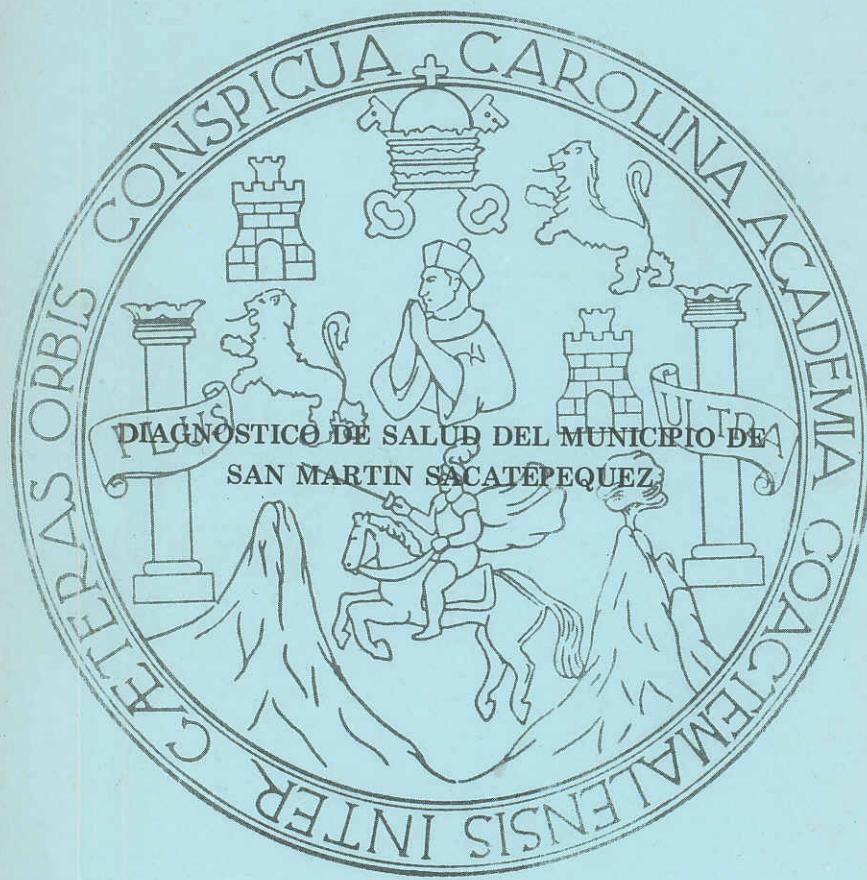


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



EDGAR HUMBERTO MOLINA CAJAS

Guatemala, Abril de 1,975

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. MATERIAL Y METODOS
- IV. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS:

1. DATOS GENERALES:

- a. Descripción del área
- b. Historia y costumbres
- c. Población

GRAFICA No. I: PIRAMIDE DE POBLACION POR GRUPO ETARIO.

2. FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES:

- a. Educación
- b. Economía
- c. El medio
- d. Vivienda

3. LOS DAÑOS:

- a. Morbilidad, nivel y estructura por edades y causas.

GRAFICA No. 2: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD: POR GRUPO ETARIO.

- b. Morbilidad por DPC.

c. Causas de morbilidad mas frecuentes

GRAFICA No. 3: CAUSAS DE MORBILIDAD

d. Mortalidad: infantil, neonatal, post-neonatal. Causas. Otros.

GRAFICA No. 3: MORTALIDAD POR GRUPOS ETARIOS

4. POLITICA DE SALUD

a. Descripción

b. Recursos

c. No. de camas para hospitalización.

Presupuesto general y por renglones.

Programas existentes en el área.

d. Administración.

V. INTERPRETACION

VI. DISCUSION

VII. RECOMENDACIONES

VIII. BIBLIOGRAFIA

I INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación sobre el Diagnóstico de Salud del municipio de San Martín Sacatepéquez, - del Departamento de Quezaltenango, fue realizado como parte del programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural, por la necesidad existente de tener una información real de la situación de salud del municipio, en vista de que se carece, tanto a nivel local como nacional, de una información correcta, actualizada e investigación científica de los principales problemas de salud del área que conforma el municipio de San Martín Sacatepéquez, condicionada por su dinámica y marco nacional de sub-desarrollo socioeconómico, investigación que además servirá para que en el futuro se pueda partir, tomando este documento como base, para acciones de salud que se quiera llevar a cabo en dicho Municipio.

Es además una forma de proyectar al nuevo profesional de la medicina hacia las comunidades rurales y pueda llegar así, a tener un mejor conocimiento de la problemática de salud que aqueja al guatemalteco.

Contiene este trabajo además, información sobre la situación económica, cultural y social en que viven los habitantes del municipio.

Creo que con esta nueva ideología ha iniciado la Facultad de Medicina una serie de condiciones beneficiosas para nuestra comunidad, cuyos resultados se verán en un plazo no determinado en vista que las condiciones de cambio - con que cuenta nuestra Universidad son pocas, sin embargo creo que el esfuerzo que se está realizando sería más provechoso si se interrelacionaran con los recursos del gobierno y más específicamente, con el Ministerio de Salud Pública, que es lo que se ha venido tratando de hacer, pero en la práctica por razones de organización esto no ha pasado de ser letra muerta.

