de Estadística, de acuerdo con la cual la cantidad de población para 1973 es de 21,386 en tanto que el Sector de Malaria cuenta con una cifra de 24,900. Tomando en cuenta que esta última dependencia verifica y actualiza sus cifras cada año y que por otra parte conoce la región en mejor forma hemos decidido basarnos en sus datos para la mayoría de operaciones.

Población absoluta urbana y rural para 1973.

Fuente: U.P. y Est. M.S.P. y A.S.

Población Urbana:	Hombres:	1,126
10.5 o/o	Mujeres	1,124
	Total:	2,250
Población Rural:	Hombres:	9,611
89.5 o/o	Mujeres	9,525
	Total	19,136
Total: 21,386 hab.		



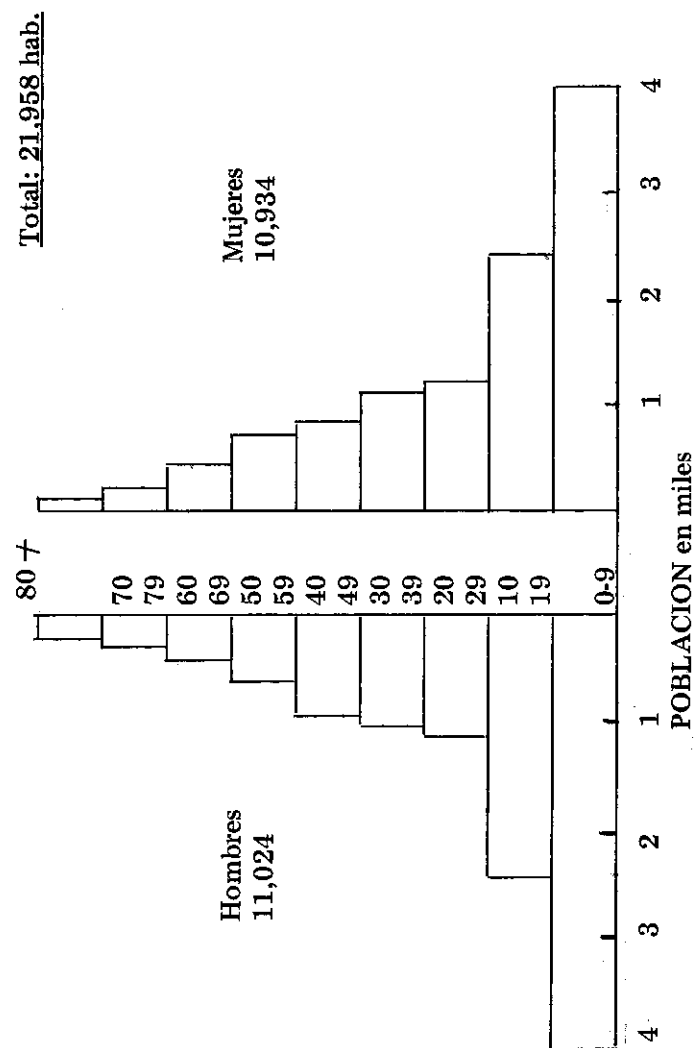
Población por grupos de edad:

Antes de entrar en consideraciones sobre la población por grupos etarios, queremos llamar la atención en el sentido de que "Guatemala, como el resto de Latinoamérica, se enfrenta a una explosión demográfica, pese al alto índice de mortalidad que representa corta esperanza de vida en gran número de guatemaltecos".

"La teoría del investigador Malthus afirma que *"mientras la población crece en progresión geométrica los alimentos crecen en progresión aritmética"*. América en general, alcanza la más alta tasa de natalidad en el mundo. Esto último es todavía más notorio en el caso de Guatemala" (Gelher mata Op. Cit.)

En cuanto a la población por grupos etarios, debe hacerse énfasis en que más de la mitad de la población es relativamente joven y económicamente inactiva: Población menor de 15 años: 9,500 = 44.6 o/o para el año de 1974, población estimada por la Unidad de Planificación y Estadística del ministerio correspondiente. (pp. 46).

POBLACION DE PANZOS
1,974



Densidad de Población:

Con base en el censo del SNEM Sector 8-1 tenemos los siguientes datos:

	Habitantes	Densidad
1968	22,200	30.3 hab.
1974	25,120	34.2 "

Con base en el censo de Malaria y tomando en cuenta la extensión de 733 km. cuadrados.

Población para 1974, de acuerdo con el censo de la D.G. de Estadística

	Hombres		Mujeres
0- 9 años	4,000	+	4,100
10-19 años	2,400		2,150
20-29 años	1,350		1,500
30-39 años	1,330		1,350
40-49 años	800		700
50-59 años	500		550
60-69 años	425		400
70-79 años	200		180
80 y más años	40		40
	11,020		10,930

+ cifras redondeadas.

Se advierte además, con vista a los datos anteriores que del total aproximado de habitantes hombres o mujeres: 2,300 corresponden a edades superiores a los 40 años y constituyen por lo tanto apenas un 17.64 o/o del total para cada sexo, esto implica de paso, una esperanza de vida muy escasa.

Esto se verá con detalle más adelante.

Natalidad absoluta: Fuente: libros de registro civil de la Municipalidad de Panzós.

1968:	Hombres:	586	Total: 1,118
	Mujeres:	532	

1973:	Hombres:	755	Total: 1,510
	Mujeres:	755	

Mortalidad absoluta:

1968	493 hab. ambos sexos
1973	418 " " "

Evidentemente estos datos nos demuestran, a groso modo el fenómeno natural que ocurre en casi todas las poblaciones del mundo:

aumento de la natalidad absoluta y descenso simultáneo de la mortalidad.

Sin embargo estos datos no serían adecuadamente interpretados si no los relacionamos con el número de habitantes por año; esto se efectúa por medio de las TASAS de natalidad y mortalidad respectivas, las que a continuación reproducimos:

TASAS

AÑO	T. de Nat.	T. de Mor.	Crec. Veg.
1968	50.45	22.20	28.25
1969	50.00	17.50	32.50
1970	48.00	10.00	38.20
1971	54.70	12.13	43.57
1972	55.40	14.30	41.10
1973	61.00	16.70	44.30

En términos generales se advierte que la tasa de natalidad incrementa en un período de 5 años más de 10 unidades, mientras

que la Tasa de mortalidad decrece en el mismo período aproximadamente 6 unidades, por lo tanto el crecimiento vegetativo, esto es: Tasa de natalidad - Tasa de mortalidad, se ve incrementada en aproximadamente 16 unidades; esto significa que, aunque la tasa de mortalidad comparte las proporciones del resto de la República: - 16.8 para la República en 1968, la tasa de natalidad, en continuo ascenso, produce en aquella un aumento sustancial.

A propósito de tasas generales de mortalidad, encontramos que Guatemala y Honduras se llevan "las palmas" con 16.8 y 16.9 respectivamente, mientras que Costa Rica se mantiene en 7.4 siempre para el año de 1968 (Datos del Banco interamericano de desarrollo).

Obviamente esto tiene sus implicaciones en el terreno de la salud. *"Una población creciente a una mayor velocidad que los servicios salubristas, puede fácilmente superar en un momento dado, el auge de la salud, para transformarse en un reaparecimiento de la morbilidad y la mortalidad"* (salud Pública y crecimiento demográfico en Centroamérica).

Lo anterior debemos aceptarlo desde el momento en que sabemos la mayor parte de estudiantes, que la enorme desproporción Médico - Paciente en nuestro país: 2.2 X 10,000 habitantes contrasta enormemente con países latinoamericanos como Argentina donde existe 22.4 médicos por 10,000 hab. (Hechos que revelan progreso en Salud. OMS/OPS).

Existe la esperanza, por parte de nuestras autoridades universitarias, que con el incremento de estudiantes de Medicina en nuestra facultad, se resuelva paulatinamente el problema, aunque muchos médicos y pocas plazas es una relación que no resuelve nada, más bien aumenta el desempleo ya considerable, en Guatemala.

MORTALIDAD EN PANZOS:

Importancia:

"Desde el punto de vista médico-social, la muerte puede convertirse en un problema por lo que respecta al momento en que ocurre en la vida del individuo."

La desaparición prematura de una gran parte de los miembros de una sociedad representa una perturbación amenazadora de la transmisión y el desenvolvimiento de la herencia cultural, así como un desgaste económico pues la vida de cada individuo incluye una fuga de capital, cuya compensación es legítimo esperar. En América del Norte según J. D. Leus, el valor de un recién nacido es de cerca de 9,000 dólares.

Resulta de esto, eliminar tanto cuanto sea posible, la influencia negativa del ambiente sobre el organismo humano. El índice de mortalidad infantil señala certera y concretamente la profundidad de la brecha socio-económica que desarticula la familia guatemalteca (G. Matta. Op. Cit.)

A nivel nacional, las ocho principales causas de mortalidad son las siguientes:

OCHO CAUSAS DE MORTALIDAD

-- Guatemala en Cifras 1962 --

1. Gastroenteritis, duodenitis, enteritis y
2. Enf. infecciosas y parasitarias / colitis.
3. Gripe o influenza.
4. Neumonía.
5. Otras enf. de la 1a. infancia e inmadurez.
6. Infecciones del recién nacido.
7. Sarampión.
8. Anemias.

Como se advierte por el cuadro anterior, las enfermedades infecciosas y parasitarias marchan a la cabeza, en tanto que en los países desarrollados prevalecen las enfermedades degenerativas.

Esperanza de vida: La esperanza de vida de una inmensa mayoría de guatemaltecos es muy limitada, como lo prueban los índices de mortalidad:

Mortalidad general	17.5 x 1,000
Mortalidad infantil	91.8 "

Mortinatalidad	30.1 x 1,000
Mort. neonatal	36.9 "

Estas cifras se recrudecen al observar las edades de las muertes registradas en 1960 en donde el 51 o/o no habían cumplido los 5 años de vida y el 78 o/o no lograron cumplir los 50 años.

La enfermedad infecciosa en el neonato es un suceso antinatural y anacrónico. El ambiente infectado e infectante se debe, entre otras cosas a:

- A. Ambiente doméstico hacinado, pobre.
- B. Deficiencia de personal sanitario en calidad y
- C. Comadronas sin mínimo adiestramiento / cantidad.
- D. Medicación casera y vecinal.
- E. Falta de higiene de la madre.
- F. Falta de educación en cuanto al beneficio de los servicios asistenciales.

Incluso una enfermedad relativamente benigna, como lo es la Gripe o Influenza, cobra en nuestro medio una mortalidad de 145 X 1,000 hab. en tanto que en Argentina es de 0.8 x 1,000.

Mortalidad en Panzós por Años:

1969	493 fallecimientos
1971	295 "
1973	418 "

Las cifras anteriores revelan que la menor mortalidad de los años citados corresponde a 1971, para ascender nuevamente en el último año estudiado.

TASAS DE MORTALIDAD:

AÑO	Mort. Mat.	Mortinatalidad:
1968	7.14	2.67
1969	8.7	4.38
1970	10.7	6.20
1971	4.5	6.0
1972	7.3	3.65
1973	5.3	5.3

AÑO	Mort. Neonat.	M. Inf.	M. -5 a.
1968	26.7	53.5	21.00
1969	30.0	61.4	30.00
1970	17.8	34.0	34.0
1971	8.8	45.1	47.5
1972	8.7	65.6	45.6
1973	10.0	46.3	42.9

Comentario:

Sobresale el hecho de que la mortalidad neonatal presenta un marcado descenso: desde 26.7 en 1968 a 10 en 1973, mientras que la mortalidad en menores de 5 años presenta un marcado aumento; desde 21 en 1968 a 42.9 en 1973 lo que es muy revelador de condiciones ambientales hostiles donde predominan las enfermedades infectocontagiosas, contribuyendo a su desenlace fatal, la baja inmunidad del niño desnutrido. La mortalidad materna presenta un incremento durante los años 69, 70 y 72 en tanto que la infantil ocurre un fenómeno adverso: incremento al principio y al final del período estudiado.

Gráfico No. 3

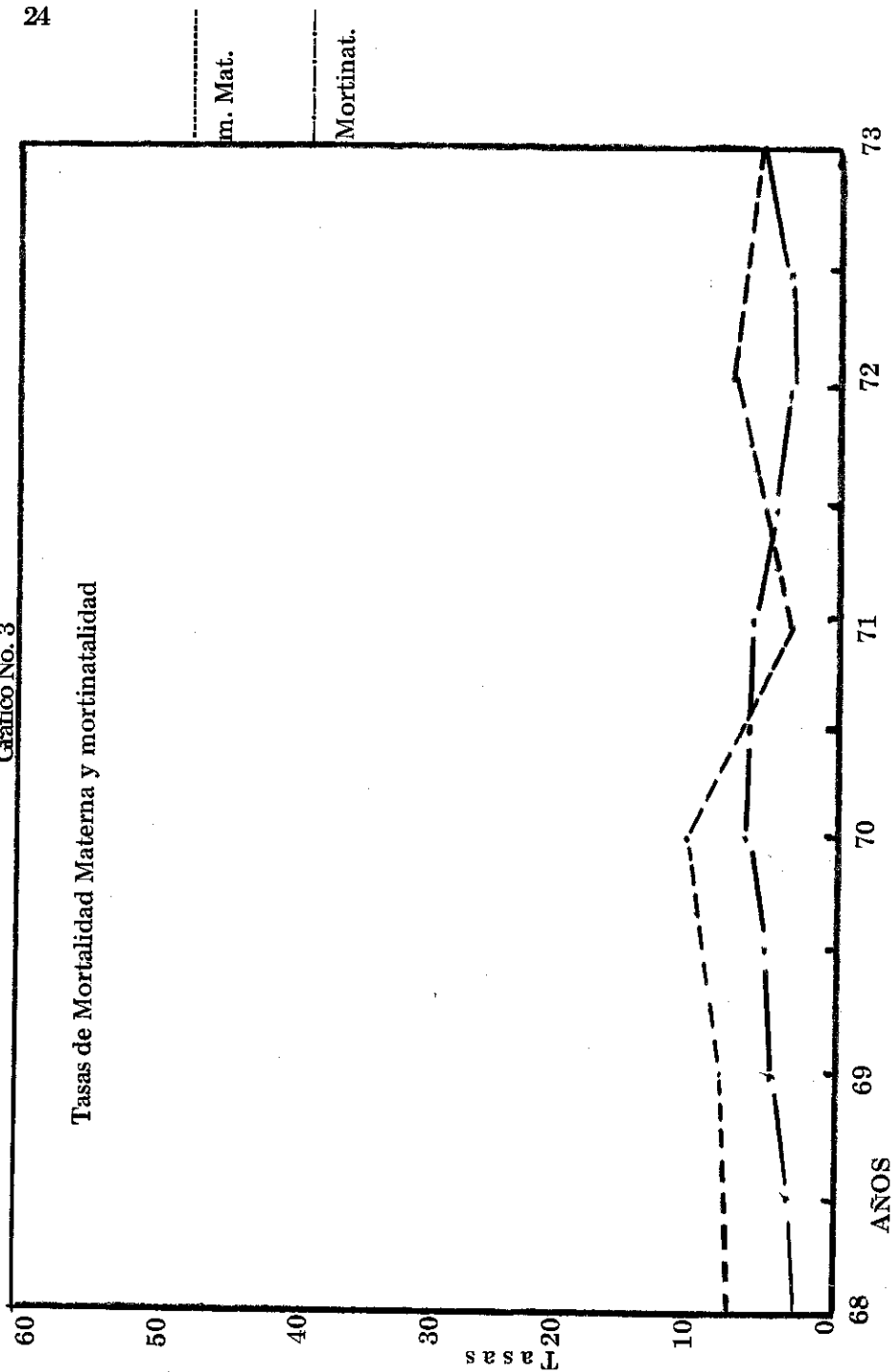
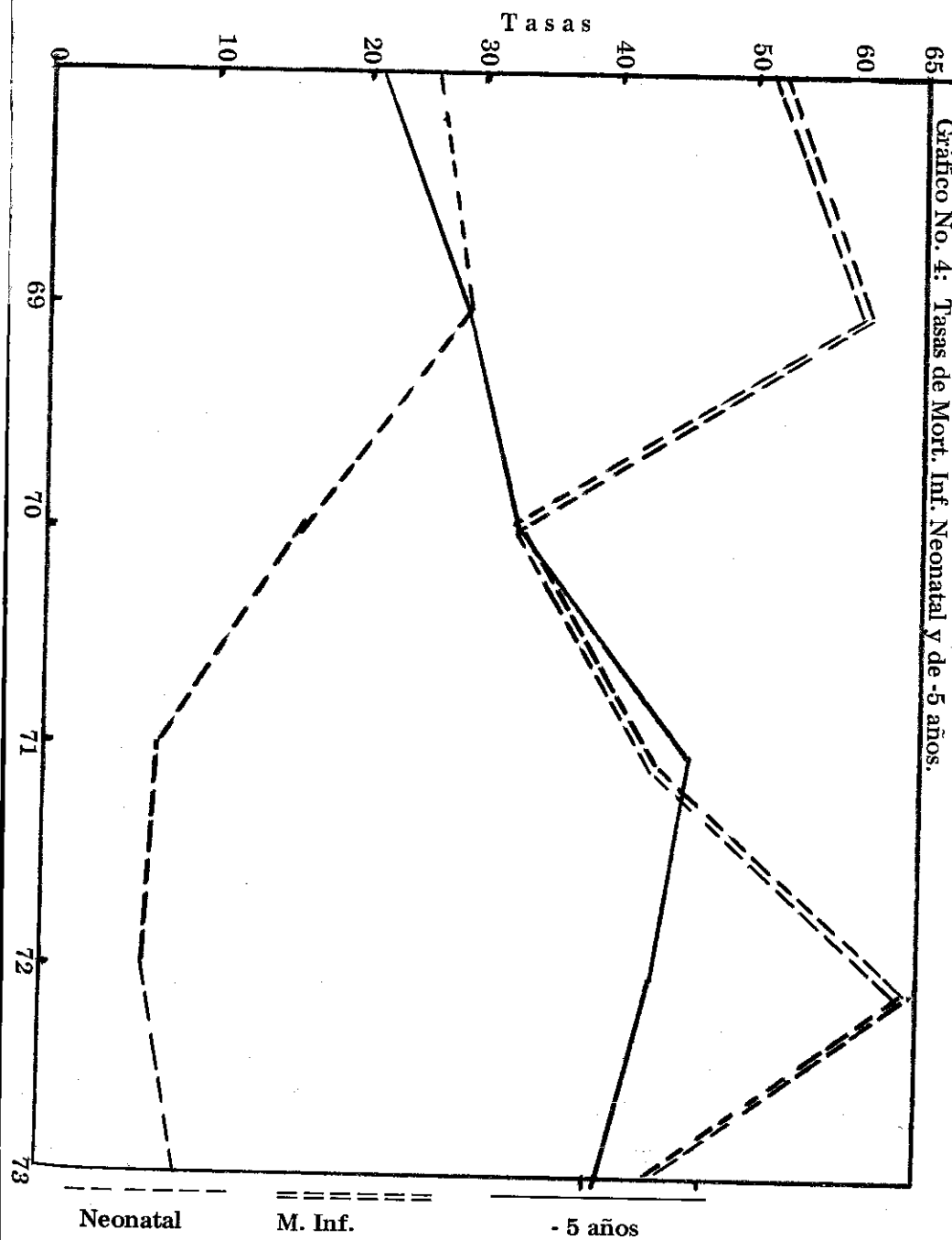