II OBJETIVOS

GENERALES:

1. Contribuir a aumentar y completar en forma veraz, la información existente, a fin de contar con elementos de juicio para el diagnóstico de la situación de salud del municipio y establecer proposiciones de cambio.
2. Contribuir a que las autoridades de Salud Pública conozcan en forma real y completa la situación de las comunidades guatemaltecas, a fin de que establezcan programas de salud que se ajusten a las necesidades de cada comunidad.
3. Servir como punto de partida para nuevas investigaciones que se lleven a cabo en este municipio.

ESPECIFICOS:

1. Establecer proposiciones de cambio tendientes a mejorar la situación de salud de los habitantes del municipio.
2. Informar con hechos reales la pésima asistencia sanitaria y el abandono por parte de salud pública en que vive el campesino Guatemalteco.
3. Contribuir con la facultad de Medicina, las enfermedades que prevalecen en nuestro medio para la formación de nuevos profesionales.
4. Hacer conciencia en el estudiante universitario, de que es imperioso que la universidad se proyecte más hacia el área rural para ayudar a solventar en alguna medida los problemas del medio.

III MATERIAL Y METODOS

1. Humano:

- a. Un estudiante del último año de Medicina.
- b. Auxiliar de enfermería del centro de Salud de San Martín Sacatepéquez.
- c. Un médico supervisor de la Facultad de Medicina.
- d. Un médico de U.A.M.A.S.

2. Fuentes de Información:

- a. Libro de control de consultas y fichas clínicas del puesto de Salud.
- b. Registro Civil: libro de nacimientos y defunciones.
- c. Dirección General de Estadística: Censos de 1964.
Resultados preliminares del Censo de 1973.
- d. Registros escolares. Escuelas de San Martín.
- e. Diccionario Biográfico de Guatemala.
- f. Publicaciones del Profesor Mamfredo de León.
- g. Libro Biografía de un pueblo: Julio César de la Roca.
- h. Libro Álbum Gráfico.
- i. Observación directa.
- j. Entrevistas informales con personas de la comunidad.

IV ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

DATOS GENERALES:

Descripción del Área: El municipio de San Martín Sacatepéquez tiene una extensión territorial de 100 kms. cuadrados. A una altura de 2490 mts. sobre el nivel del mar. Latitud: $14^{\circ}49'22''$. Longitud: $91^{\circ}38'32''$. Se encuentra a 19 Kms. de la cabecera departamental de Quezaltenango. Su clima es frío y nublado en la parte más alta, y templado y cálido en las partes más bajas de su territorio. Presenta únicamente dos estaciones en el año: Verano (época seca), e invierno (época de lluvia) siendo el mes de septiembre en el que mas llueve.

Está limitado al norte: por los municipios de Concepción Chiquirichapa y Palestina de los Altos (Que). Al sur: Por los municipios de Colombia Costa Cuca (Que) y el Palmar (Que). Al este: por el municipio de Concepción Chiquirichapa (Que) y la cabecera departamental de Quezaltenango. Al oeste: por el municipio de Colombia Costa Cuca (Que) y San Antonio Sacatepéquez (San Marcos).

Sobre la ruta departamental de Quezaltenango No. 3. San Martín Sacatepéquez está aproximadamente a 25 Kms. al norte de Colombia y unos 5 Kms. al sur-oeste de Concepción Chiquirichapa. El municipio cuenta también con rutas y veredas que unen a sus poblados entre si y con los municipios vecinos. Está comunicado con la cabecera departamental por carretera de terracería y asfalto, dista de ésta 19 Kms., pudiendo llegar a él, por el municipio de San Juan Ostuncalco o bien desviándose por la aldea Duraznales jurisdicción del municipio de Concepción Chiquirichapa, por la carretera que conduce al municipio de Colombia.

Conocido anteriormente como San Martín Chileverde, la principal riqueza del municipio es su agricultura; dedicándose principalmente al cultivo de Maíz, frijol, papa, haba, café y caña de azúcar, y en sus partes más bajas especialmente al cultivo del café. Como pequeña industria podemos mencionar la elaboración de canastos de mimbre.

De terreno sumamente quebrado, contando en su jurisdicción con los volcanes: Siete Orejas y Chicabal, estando en el crater de éste último la laguna de Chicabal, donde los indígenas de los municipios vecinos llegan a verificar sus ritos paganos. Siendo la fiesta religiosa y patronal del 7 al 12 de noviembre.

Cuenta el municipio de San Martín Sacatepéquez con 1 pueblo 8 aldeas y 15 caseríos.

La cabecera con categoría de pueblo, tiene el caserío Tuijopatzán.

Las aldeas son:

1. SAN MARTIN CHIQUITO. Caseríos:

Toj - mech
Toj - comán
Cumbre de Tuilacán
Tupic
Xelacán
Las nubes.

2. EL RINCON. Caseríos:

Los Cubos
El Rinconcito
El Almorzadero

3. TOJ - COM. Caseríos:

Santa Inés
Tuigutz
Tuichim

4. SANTA ANA. Caserío:

Santa Anita

5. TOJALIC. Caserío:

Estancia

6. TUILACAN.

7. TUININHUITZ.

8. CHICABAL.

Caserío. (Paraje): Estación Castillo.

Sitio Arqueológico: EL RINCON.

ACCIDENTES OROGRAFICOS:

Cerro: Tuitjalaj
Cerro: Tuitzcanel
Volcán: Siete Orejas
Volcán: Chicabal.