Gráfico No. 4: Tasas de Mort. Inf. Neonatal y de -5 años.



Mortalidad Materna: En el registro civil de la localidad, como ocurre con la mayoría del País, ocurren notificaciones de defunción cu yos diagnósticos dados por personal no médico ni paramédico, dista mucho de la realidad. Dichos informes sólo aluden a la sintomatología terminal del paciente, por ej: "*Hemorragia vaginal*" "*Ataques*" causas que pueden estar relacionadas con subinvolución uterina, atonía uterina, razgaduras de diverso grado, eclampsia etc.

Por otra parte existe la tendencia generalizada entre la población embarazada de resolver el parto en la forma más natural posible, sin controles ni reconocimientos previos. Prueba lo anterior, el hecho de que, pese a la profusa campaña que se efectuó invitando a las madres a sus controles gratuitos, muy pocas de ellas acudieron al llamado y las que lo hicieron, únicamente efectuaron una primera y única visita, para cerciorarse que su producto estaba en buena posición. A la hora del trance, era el vecino, pariente cercano, o es poso la persona encargada de su atención.

Por ello, si hemos de creer en la relación:

Parto mal atendido ----> Aumento de la Mortinatalidad, tendremos que aceptar con mucha reserva las bajas tasas de mortalidad materna de la región.

"Ningún dato como el de mortinatalidad demuestra el adelanto o estancamiento o retraso obtenido por una agrupación humana en consulta prenatal, en atención de partos y en valoración de la in fancy. En Guatemala la *mortinatalidad es de 31 x 1,000*, misma que se ha mantenido en su trágica dimensión en los últimos años. Significado? ... estatismo de la campaña higiénica materno-infantil, ausencia y mediocridad en la consulta prenatal, parto domiciliario en su inmensa mayoría, carencia de personal adiestrado - 88.4 o/o de los nacimientos en Guatemala acontecen en casa. Conclusión: Hace falta mucho esfuerzo para hacer llegar la salud pública a casa. (G. Matta)."

Con los datos obtenidos en el registro civil, obtuvimos la tasa de mortinatalidad oscilando entre 3 a 6 por mil. Como se comprende, esto está en franco desacuerdo con las estadísticas nacionales.

Mortalidad Infantil: "*La mortalidad infantil cuenta con una tasa que también nos 'distingue' ante las demás naciones. Sin embargo no es un problema nuestro únicamente, sino que preocupa a casi todos los países del mundo, aún a los más adelantados en Salud Pública*". (G. M.)

Entre los factores que han favorecido esta tasa elevada, pueden mencionarse indudablemente:

- Médicas: prematuridez, malformaciones congénitas traumatismos del parto, tuberculosis etc.
- Sociales: Niños abandonados moralmente, sin la tutela y protección de los padres.
- Económicas: Bajos ingresos para poder sufragar los gastos de medicamentos.
- Culturales: Analfabetismo e ignorancia que priva en la p o b l ación en general.

La mortalidad de esta inmensa población infantil es algo asombroso y abrumador: cerca del 30 o/o muere antes de cumplir cinco años de vida. Muchas de las causas que hemos mencionado son eliminables, lo cual hace más dramático el problema. Uno de ellos es la desnutrición crónica que acompaña a las madres y a los niños.

La mortalidad dentro del primer año de vida en Guatemala no está muy lejos de equipararse a la de los países más subdesarrollados: África del Norte 150 a 200 por mil; Guate: 102.8 por mil; Panamá: 58.7 y Argentina 65.3 por mil, por otra parte.

Conclusión: Mientras no se cambien, de manera apreciable, las estructuras de poder en el país, todo lo que se haga será únicamente medidas paliativas para salvar un momento de crisis, para salvaguardar el prestigio de determinado gobierno, lo cual no deja de constituir, a la larga, un vil engaño al ciudadano contribuyente.

MORBILIDAD EN PANZOS:

Enfermedades más comunes: "Las enfermedades de los pueblos en vías de desarrollo son enfermedades de carencia y se originan de la subalimentación que los acompaña desde la primera hasta la última exhalación.

En Guatemala, la causa de mayor deceso la constituyen las afecciones del aparato digestivo: diarreas nutricionales y/o infecciosas. Según la OPS la mala nutrición constituye el problema más grave para la salud de Latinoamérica.

Diez principales causas de morbilidad en Panzós

1. Gastroenterocolitis	480	+	18	o/o
2. Parasitismo Intestinal	400		15	"
3. Infecciones Resp. Sup.	280		10.6	"
4. Piodermitis	260		9.8	"
5. Bronconeumonías	200		7.5	"
6. Desnutrición	180		6.8	"
7. Anemias	160		6.6	"
8. Heridas de todo tipo	112		4.2	"
9. Parotiditis epidémica	100		3.8	"
10. Tos ferina	88		3.6	"

+ pacientes vistos en cuatro meses de práctica.

Esta clasificación se basa en entidades clínicas más individualizadas que la clasificación internacional recomendada por Salur Pública. Se corrobora lo que expresamos anteriormente en el sentido de que las enfermedades infecciosas, parasitarias y carenciales ocupan los primeros lugares. Este orden no se ha mantenido invariable puesto que de acuerdo con los reportes de morbilidad por departamento, por Alta Verapaz en 1965 el paludismo ocupaba el segundo lugar, en tanto que actualmente no aparece dentro de las primeras diez. Por otra parte la Tos ferina no aparece en la mencionada lista, mientras que durante nuestra práctica ocupó lugar importante.

De acuerdo con la clasificación de diagnósticos oficial, tenemos el siguiente orden:

1.	12	=	Resto de enf. infecc. y parasit.	215
2.	02		Disentería, todas sus formas	120
3.	19		Inf. resp. sup, influenza y gr.	70
4.	30		Senilidad, mal definidas o desconocidas	61
5.	20		Neumonías y bronconeumonías	50
6.	15		Desnutrición y mal nutrición	45
7.	31		Accidentes, envenenamientos y viol.	38
8.	05		Tos ferina	20
9.	03		Tuberculosis, todas sus formas	18
10.	25		Nefritis y nefrosis	

= No. código internacional.