ACCIDENTES HIDROGRAFICOS:

RIOS: Talaanc
Mujuliá
Colón

Dolores
De la sesión
Ocosito
Nil
Nimá
El Armado
Cublachej.

LAGUNA: Chicabal

RIACHUELOS: Tojsobon
Tojcom
Tucabilquiej
Lenchijol
Talxucuche
Tuijlac.

HISTORIA Y COSTUMBRES

Desarrollo histórico:

Este municipio fué conocido en la antiguedad como San Martín Chile Verde, pues antiguamente estaba cultivado de chile en alguna extensión. Fué en su inicio un pequeño grupo de casas aisladas, manufacturadas al estilo antiguo, que poco a poco fue creciendo, congregándose un pequeño grupo de casas en la cabecera municipal y un gran resto continúa siendo rural.

La municipalidad de aquel lugar sostiene que en 1840 ya existían en el lugar las partes vitales para considerarlo como un municipio organizado. Así mismo sostiene que el pueblo fué destruido casi en su totalidad por la erupción volcánica del volcán Santa María, en el año 1902 y posteriormente se dedicaron a la reorganización del municipio. El

crecimiento en realidad ha sido muy lento, debido a que la gran mayoría de sus habitantes se dedican a la agricultura, viviendo éstos en el lugar en que tienen sus cultivos, siendo por lo tanto eminentemente rural. Hay además otro factor concomitante: Sus habitantes son colonos, y en buena parte del año emigran hacia zonas donde se necesita mano de obra, como son las costas del Sur, en donde llegan en cuadrigas y se dedican al corte del café, algodón, etc.

Vestuario:

El vestuario es típico de los habitantes de la región y a pesar de los años continúa siendo invariable. Consiste en un gabán negro, con la cabeza cubierta con un lienzo rojo esquinado para la espalda, se ciñen una banda roja ancha en la cintura con las puntas colgantes hasta los tobillos y ramados con dibujos de seda en la parte delantera. El gabán deja ver la ropa interior o capixay, como ellos lo llaman, que es de género blanco, rayado de rojo con picos bordados de seda en la orilla.

Religión y Costumbres:

San Martín Sacatepéquez es una población influenciada por creencias Mames. Su fe en la brujería la convierte en una auténtica religión pagana, a tal grado que nacionalmente está considerado el lugar como meca de la brujería en su más alto grado. El lugar es considerado sagrado y en sus límites, la capacidad mágica del Tzajorín adquiere dimensiones etéreas dentro de ese creer y ese pensar primitivo.

Es indudable que el templo principal está ubicado en los contornos de la laguna de Chicabal, a donde llegan comisiones oficiales de brujos, hechiceros, curanderos, frijoleros, tzajorines o chimanés de otros lugares de nuestro país

ha hacer sus prácticas religiosas.

El profesor De León, en su diccionario geográfico de Guatemala hace mención que existe la laguna de Chicabal, donde los indígenas de municipios vecinos llegan a realizar sus ritos paganos.

La pintoresca laguna de Chicabal, colocada en el cráter de un volcán apagado, siendo sus aguas muy frías, transparente y tranquilas y a sus orillas los indígenas de Cajolá, San Martín, Huitán, Concepción, Momostenango, llegan a realizar sus ceremonias y ritos paganos, pero de alto significado bajo el punto de vista histórico y filosófico. Esto nos da a conocer algo de la Teología de nuestros indígenas, que ven en esta bella laguna un lugar sagrado, donde elevan sus oraciones al creador de los mundos.

Acompañados de tambores, tun y chirimilla, los brujos queman copal sobre piedra, donde hay cruces de madera, quemar cohete, sacrifican un gallo cortándole la cabeza y derramando la sangre sobre el fuego en el momento de elevar sus oraciones y conjuros, procediendo luego a cocer el cuerpo del ave y a comérselo como un manjar sagrado.

Por relatos orales y observaciones personales, hemos podido comprobar que allende a las fronteras de Quezaltenango, se organizan peregrinaciones indígenas de otras poblaciones lejanas y dialécticos diferentes, que llegan a la medida del culto pagano. Grupos de indígenas acuden a diferentes fechas a orar con la más profunda fe y entusiasmo. Lenguas de humo gris hacen espirales caprichosas en el aire y con ellas las plegarias y los ruegos, exigencias y pedidos, encargos y encomiendas acompañados con el rito, a veces preciso y exacto, pero siempre ceremonial y serio.

Además de esto se celebra una fiesta el Jueves de Ascension en dicha laguna, que es visitada por Turistas y las

personas del pueblo, así también personas de pueblos vecinos, especialmente los brujos, ha realizar sus ritos.

Estos ritos consisten: Quemar copal, con y candelas, esto lo hacen con el fin de rogar a Dios por sus bendiciones y el aguacero, principalmente por las siembras que tienen.

El brujo se arrodilla ante la cruz, con el interesado que lleva todo el material que se necesita, lo persina con las candelas y el copal envuelto en una servilleta limpia, y después las enciende, orando siempre en lengua Mam.

La brujería es enseñada a los futuros chimanes, esto es durante un año: antes de recibirse debe practicar durante nueve días en diferente lugar y hacen fiesta estos nueve días, invitando a familiares y amigos. El lugar donde realizan sus oraciones se compone de piedras y cruces de madera, llamado esto: Guizileptzes, estos sirven de intermediarios ante Dios, para que se realicen los milagros.

Según el número de cruces, es el número de clientes que tiene cada Chimán siendo este el protector de la familia, y si es posible durante toda la vida. Recurren a él, por enfermedades, pobreza, negocios, etc.

En cada familia el brujo persigna a todos, en un día especial de cada año, esto es para pedir salud durante todo el año. Hacen una velación y una cena, la cual sirven a las cuatro de la mañana.

Sirven la mesa y el brujo bendice la comida, y todos lo escuchan con gran respeto.

El patrón del pueblo es San Martín Obispo, celebrándose la fiesta titular del 8 al 12 de Noviembre: organizándose para la celebración de la misma cofradía, que tienen

a su cargo atribuciones específicas dentro de las festividades religiosas. Cada cofradía está dirigida por un cofrade que son los encargados de organizar las misas. El que recibe paga una misa el día que lo hace y el que entrega paga la misa el día anterior. Los cofrades antiguos se reunen para buscar al cofrade del próximo año, éstos para la elección se basan en la situación económica del elegido.

Costumbre del matrimonio:

Los padres del muchacho buscan a la nuera, seleccionan a tres muchachas y visitan a un chimán para averiguar, cual de las tres le conviene al hijo. Cuando el chimán le avisa a los padres del muchacho, quién salió seleccionada, estos le piden que averigue si es sana y sin ningún compromiso. Al saber todo lo relacionado con la muchacha, entonces los padres van a pedirla, pero antes, visitan a dos o tres chimaneras para saber si están de acuerdo.

Para la pedida, que siempre la realizan entre 7 y 8 de la noche, van los padres del muchacho, el hijo, el chimán de la familia y otro hombre que reparte aguardiente y cigarros.

Lo primero que hacen las personas que llegan es encender una candela de cebo, cerca de donde se sientan los padres de la joven: se ponen a platicar durante algún tiempo sobre las intenciones del hijo y hacer resaltar las cualidades del novio. La madre de la muchacha recoje la candela y la coloca cerca del fuego; la creencia de ellos es que si esto no lo hacen, entonces su hija puede morirse.

Después de la charla reparten una copa como regalo.

Esta pedida la efectúan dos o tres veces, haciendo lo mismo en cada una de ellas y llevando cada vez un galón de

aguardiente, un paquete de cigarros y medio de puros, éste es un regalo que les llevan.

Antes de responder los padres de la muchacha, visitan al chimán de la familia para saber si le conviene a la hija, si éste dice que sí, entonces a la segunda o tercera pedida, la dan.

Cuando ya han hecho el trato, la familia del novio deja un quetzal envuelto en un pañuelo, que según ellos es por la hablada.

El galón de licor, los cigarros y los puros que han dejado, al siguiente día los reparten entre los vecinos y familiares, anunciando que la hija ya a sido pedida.

Este mismo día muy temprano, los padres del novio mandan un jarro de atole de maíz con súchile y otros dos octavos de licor a los padres de la muchacha, devolviendo éstos el pañuelo.

A los tres días se reunen otra vez para saber la fecha del casamiento, que en la mayoría de casos es a las cuatro o seis semanas de la pedida.

Fijada la fecha, un día antes comienzan a organizar la fiesta, tanto en la casa del muchacho como en la de la novia, estos invitan a sus vecinos y familiares.

Los hombres de los invitados, se sientan alrededor de una gran mesa, charlando durante toda la noche y dos muchachos reparten una copa de licor, y otro un cigarro ya encendido con una candela que lleva el mismo; repitiendo esto varias veces durante toda la noche.

Las mujeres se encuentran preparando una gran comida, que reparten a las cuatro de la mañana.

Después de que todos desayunan, mandan a una persona a la casa de la patoja para saber si ya se encuentran listos para la ceremonia final. Todos los invitados se dirigen a la casa de la novia, encabezando el grupo el Chiman, y le llevan de regalo: 6 tinajas de atole, de maíz, un pavo, media libra de chile, una libra de sal, dos galones de licor, un paquete de cigarros y uno de puros. Todo esto lo van entregando delante del padre de la novia; aquí entregarán 10 quetzales por la crianza de la novia, Q.1.00 por la entrada. Luego los novios se arrodillan delante de los padres de la novia y éstos les principian a dar consejos, tales como: Que se porten bien, que el novio trate bien a su hija, que ésta le obedezca, etc.

Después de ésta ceremonia, los padres de la novia entregarán al novio: Un gallo ya preparado para comerlo en su casa y repartirlo entre su familia, una escudilla de carne de carnero y tortillas. Posteriormente reparten todo lo que llevaban, conviven un rato y después llevan a la novia a la casa del novio, terminándose ahí la fiesta.

Al siguiente día los novios van a visitar a los padres de la novia, llevando una olla de carne, tamales y 1/3 de leña, ésto lo siguen llevando todos los domingos durante un año.

En la actualidad ha variado un poco, pues el hombre busca a la mujer que le conviene, sin consultarla con los padres y a veces se van huéspedes sin pedirlas.

Si llegara a disolverse el matrimonio, según la tradición: estos tienen que devolver el dinero, pero únicamente si sucede dentro de los dos o tres primeros meses siguientes al matrimonio.

Por orden del chiman a los niños se les debe bautizar entre los 3 y 6 meses de edad.

Antiguamente era frecuente observar entre los esposos que se arañaban la cara como un signo de cariño, y sino eran esposos, servía para que los otros supieran que ya estaba comprometida.