La mayor parte de estas enfermedades fueron diagnosticadas únicamente por procedimientos clínicos esto es, por examen físico, puesto que el Centro de salud no cuenta ni con microscopio para determinar parasitismo y efectuar frotis y cultivos de secreciones, ni equipo de rayos X para detectar y determinar neumonías, y procesos tuberculosos etc. De esa cuenta es que los casos de anemia fueron clasificados por simple inspección.

Lo anterior debe ser tomado muy en cuenta para tomar con reserva dicha clasificación, aunque por mucho, no se aparta de la realidad.

MORBILIDAD: Pacientes atendidos en el Centro de salud de Panzós durante 4 meses, por grupos de edad - de Marzo a Junio -

Grupos	Total	o/o
Menores de 1 año	113	7.0
De 1 a 4 años	331	21.6
De 5 a 9 años	201	13
De 10 a 14 años	150	10
De 15 a 44 años	615	40
45 y más años	127	8.4
Total	1537	100.0 o/o

El cuadro anterior nos demuestra que el grupo etario de 1 a 4 años, tomando en cuenta el corto período comprendido, es el que

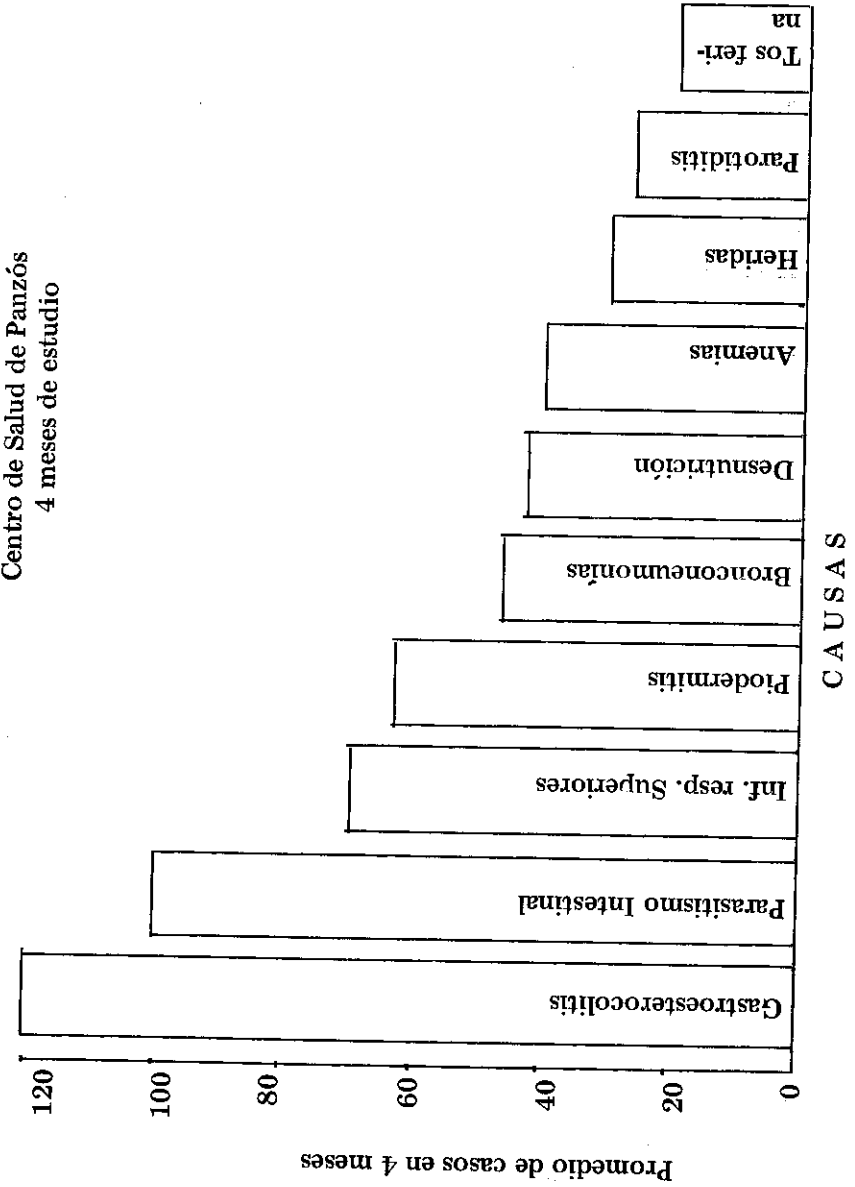
presenta la mayor población atendida en el centro.

Morbilidad por Desnutrición:

Aunque clínicamente se tiene la evidencia de haber conocido y tratado innumerables casos de desnutrición en todas sus formas y edades, no damos a conocer cifras por la sencilla razón que no se tuvo oportunamente los instrumentos para determinar el grado de la misma. Aunque contamos con balanza para determinar peso, la atención de un promedio de 40 pacientes diariamente, no nos permitió dedicarles suficiente tiempo para efectuar estas determinaciones.

Existe además la posibilidad de haber incurrido en errores de apreciación al ver pacientitos hipodesarrollados, ya adaptados o compensados, aunque crónicamente enfermos. En muchos casos atendidos no dándole por consiguiente la atención debida como casos de desnutrición propiamente dichos.

Diez Principales causas de morbilidad
Centro de Salud de Panzós
4 meses de estudio



FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES:

En la problemática de la salud influye una serie de factores condicionantes y determinantes. Uno de los más importantes es la educación. A nadie escapa que la falta de conocimientos indispensables, impide al individuo no solamente determinar la conducta a seguir ante una enfermedad, sino que no le permite seguir los lineamientos para el correcto tratamiento y la manera de evitar el contacto con la misma.

Por lo tanto mientras el porcentaje de analfabetos en nuestro país no descienda del 75 u 80 o/o de poco o nada servirá cualquier esfuerzo en materia de salud.

ALFABETOS Y ANALFABETOS EN PANZOS + +

+ Datos proporcionados por el distrito Escolar No. 3, Senahú, Al Verapaz.

Alfabetos 2,542 = 22.4 o/o
Analfabetos 8,800 = 77.6 o/o

El analfabetismo puede ser causa o efecto de acuerdo en el punto de vista desde donde se aprecie, por ejemplo:

Analfabetismo - - - - - ➔ malos hábitos higiénicos
- - - - - ➔ enfermedad.

O bien: Enfermedad - - - - - ➔ ausentismo escolar
- - - - - ➔ analfabetismo - - - - - ➔ ignorancia

Por otra parte, en Alta Verapaz se hablan tres idiomas definidos:

Español	9.2 o/o
Kekchí	74.1 o/o
Pocomchí	16.7 o/o

Esto nos lleva a considerar, por ejemplo, que en términos generales, el 90 o/o de los habitantes verapacenses habla dialecto -

mientras que más o menos el 9.8 o/o habla castellano. Agravando un poco más la situación, pudimos comprobar que en la región existe la inveterada costumbre de expresarse generalmente en dialecto, con lo cual creemos que en lugar de fomentar la castellanización, el ladino acostumbra al indígena a seguir expresándose en su dialecto.

Razas:

Así como existe relación estrecha entre el aspecto educativo y el del dialecto también la hay entre dialecto y raza. En Alta Verapaz existen dos razas definidas: ladinos 9.3 o/o e indígenas 90.7 o/o.

La situación entonces para la problemática de salud se nos presenta dentro de un panorama desconsolador con un porcentaje de 77.6 o/o de analfabetos la mayor parte de ellos indígenas y para remate, monolingües. Nos preguntamos: Qué dinámica de salud puede dar resultado ante este estado de cosas?

Migraciones:

El fenómeno de las migraciones es importante considerarlo, puesto que grandes grupos poblacionales se movilizan anualmente ya en busca de mejores tierras para el cultivo, ya en busca de nuevas fuentes de trabajo. Pudimos observar que numerosas familias procedentes de los municipios vecinos han emigrado hacia éste y El Estor con el incentivo de fuentes de trabajo en la naciente industria minera y en busca de las fértiles tierras del valle del Polochic. Muchos de ellos desconocedores del clima tropical han sido objeto de enfermedades como el paludismo.

Miembros por familia:

De acuerdo con la encuesta realizada a los pobladores - es decir una muestra representativa de 1,000 viviendas se obtuvo los siguientes datos al respecto:

Familias de 1 a 5 miembros	600	60 o/o
Familias de 6 a 10 "	350	35 "
Familias de 11 y más miembros	50	5 "
	1,000	100 o/o

Es decir que la familia de 5 miembros es la que predomina. De acuerdo con los censos periódicos del Sector de Malaria también predomina la familia de cinco miembros. Como se verá más adelante, además predominan las viviendas de una sola habitación todo lo cual significa simple y sencillamente hacinamiento, lo que naturalmente tiene sus implicaciones en materia de salud, específicamente en cuanto a las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Economía de la Región

A efecto de poder ofrecer datos concretos sobre la economía de la región y en vista de no encontrar datos específicos en las obras de consulta de la D. G. de Estadística, recurrimos a las autoridades municipales con quienes tratamos de levantar una encuesta de producción, la cual no cristalizó ante la indiferencia de sus productores o quizá el temor de que se pudieran utilizar los mismos para otros fines.

Sin embargo, durante nuestra práctica pudimos comprobar que el movimiento económico de la región es relevante, específicamente en lo que corresponde a la producción de granos básicos.

De acuerdo con el informe que se sirvió enviar el Tesorero Municipal con la respectiva aclaración de haber procesado las cifras con base únicamente en la contribución impositiva a los respectivos productores, damos a conocer lo siguiente:

Maíz	354,050 quintales
Arroz	47,470 "
Frijol	20,520 "
Maicillo	13,140 "
Cacao	500 "
Café	14,000 "

Esta producción corresponde al período comprendido entre el mes de junio de 1973 a junio de 1974.

El tesorero municipal, quien proporcionó dicha información calcula que lo anterior corresponde aproximadamente a la tercera parte de lo producido.

El maíz es uno de los granos más importantes en la producción de la región; la producción para Alta Verapaz se calcula anualmente en aproximadamente: 1.328,800 quintales al año; relacionando con la producción de Panzós sobre el mismo producto: 354,050 quintales, tenemos que *constituye el 26.5 o/o de la producción del departamento* y quizá sea un mayor porcentaje puesto que la producción local es mayor que la reportada.

Producción Minera:

Aunque por razones obvias, no tenemos a la mano datos que nos den una idea sobre la calidad y cantidad de la producción minera, sabemos por observación directa, que es importante, Hemos visto que se han invertido cuantiosas cantidades de dinero para incrementar las industrias ya existentes y en la creación de nuevas como las Minas de Oxec, Buena vista - en Panzós - "transmetales" etc.

Población y disponibilidad de las tierras:

Sobre este aspecto, tenemos que comenzar enunciando que participa del fenómeno generalizado en el país de que "muchos tienen poca tierra, en tanto que pocos tienen mucha". De acuerdo con la bibliografía recomendada por la Facultad, para el presente trabajo se expresa que:

““El fenómeno de la escasez de tierras sobre el área rural se manifiesta especialmente en la zona occidental y parte central de oriente; en cambio hay abundancia de las tierras por habitante rural a lo largo de las costas del pacífico y del Atlántico.

La mayor abundancia de tierras no ocupadas, sin embargo, se encuentra en la zona norte del país y en los deptos. del Petén, Alta Verapaz, Baja Verapaz Quiché y el norte de Huehuetenango. Dentro del departamento que nos ocupa, Panzós cuenta con un minifundio puro de maíz ””.

El problema del Latifundio se presenta así:

Fincas	República	Alta Verapaz
Fincas menores de 1 man.	74,216	2,775
Entre 1 a 10 caballerías	6,480	665
Entre 10 a 20 caballerías	569	47
Entre 20 a 50 caballerías	358	25
Entre 50 a 100 caballerías	104	08
Entre 100 a 200 caballerías	32	04

“ “Las conclusiones que podemos establecer son: Un minifundio aparejado con un latifundio: extremos que no nos conducen a ningún resultado provechoso para la economía de nuestro país ” ”. (G. M.).

Sueldos y Salarios:

La región de Alta Verapaz se ha '*distinguido*' por el hecho de remunerar muy mal a sus trabajadores tenemos referencia confiable de que antaño los patrones compensaban todo un día de trabajo bajo el ardiente sol con Q.0.25 diarios. Afortunadamente esta explotación del hombre por el hombre, aunque sería más exacto denominar explotación de la "bestia" por el hombre ha disminuido; por lo menos en Panzós el promedio de 'jornaleros' cuentan con un ingreso promedio de 75 centavos a Q.1.25, que, si no es suficiente, por lo menos les permite llevar una vida más decorosa.

Las compañías mineras que operan en la región han llegado a constituir una magnífica fuente de trabajo para propios y extraños, ya que aparte de tener mejor remuneración, proporciona un tipo de trabajo más suave que el trabajo de la agricultura.

Aparte de ello, el habitante cuenta además con terrenos arrendados o prestados, con los cuales mejoran sus ingresos. Es lamentable, sin embargo que muchos de ellos sean dados a las celebraciones de las cosechas en las cuales no sólo derrochan gran parte de las ganancias de todo el año, sino que posteriormente se quedan comprando a precios elevados el mismo producto que hace pocos días vendieron en el pueblo, costumbre por demás absurda pero inveterada.

INVESTIGACION SOBRE EL MEDIO

El sector 8-1 del SNEM reporta para 1973 la cantidad de viviendas que sobrepasa las diez mil para todo el municipio.

Considerando las limitaciones de tiempo y espacio en la presente investigación, decidimos efectuar nuestra encuesta sobre una muestra representativa de la misma, que comprende 1,000 viviendas entre las que se cuentan las de las aldeas circunvecinas a la población y algunas fincas cercanas.

VIVIENDA:

A. Tenencia:		
Propia	900	90 o/o
Prestada	55	5.5 o/o
Alquilada	45	4.5 o/o
B. Tipo:		
Rancho	850	85 o/o
Formal	150	15 o/o
Piso:		
De tierra	900	90 o/o
Ladrillo	25	2.5 o/o
Torta de cemento	75	7.5 o/o
Techo:		
Manaca	837	83.7 o/o
lámina	150	15 o/o
Teja	13	1.3 o/o
Paredes:		
Bajareque	800	80 o/o
Madera	162	16.2 o/o
Adobe	37	3.7 o/o
Instalación Sanitaria:		
Ausente	775	77.5 o/o
Letrina	125	12.5 o/o
Inodoro	100	10 o/o
Desagües:		
Flor de tierra	950	95 o/o
Pozo ciego	30	3 o/o
Alcantarillado	20	2 o/o

Iluminación:

Buena	800	80 o/o
Mala	200	20 o/o

Ventilación:

Buena	917	91 o/o
Mala	87	8.7 o/o

Cocina:

Separada con poyo	237	23.7 o/o
Separada sin poyo	75	7.5 o/o
No sep. con poyo	75	7.5 o/o
No sep. sin poyo	112	61.2 o/o

Dormitorios por vivienda:

Un dormitorio	800	80 o/o
De 2 a 4 dor.	150	15 o/o
Más de 4 dor.	50	5 o/o

Miembros por familia:

De 1 a 5 miembros	600	60 o/o
De 6 a 10 miembros	350	35 o/o
Más de 10 miembros	50	5 o/o

Al tratar de interpretar los anteriores datos tenemos en primer lugar que la mayor parte de habitantes posee casa propia; sin embargo debe mencionarse que esta casa corresponde al *tipo rancho*, o sea la vivienda rústica que conocemos, carente de servicios, de habitaciones separadas, cuyo costo no sobrepasa los Q.100.00 en la mayoría de los casos.

El piso es de tierra el techo de manaca y las paredes de bajareque en la mayoría de las mismas.

Aparte de no contar con *instalaciones sanitarias*, lo que desde ya tiene sus implicaciones en materia de salud, la mayor parte de sus habitantes se abastece de agua en el río más cercano. Por otra parte la mayoría cocina en la misma habitación en que duerme y donde convive toda clase de animales domésticos, sirviendo esta única habitación muchas veces hasta para el almacenamiento de los productos cosechados. Finalmente se observaron ciertas curiosidades: muchos tienen radio receptor, pero no tienen cama decorosa o bien tienen altar de imágenes pero sus ventanas están descubiertas etc.

POLITICA DE SALUD:

I. Recursos:

La región del Polochic, que comprende los Municipios de Tukurú, Tamahú y Panzós. Cuenta con un Centro de salud Tipo "C" para cada municipio y además uno en cada una de las dos importantes aldeas de Panzós.