Cofradías:

La mayoría de indígenas son católicos, y para festejar el aniversario de un nacimiento, en la cada de algunos de algunos de los cofrades, adornan y se preparan para celebrar lo. Si lo que celebran es el día de algún santo, lo reciben con bombas, rabel, banda y en algunos casos alguna marimba sencilla: a los invitados les reparten batido, y caldo de carne. Cada cofrade se distingue por tener un escudo de plata muy antiguo.

El Primer niño:

Cuando el niño tiene ya quince días de edad es bautizado, los padres buscan a las personas de mayor confianza para sus compadres, quienes llevan un ramo de claveles rojos, ciprés y azucenas envueltas en una servilleta. La persona escogida, al recibir las flores queda comprometida a bautizar al niño; ese día le llevan un jarro de batido.

POBLACION:

	URBANO	RURAL	TOTAL
HOMBRES	851	4913	5044
MUJERES	817	4126	4943
TOTAL	1668	8319	9987

Fuente: Población estimada para 1,974. Dirección General de Estadística.

Como se puede notar en el cuadro anterior, el mayor porcentaje de la población (83.3%) vive en el área rural. Se puede observar también que no hay predominio absoluto de ninguno de los dos sexos, pues el 50.47% corresponde al sexo masculino y el 49.54% al femenino.

TASAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD

Durante el año de 1,973, hubo un total de 438 nacidos vivos, con una población estimada de 9690 habitantes. La tasa de natalidad es de 45.2 por 1,000 habitantes.

Durante el mismo año hubo en San Martín Sacatepéquez un total de 234 muertes; la tasa de mortalidad es de 24.14% por 1,000 habitantes.

El crecimiento vegetativo de la población es de 2.1% en dicho Municipio.

DENSIDAD DE POBLACION

En la Dirección General de Estadística no hay aún datos sobre la población real de San Martín Sacatepéquez para 1,973, hay únicamente población estimada que es de 9,690 habitantes, con una extensión de 100 Km² nos da una densidad de población estimada de 96.9 Hab. por Km².

2. FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES

EDUCACION:

En el Municipio de San Martín Sacatepéquez hay un total de 17 escuelas, seis de estas son estatales: 1 urbana y 5 rurales; 11 son rurales privadas, ubicadas en fincas particulares.

Población escolar inscrita: año 1,973 (urbana)
1er. año: 383 2do. año: 152 3er. año: 58 4to. año: 52
5to. año: 15 6to. año: 3 Castellanización: 55