Centro de salud de Panzós: Diseñado y construido para categoría tipo "B" cuenta con siete habitaciones destinadas para: encamamiento de 10 camas ocupando tres habitaciones. Una para la atención de pacientes de consulta externa; otro para atención prenatal y partos con sus respectivos muebles. Otro destinado para el expendio de medicinas del Estado; otra para la preparación de equipo estéril y finalmente dos habitaciones para el médico practicante y para el técnico en salud Rural y visitantes.

Su personal consiste en: Un médico practicante en EPS, sostenido por el Estado; un Técnico en Salud Rural con plaza de reciente creación, una auxiliar de Enfermería con larga permanencia en el mismo y una empleada de servicios varios sostenida por la Municipalidad local. Además forman parte de este equipo un empleado del expendio de Medicinas, sostenido por la Municipalidad.

Su partida presupuestaria consiste únicamente en Q.150.00 invertidos en medicamentos y con duración de tres meses. La Municipalidad ofrece cierta ayuda económica eventual.

Centro de Salud de Telemán: Ocupa un edificio propio, más pequeño que el anterior con cuatro habitaciones, para la atención de los pacientes y vivienda para el Técnico en Salud Rural. Es dirigido por el médico UAMAS quien atiende a los pacientes dos o tres veces a la semana, quedando el resto a cargo casi exclusivamente de la Auxiliar en Enfermería y una Enfermera graduada, de reciente nombramiento, cuya función, al igual que el médico UAMAS es de supervisar los centros de salud de la región.

La aldea cuenta además con personal de enfermería que atien-

de particularmente. Cuenta además con dos farmacias más o menos bien surtidas donde además se presta toda clase de servicios 'médicos'.

A 30 kms. al norte de esta Aldea, se encuentra el Centro de Salud tipo "B" de Senahú que a su vez cuenta con un médico graduado, enfermera graduada, odontólogo, personal de laboratorio, unidad móvil con su piloto, oficinista, tres auxiliares de enfermería y una religiosa que se dedica también a la atención de los pacientes.

Centro de salud de Aldea La Tinta: Esta Aldea cuenta con un edificio propio, de madera destinado para centro de salud, el cual estuvo siendo atendido durante nuestra práctica por un compañero de EPS, un Técnico en Salud Rural y un auxiliar de enfermería.

Lamentablemente, por razones de organización administrativa este centro de salud se quedó sin médico a partir del 2do. semestre del año 1974. Cuenta también la aldea con una venta de medicinas y un puesto de salud sostenido por el IGSS con su respectivo auxiliar en enfermería.

La región se favorece además con la proximidad del vecino Municipio de El Estor, donde existe un centro de salud tipo "B" atendido por un médico graduado una auxiliar de enfermería.

Hospital regional y otros servicios:

Todos los centros de salud que hemos mencionado, a excepción de El Estor - dependen administrativamente de la jefatura regional No. 6 con sede en Cobán.

Existe en la Cabecera Departamental un Hospital Nacional, de larga existencia, atendido por tres médicos de planta, con un Centro de Salud tipo "A" con dos médicos, una enfermera graduada, secretaria vehículo y piloto.

Por otra parte existe un hospital privado atendido por dos médicos, y una sede de la Cruz Roja con varias unidades móviles para el traslado de los pacientes de la región. Finalmente un centro del IGSS.

Personal Médico:

Antecedentes. Situación nacional:

" " Es digno de hacer mención que, por ejemplo los médicos --según cálculos de la OMS -- debieran aparecer en una proporción alrededor de 1 x 1,000 habitantes; sin embargo a excepción Costa Rica, Nicaragua y Panamá, los demás países centroamericanos se encuentran muy a la zaga de lo deseable y necesario. " " (G. M.)

Para Guatemala tenemos que en 1964 había un médico por 4,040 habitantes. Por supuesto estos datos no nos hablan de su calidad, por un lado, ni de su distribución. Sabido es que hay áreas del territorio centroamericano en las que existe un *médico por cada 100,000 habitantes*, como en las regiones indígenas del norte de Huehuetenango y Chiché, en tanto que las urbes cuentan con una sobresaturación de profesionales en todos los campos de la ciencia (salud pública y Crecimiento demográfico).

Panzós contaba, antes de la implantación del programa de EPS con un médico graduado -el de UAMAS- para alrededor de 25000 habitantes. Con la llegada de los estudiantes de último grado la situación mejoró a un médico por 8,330 hab. que si bien no es satisfactorio, por lo menos significa mejoramiento y desarrollo.

Personal de Enfermería:

Panzós cuenta con cuatro auxiliares de Enfermería uno en cada Centro de Salud y otro en el Puesto del IGSS; ellos con la supervisión de una Enfermera graduada del equipo UAMAS, lo que hace una proporción de un auxiliar por 5,000 habitantes.

Por otra parte existen dos o tres personas dedicadas a la enfermería, con cierto adiestramiento, que atienden particularmente, algunos de ellos dedicados además a la venta de medicamentos y atención de partos.

Otro personal: Con motivo de la primera distribución de Técnicos en Salud Rural a los deptos. de Alta y Baja Verapaz y el Quiché, cada uno de los centros de salud cuenta con un Técnico, cuyas atribu

ciones en el equipo de salud *no les fueron bien definidas* por la improvisación que nos caracteriza a los guatemaltecos, pero que están tratando de integrarse y orientarse en su tarea. Su función, según nos fue manifestado por varios de ellos es la de hacer una medicina preventiva, mediante el saneamiento ambiental, planes educacionales, programas de inmunizaciones etc.

PROGRAMAS EXISTENTES EN EL AREA:

Si hemos de ser fieles a la verdad, comenzaremos aceverando - que en los Centros de salud no existían programas definidos de atención médica. Por referencias orales del personal que ha trabajado en la región, nos hemos enterado que existió un programa denominado de Unidad Piloto, realizado por un médico graduado - médico de Senahú - y personal de enfermería de los propios centros, por medio del cual se ofrecía atención a todos los pacientes que asistieran a un previo llamado, en visitas efectuadas con cierta regularidad. Tuvo poco tiempo de duración, se interrumpió sin saberse los motivos, y de todo lo actuado nunca quedó constancia, y si la hubo se extravió y a que el escaso archivo del centro consiste únicamente en libros de registros y papeletas de la campaña de vacunación anterior.

Existe, eso sí, *gran cantidad de papelería* variada para ser utilizada en los mismos, sin que se haya aplicado. Nos preguntamos en tonces qué tan efectivas serían las visitas de supervisión que se han efectuado por médicos y enfermeras hasta la fecha. Qué orientación se les ha dado al personal local sobre el uso de esos recursos?

PROGRAMA MATERNO:

En el Centro de Salud de Panzós, como ya se manifestó, existe un encamamiento utilizado casi exclusivamente para las madres embarazadas que acuden al centro para ser atendidas en sus partos. Esta atención estaba y sigue estando a cargo exclusivamente de la auxiliar de enfermería.

Volvemos a lamentar que de la atención prestada en este senti do no existen registros, como tampoco de las características de las parturientas ni del resultado del parto. Por ello, a nuestra llegada

planificamos una organización que nos permitiera llevar a cabo un programa materno-infantil adecuado. Con tal propósito estuvimos sosteniendo pláticas con las autoridades locales y enviando invitación a las comadronas no adiestradas para asistir a un somero adies tramiento. Desafortunadamente los habitantes están tan acostumbrados a resolver este problema en la forma tradicional y tienen tan ta confianza en el personal existente - a pesar de numerosos desa ciertos en este sentido - que no se pudo llevar a cabo.

No obstante, hicimos lo que estuvo a nuestro alcance atendien do a las madres de acuerdo con nuevos lineamientos y utilizando la papelería recomendada.

De esa cuenta tenemos que en Panzós se atendieron durante los meses de Marzo, Abril, Mayo y Junio las siguientes pacientes:

I. madres atendidas por mes:

	Febrero	05 +
	Marzo	22
Inscritas		
Nuevas	Abril	06
	Mayo	14
	Junio	13
	Total	60

II. Atendidas antes del 5o. mes:	15	25	o/o
Madres que acudieron a 2a. c.			
Consulta.	10	6	o/o
Madres con una sola Cons.	50	84	o/o
Embarazos operados en el Cto.	05	8.3	o/o
Número de nacimientos atendidos	10	1.6	o/o

Debe insistirse en que durante los meses del presente estudio - se atendieron aproximadamente 600 nacimientos, de los cuales al médico practicante le tocó atender únicamente 10 o sea 1.6 o/o.

Lo anterior es prueba de lo que hemos señalado; en primer lu gar que la gente no está preparada para recibir servicios médicos y menos si estos son gratuitos; por otra parte muchas mujeres aun - conservan excesivo pudor en no dejarse examinar y atender por un

hombre y finalmente ya están acostumbradas al tipo de atención que ya existe en la comunidad.

Por otra parte, también llama la atención que de las 60 madres atendidas, solamente 6 o/o acuden a una segunda consulta, cinco partos son atendidos en el centro y 10 en los domicilios.

Ante este estado de cosas, no podemos más que recordar para sancionar los datos sobre tasas de mortalidad materna, neonatal y mortinatalidad dados a conocer anteriormente puesto que existe un gran riesgo en la atención del parto y en la atención del recién nacido que viene al mundo recibido por un ambiente y personal por demás contaminado.

Las autoridades locales, especialmente el señor Alcalde comprendieron esta situación y envió personalmente una iniciativa a las comadronas de la localidad para que se adiestraran, invitación que se quedó sin respuesta, desafortunadamente.

Programas existentes en el área:

1972: Actividades en los centros de Panzós y Telemán.

1. Consulta proporcionada por el médico:

A. Atención pre y postnatal.	2,959
B. Atención Inf. y preesc.	10,926
C. Atención médica general	1,369

De acuerdo con nuestra observación personal de 6 meses de duración creemos que los datos anteriores están muy alterados y alejados de la realidad. Este es un reporte oficial de la Memoria Anual pág. 50-53 y por ello lo reproducimos.

2. Hipodermia y curaciones:

Hipodermia:	4,885
Curaciones	1,512
Suturas	128
Personas enfermas atendidas	14,010 =

= Este es otro dato que nos permitimos ponerlo en duda puesto que

las personas enfermas atendidas constituyen el 57 o/o de la población total en ese año lo cual es, a todas luces, falso.

Inmunizaciones de 1974. Panzós:

DPT	1,189 dosis
Polio	1,193 "
Sarampión	209 "
Población susceptible	2,000
Porcentaje cubierto	46 o/o

Revacunación:

DPT	1,305
Polio	261
Población cubierta	55 o/o

Comentario:

Respecto de los datos de vacunación, cuya veracidad podemos garantizar por haber planificado y participado en esta actividad vacunando personalmente y en compañía del equipo de vacunación a todos los lugares de la jurisdicción, tenemos que ser francos en afirmar que, al menos en el Municipio de Panzós no se llegó a cubrir la meta tan aparatosamente anunciada de 90 o/o de la población susceptible, o sea niños menores de 6 años.

En este resultado influyó una serie de factores unos dependientes de la población en general, otros dependientes de la promoción a nivel local, otros por falta de colaboración de las autoridades competentes.

Otra posibilidad bastante factible quizá haya sido que los datos reportados en anteriores campañas hayan estado definitivamente alterados, puesto que según referencias del personal de enfermería ya establecido, se nos expresó que se calcula igual número de atendidos esta vez que las anteriores.

Por lo tanto estamos seguros que nuestros datos son fidedignos y están basados en lo que se hizo y no en lo que se pensó hacer.

Es más, durante el Primer Seminario sobre EPS realizado en la Facultad de Medicina después de nuestra práctica, existió en consenso general de los compañeros afirmando que la tan sonada campaña de vacunación fue un rotundo fracaso, disfrazado naturalmente de una serie de datos falsos, que no hacen otra cosa que desviar y equivocar la opinión pública.

OTROS PROGRAMAS EXISTENTES EN EL AREA:

A. Campaña de erradicación de la Malaria:

En la actualidad se lleva a cabo un extraordinario esfuerzo mundial para erradicar la Malaria. Organismos internacionales como la OPS/OMS Unisef y AID han invertido varios millones de dólares en este gran esfuerzo mundial. Solamente en Centroamérica y Panamá la contribución de dichos organismos en los últimos doce años fue de más de 50 millones de dólares (folleto Fase II, U. de S. Carlos Fac. CC MM).

La Malaria en Panzós: Refieren los vecinos de edad que hace muchos años esta región era muy temida por la prevalencia de Malaria; sin embargo, actualmente y gracias a la encomiable labor de la institución SNEM se ha logrado reducirla a un mínimo aceptable.

El sector 8-1 con sede en la Cabecera Municipal de Panzós, cubre los municipios de Panzós, Senahú y Tucurú totalmente y parte de Purulhá -Baja Verapaz- El Estor - Izabal; parcialmente Tamahú, Río Hondo, Cahabón y Lanquín.

Un procedimiento de diagnóstico muy importante para esta enfermedad que utilizan en el servicio es el de las muestras hemáticas, cuya positividad da una idea clara de su epidemiología.

Muestras hemáticas:

AÑO	Muestra	Positividad	o/o
1968	10,255	413	3.9
1969	13,447	77	2.3
1970	10,545	109	1.03
1971	8,755	407	4.6
1972	4,780	360	7.5
1973	5,154	104	2.0

Las muestras hemáticas se toman a todos los habitantes que son encontrados o han estado febriles. Naturalmente esto da lugar a falsas interpretaciones puesto que existe una infinidad de factores que pueden elevar la temperatura.

El cuadro anterior muestra que la cantidad de muestras hemáticas ha disminuido a casi la mitad de las tomadas en 1968; aunque la positividad no ha disminuido en forma paralela, se observa que la tendencia es a disminuir. Se tuvo una positividad elevada en 1972 la que descendió considerablemente en el último año citado.

El jefe del sector 8-1 personalmente nos refirió una serie de obstáculos que han tenido que salvar y lo siguen haciendo para poder cumplir su ardua labor, principiando por la enorme dificultad para hacer llegar hasta remotos rincones de la región el medicamento y el insecticida adecuados, hasta la incompreensión, nacida de la ignorancia de los vecinos abandonados, que se resisten a que les apliquen el rociamiento, ante el temor de que fallezcan numerosos animales domésticos especialmente gatos, sin olvidar que algunas veces el medicamento oral da ciertas reacciones de intolerancia o tolerancia limitada, razón por la cual muchas personas definitivamente renuncian a él.

Otro obstáculo que nos fue referido consiste en que muchas personas se automedican o recurren a la farmacia o venta de medicinas, donde les indican tratamiento sintomático, mal llevado, con el cual aparentemente curan de la enfermedad, obstaculizando así no sólo el seguimiento de los casos sino la detección de nuevos.

Sea como sea, lo cierto es que desde su fundación, el Sector 8-1 de malaria ha realizado una encomiable labor no sólo en su ramo sino como fiel colaborador en todas las campañas que se realizan dentro del campo de la Salud Pública.

CONCLUSIONES

- I. Panzós cuenta con una población total suficientemente grande para contar con mejores condiciones de servicios de salud.
- II. En la población agrupada por grupos etarios se observa que el 44.6 o/o de la misma corresponde a menores de 15 años o sea población inactiva en su mayoría.
- III. La densidad de población presenta un aumento de 5 habitantes por km. cuadrado en lapso de 10 años.
- IV. El grupo poblacional más susceptible en morbilidad está comprendido entre las edades de 1 a 5 años, de acuerdo con los registros de consulta externa del Centro.
- V. La información estadística que proporciona la dependencia correspondiente no siempre es reflejo de la realidad, de acuerdo con el censo del sector de Malaria.
- VI. Entre los habitantes de la región prevalecen muchos hábitos y costumbres negativos, que influyen desfavorablemente en la propagación de las enfermedades.
- VII. La morbilidad y mortalidad de la región es debida fundamentalmente a causas infecciosas, relacionadas con práctica de malos hábitos higiénicos, lo cual los hace prevenibles y evitables.
- VIII. La morbimortalidad por enfermedades de origen probablemente viral - gripe etc. - cobra, en la región un importante grupo poblacional.
- IX. La mortalidad del grupo materno, consignada en el registro civil local, dista mucho de la realidad, de acuerdo con nuestra observación sobre la atención de este importante grupo poblacional.