MUNICIPIO DE SAN MARTIN SACATEPEQUEZ

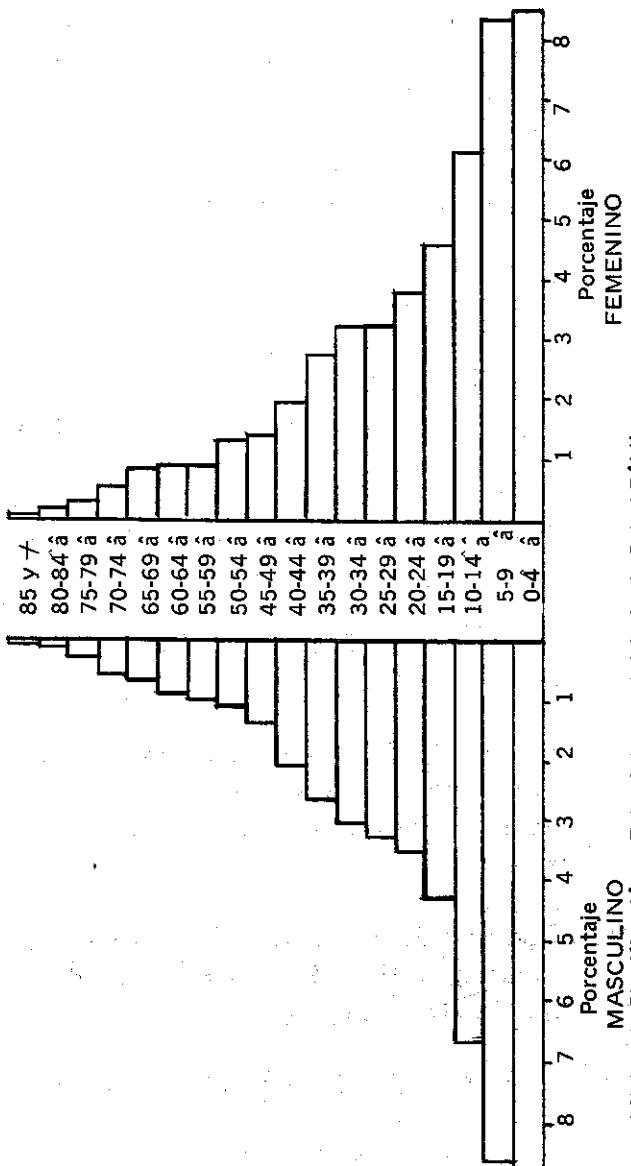
POBLACION ESTIMADA PARA 1,973

GRUPOS DE EDAD	H O M B R E S			M U J E R E S			T O T A L		
	URBANO	RURAL	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL
0 - 4 años	143	728	871	136	705	841	279	1,433	1,712
5 - 9 "	138	715	853	192	692	824	270	1,407	1,677
10 - 14 "	108	548	656	96	497	593	204	1,045	1,249
15 - 19 "	82	337	419	73	375	448	155	712	867
20 - 24 "	58	283	341	65	305	370	123	588	711
25 - 29 "	52	272	324	54	260	314	106	532	638
30 - 34 "	50	257	307	52	217	319	102	524	626
35 - 39 "	43	222	265	43	226	269	86	448	534
40 - 44 "	35	177	212	32	161	193	67	338	405
45 - 49 "	25	120	145	23	113	136	48	233	281
50 - 54 "	20	93	113	22	107	129	42	200	242
55 - 59 "	18	85	103	17	78	95	35	163	198
60 - 64 "	16	80	96	15	75	90	31	155	186
65 - 69 "	13	64	77	13	66	79	26	130	156
70 - 74 "	11	53	64	10	48	58	21	101	122
75 - 79 "	5	21	26	4	15	19	9	36	45
80 - 84 "	3	8	11	2	10	12	5	18	23
85 y más	1	7	8	1	9	10	2	16	18
TOTAL	821	4,070	4,891	790	4,009	4,799	1,611	8,079	9,690

Fuente: Dirección General de Estadística.

GRAFICA No. 1

**PIRAMIDE DE POBLACION. MUNICIPIO SAN MARTIN
SACATEPEQUEZ. POBLACION ESTIMADA: 1,973**



FUENTE: Oficina de Planificación y Estadística. Ministerio de Salud Pública.

b. ECONOMIA AGRICOLA:

Cada familia posee aproximadamente 2 cuerdas de terreno (propiedad de bienes de producción); las tierras casi en su totalidad son propiedad del indígena, siendo pocas las personas no - indígenas que la poseen. La composición de las fuerzas de trabajo es completamente manual, ya que no se utiliza ninguna clase de maquinaria agrícola.

Producción:

Maíz:	35000 quintales. (extensión no específica).
Café:	10000 quintales. 25 caballerías
Papa:	4000 quintales. 1000 cuerdas.
Trigo:	400 quintales. 1000 cuerdas.
Habas:	300 quintales. (extensión no específica).
Frijol:	100 quintales. 300 cuerdas.

Producción pecuaria: En el municipio no hay producción pecuaria, el existente es destinado al consumo de los pobladores.

Producción Artesanal: La principal artesanía la constituye - la fabricación de canastos de mimbre, teniendo mercado de venta en los municipios cercanos y principalmente Quezaltenango.

Consumo de Alimentos: El alimento fundamental es la papa, el maíz, y el café. Dependiendo del nivel económico: carne, leche y huevos.

c. EL MEDIO: FUENTES DE AGUA

Existe en el pueblo un servicio de agua potable, eficiente, porque es conducida por cañería de la reposadera, llamada la ciénaga, llevando el agua a Toj-com, San Martín Chiquito, abasteciendo a sus habitantes, de los cuales

aproximadamente solo el 20% poseen agua intradomiciliar. El resto adquiere agua de chorros públicos.

Actualmente San Martín Sacatepéquez cuenta desde el punto de vista salud con un Centro de Salud, un médico EPS., una enfermera auxiliar. En el ramo de educación cuenta con 1 escuela urbana mixta, 5 rurales mixtas (del estado) y 11 escuelas rurales mixtas privadas (fincas particulares).

Tiene también algunos adelantos técnicos como teléfono para comunicarse a municipios vecinos y al resto del país, este teléfono está instalado en una pequeña oficina de correos ubicada en la municipalidad. Tiene también alumbrado eléctrico. Así mismo es importante mencionar que por el pueblo pasan camionetas de transporte extraurbano que van hacia la vecina zona costera.

Por ser un pueblo muy pequeño, con un nivel bajo de cultura y un alto porcentaje de analfabetismo no cuenta con biblioteca, teatro, cine, mercado etc...

EXCRETAS:

Unicamente el 25% de los habitantes del municipio poseen letrinas, de éstas el 15% son sanitarias y el resto insanitarias (datos obtenidos de la oficina de Desarrollo de la Comunidad ubicada en Ostuncalco).

VIVIENDA:

El municipio posee en el área urbana, aproximadamente con 1458 casas. El 95% son de adobe (las paredes) y con piso de tierra, el cielo es de cartón en el 54%; el 90% tiene techos de pajón y el otro 10% es de teja.

No hay datos en cuanto al número de viviendas en el área rural, pero en su mayoría son de adobe, con piso de tierra, cielo de cartón y techos de pajón.

3. LOS DAÑOS

A.- Morbilidad, nivel y estructura por edades y causas.

A.I Morbilidad por desnutrición:

Sin especificar grado en los 3 meses de trabajo tuve únicamente 7 consultas cuya consulta principal fue por desnutrición.