- X. Entre los factores condicionantes y determinantes la educación juega importantísimo papel en la política de salud, razón por la que debía incrementarse y orientarse hacia la salud.
- XI. La cantidad de analfabetos: 77.6 o/o reportada por la Supervisión del ramo, está en desacuerdo con la realidad. Creemos que es más elevada.
- XII. La producción agrícola de la región es verdaderamente importante para la economía del país especialmente en lo que corresponde a los granos básicos, por lo que debía incrementarse.
- XIII. Las condiciones habitacionales son precarias en la mayoría de las viviendas y constituye un atentado para la salud de sus moradores.
- XIV. La población materna gestante que acude al Centro de salud es alarmantemente pequeña en comparación a la atendida por comadrona, por lo que es urgente proporcionar un adecuado adiestramiento a las comadronas de la localidad.
- XV. Los resultados de la tan anunciada campaña de vacunación fueron muy inferiores a lo que se esperaba, por lo que debían de investigarse las causas de este fracaso.
- XVI. En Centroamérica, Guatemala y Honduras cuentan con las más altas tasas de mortalidad general en tanto que Costa Rica cuenta con la menor.
- XVII. La relación numérica médico-paciente en Guatemala es alarmante: 2.2 x 1,000 habitantes, en tanto que en Argentina tiene 20 médicos más por igual número de pacientes.
- XVIII. Durante toda la práctica pudimos sentir la falta de adecuada y oportuna supervisión por parte de las autoridades de la Facultad y del Ministerio, no obstante que existen personas nombradas para el efecto.

- XIX. Es urgente poner en práctica, a corto plazo, programas de Saneamiento ambiental, educación sanitaria, complementación alimenticia.
- XX. Deben definirse claramente las funciones del EPS, con relación al Técnico en S. R y auxiliar de enfermería a efecto de evitar fricciones e interferencias.

RECOMENDACIONES

1. Recomendamos en primer lugar continuar con la investigación de campo que se inicia con el presente trabajo, a fin de resolver muchas incógnitas que hemos señalado y superar las fallas que hemos encontrado durante el mismo.
2. Recomendamos efectuar una revisión sobre las cifras poblacionales a efecto de encontrar con el motivo de la discrepancia que hemos señalado.
3. Recomendamos a las autoridades del registro civil consignar el motivo de defunción con entidades patológicas definidas. En lo posible referirlos al médico local.
4. Recomendamos aprovechar el equipo de salud existente en la comunidad para efectuar campañas de educación sanitaria y saneamiento ambiental.
5. Recomendamos a las autoridades de Salud Pública incrementar el presupuesto económico para cada centro de salud y obtener nuevos recursos tomando en cuenta la creciente demanda de sus servicios.
6. Recomendamos a las autoridades municipales designar cierto presupuesto para cubrir las necesidades urgentes de los centros de salud, o por lo menos buscar la manera de adquirir fondos para el efecto.
7. Recomendamos a nuestra Facultad de Medicina y a Salud Pública mejorar la supervisión y asesoramiento en los centros, a fin de poder ofrecer un mejor servicio a la comunidad.
8. Recomendamos a la Sección Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública estudiar las causas de la poca afluencia de ese grupo al centro de Salud e inmediatamente poner en marcha un adiestramiento en la localidad para disminuir el riesgo que se corre.

9. Recomendamos a nuestras autoridades de Salud Pública crear incentivos para que médicos jóvenes sean atraídos hacia esos lugares abandonados y sin esperanza.
10. Recomendamos supervisar y dinamizar las actividades de los Técnicos en Salud Rural para que cumplan los objetivos para los que fueron formados.

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar Stackman, Humberto. *Proyecciones nacionales de un programa de salud pública integral*. Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de ciencias médicas. 1959 10-25 p.
2. Dubos, René. *El hombre y su ambiente*. Washington OPS, 1966 pp. 7-10 (Publicación Científica No. 131).
3. Escuela Facultativa de Ciencias Económicas de Occidente y Comité Interamericano de Desarrollo Agrícola. *Tenencia de la tierra y desarrollo socio-económico del Sector Agrícola en Guatemala*. Guatemala, Imprenta Universitaria, 1971. pp. 395 (Colección Realidad Nuestra, 2)
4. Gehler Mata, Carlos. *Análisis y consideraciones sobre problemas sanitarios en Guatemala; sus posibles soluciones*. Guatemala. Editorial José de Pineda Ibarra, 1966. pp. 13 a 89.
5. Gehler Mata, Carlos y Carlos Orellana. *Salud Pública y crecimiento demográfico en Centroamérica*. 2a. edición. Colección Monografías diagnósticas. Icape. Vol. 2, - 1968. Págs. 28-50.
6. Guerra Borges, Alfredo. *Geografía Económica de Guatemala*. Guatemala, Imprenta Universitaria, 1969. pp. (Colección Editorial Universitaria, 58).
7. Guatemala. Dirección General de Estadística. *Censo de Población 8o. y 3o. de Habitación*. Marzo de 1973. pp. 22-30.
8. Guatemala. Dirección General de Estadística. *Anuario Estadístico*. 1971. Ed. 1973. pp. 33-72.
9. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y A. S. Unidad de Pla

nificación y Estadística. *Memoria Anual* 1972. p. 42.

10. Guatemala. Dirección General de recursos renovables. *Observatorio Nacional*. Boletines del año 1973-74 Época III. pp. 7 - 20 y varias.
11. Morales Urrutia, Mateo. *La División Política y Administrativa de la República de Guatemala*. Editorial Iberia—Guatemala. 1961. Tomo 1/pág. 23.
12. Ochaeta B, Angel Julián. *Monografía del Departamento de Alta Verapaz*. Monografía. Seminario No. 9 sobre aspectos de la Educación Nacional. Promoción Bodas de Plata. 1965-70 pp. 30-40.
13. Organización Mundial de la Salud. OMS/OPS. *Recursos Médicos*. Hechos que revelan progreso en Salud. Revista No. 166. 1968.
14. Organización Mundial de la Salud. OMS/OPS. *Recursos del personal de Salud*. Revista No. 227, 1971. pp. 47.
15. Piedra Santa Arandi, Rafael. *Introducción a los problemas económicos de Guatemala*. Guatemala. Centro de Producción de materiales, 1971. pp. 210 (Colección Aulla, 2).
16. Poitevin Paz, Rodolfo G. República de Guatemala, Departamento de Alta Verapaz. *Población Calculada Año 1972-1980*. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Planificación y Estadística. pp. 213, 42.
17. Noval, Joaquín. *Resumen Etnográfico de Guatemala*. Guatemala. Editorial Universitaria. 1967. pp. 160. (Colección Estudios Universitarios, 8).

Vo. Bo.
Aura E. Singer
Bibliotecaria

APENDICE

I. CENSO FAMILIAR:

Centro de salud. Panzós, A. V.

A. Datos generales:

Apellidos de la familia _____ Comunidad _____
Aldea _____ Religión _____ Informante _____
Estado Civil _____ Fecha _____ Encuestador _____

B. Composición de la Familia:

Nombres y apellidos _____ Sexo: M _____ F _____
Edad: M. Añ. Relación Familiar _____
Escolaridad _____ Ocupación _____ Gr. Etnico _____

C. VIVIENDA:

Tenencia de la VIVIENDA _____ Prestada - Alquilada
Propia _____
Comodidades: Radio _____ Refrigerador _____
Estufa _____ Televisor _____
Ventilador _____
No. de Cuartos: _____ No. de dormitorios _____
Cocina separada: _____ Con poyo _____ Sin poyo _____
No separada: _____ Con poyo _____ Sin poyo _____
Tipo de vivienda: Rancho _____ Formal _____
Piso: Tierra _____ Madera _____ Ladrillo _____
Paredes: adobe _____ Madera _____ Bajareque _____
lámina _____
Inst. sanitaria: Ausente _____ Letrina _____ Inodoro _____
Desagüe: A flor de tierra _____ pozo ciego _____ Alcantarillado _____

Disposición de basura:

La tiran _____ la queman _____

La entierran para abono _____

Techos: Manaca _____ lámina _____ Teja _____ Terraza _____

Ventilación: Buena _____ Mala _____

Iluminación: Buena _____ Mala _____

Agua: Río _____ pozo público _____ pozo privado _____

red pública _____ Red Intradomiciliaria _____

Transporte: Bestia _____ Bicicleta _____ Moto _____ Carro _____

Tenencia de la tierra:

Propia _____ Prestada _____ Arrendada _____

Extensión de las tierras: _____

D. PRODUCCION:

	Cant.	venta	consumo	ext.	Cult.
Maíz					
Frijol					
Arroz					
Otros					

CLASE DE ANIMALES:

	Cant.	Total	Venta:
Bovinos			
Porcinos			
Equinos			
Aviar			
Otros			

E. OBSERVACIONES: _____

José Vicente Leiva
José Vicente Leiva Girón

Dr. Enrique Napoleón Díaz A.
Dr. Enrique Napoleón Díaz A.
 Asesor

J. Palma
Dr. Jorge Palma Moya
 Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Dr. Julio de León Méndez
 Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Dr. Mariano Guerrero Rojas
 Secretario General

Dr. Carlos Armando Soto Gómez
Dr. Carlos Armando Soto Gómez
 Decano