CUADRO N°. 2

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD: CONSULTA EXTERNA

SAN MARTIN SACATEPEQUEZ, 1973

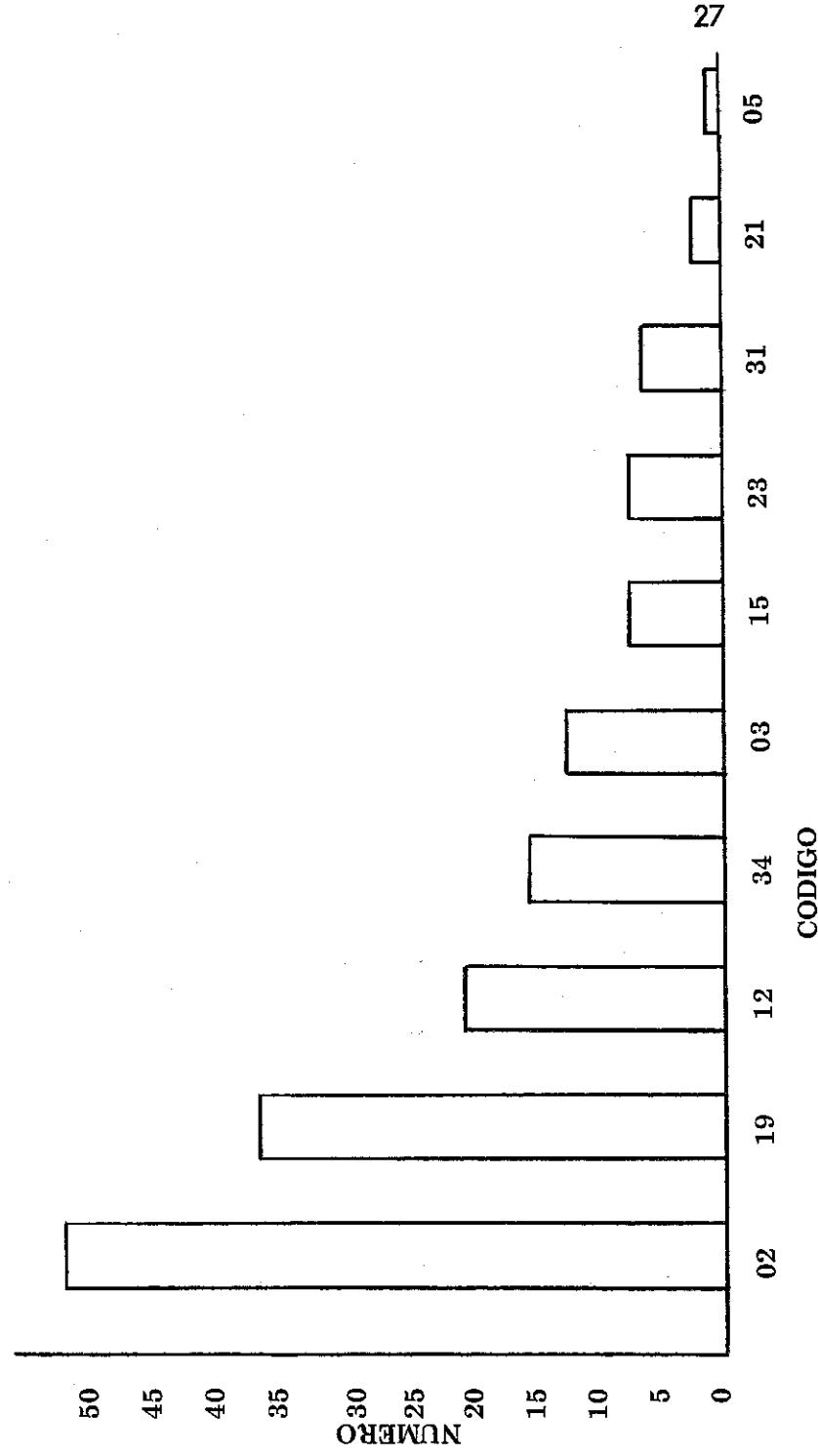
CODIGO	0-4 años		5-9 años		10-14 años		15-44 años		Mas 45 años		Masculino	Femenino	TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%		
* 02	32	62.7	3	5.9	2	3.9	8	15.7	6	11.8	30	58.8	21 41.2	51
03	0	---	0	---	0	---	6	50.0	6	50.0	5	41.7	7 58.3	12
05	1	100	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	1 100	1
12	5	25.0	6	30.0	2	10.0	7	35.0	0	---	10	50.0	10 50.0	20
15	4	57.1	0	---	0	---	2	28.6	1	14.3	2	28.6	5 71.4	7
19	15	41.7	7	19.4	1	2.8	12	33.3	1	2.8	18	50.0	18 50.0	36
21	0	---	0	---	0	---	0	---	2	100	2	100	0 ---	2
23	0	---	0	---	0	---	5	71.4	2	28.6	2	28.6	5 71.4	7
31	0	---	0	---	0	---	3	50.0	3	50.0	4	66.7	2 33.3	6
34	2	13.3	1	6.7	0	---	8	53.3	4	26.7	3	20.0	12 80.0	15
TOTAL	59		17		5		51		25		76		91	157

Fuente: Libro de consultas, Centro de Salud.

* Ver anexo I

GRAFICA No. 2

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD



MORTALIDAD

Mortalidad Neonatal:

En el año de 1,973, en el municipio de San Martín Sacatepéquez hubo 17 fallecimientos de niños de 0-28 días de edad, lo que equivale a una tasa de mortalidad neonatal de 38.81 por 1000 nacidos vivos. De estos 17 fallecimientos, 10 ocurrieron en el área urbana y 7 en el área rural, éste es un dato que llama bastante la atención pues en el área urbana los habitantes tienen mejores medios de vida, esto es condiciones sanitarias, centro de salud, mejor y más rápido acceso al hospital de Quezaltenango. Creo que se debe realizar una investigación detenida para encontrar la causa de este fenómeno.

Mortalidad Post-neonatal:

En este grupo de edad, hubo en 1,973, un total de 13 defunciones, lo que equivale a una tasa de mortalidad post-neonatal de 29.68 por 1,000 nacidos vivos. En este caso se observa el mismo fenómeno que con la mortalidad neonatal, pues 8 de los fallecimientos ocurrieron en el área urbana y sólo 5 en el área rural.

Mortalidad en general:

En 1,973 hubo un total de 234 defunciones, de las cuales 99 ocurrieron en el área rural y 135 en el área urbana. Las 9 principales causas fueron las siguientes:

Calentura	61.11%
Asientos	8.97 "
Anemia	3.84 "

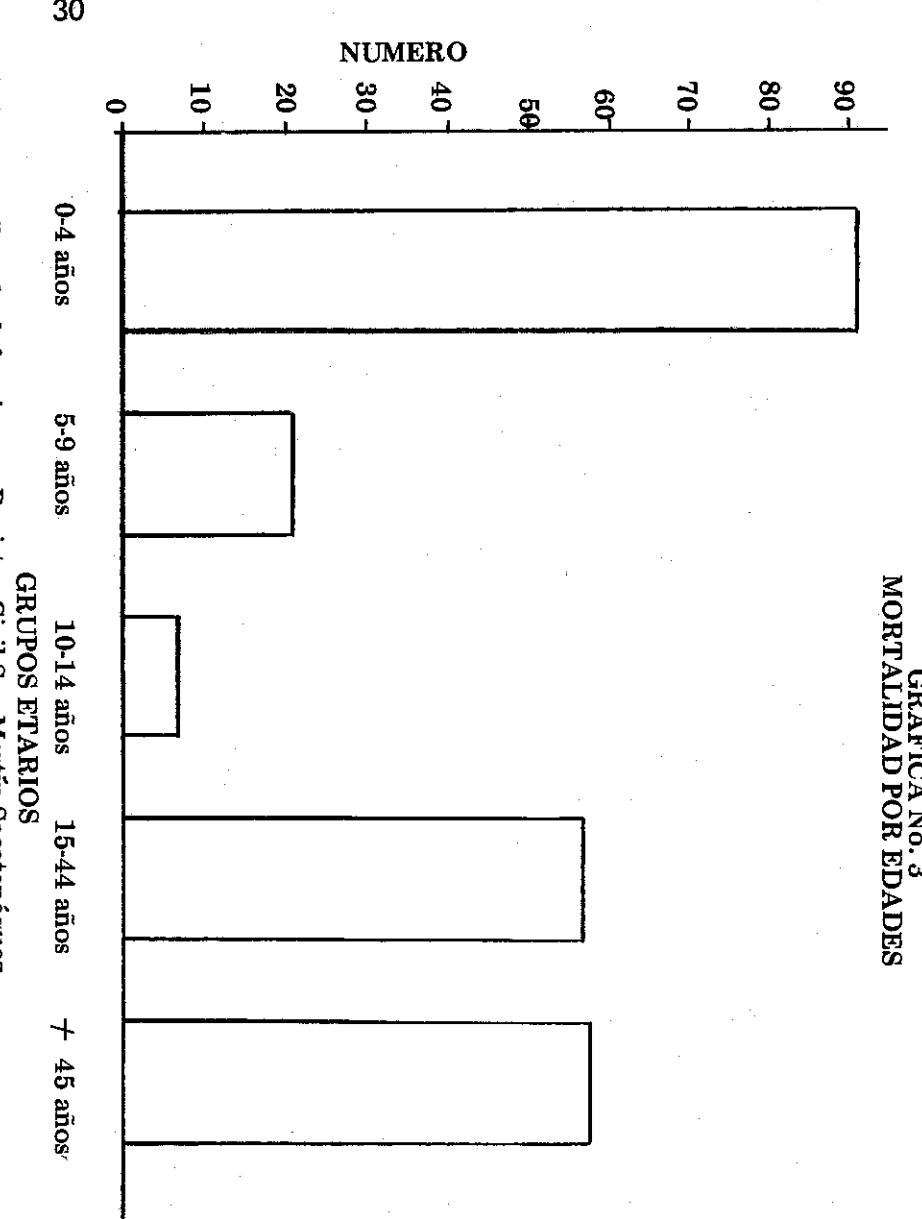
Vómitos	3.41%
Disentería	2.99 "
Pulmonía	2.56 "
Asfixia	1.70 "
Tos ferina	1.28 "
Gripe	0.81 "

Es importante hacer notar que éstas son las causas de muerte asentadas en el registro civil del municipio y que los diagnósticos de muerte son dados por empíricos o autoridades profanos en medicina, o sea que no es un dato que se ajuste a la realidad, pero a groso modo reflejan en el fondo lo que sucede en nuestra población. Podemos deducir de estos datos que las principales causas de mortalidad en San Martín son las enfermedades infecciosas y gastrointestinales.

MORBILIDAD

GECA	16.60%
IRS	9.59 "
Parasitismo intestinal	7.36 "
Espasmo muscular	6.27 "
Tuberculosis	4.42 "
Amigdalitis	3.70 "
Enf. Péptica	2.59 "
Desnutrición	2.59 "
Amebiasis	2.21 "

Los datos anteriores son las principales causas de consulta en el Centro de Salud durante los meses de Febrero, Marzo y Abril de 1,973 y corresponden a los diagnósticos dados por el estudiante E.P.S. durante esos meses. Es importante hacer notar que a pesar de que casi toda la población tiene algún grado de desnutrición, esta causa ocupa el octavo lugar, esto es debido a que se anotó en el libro de registros clínicos e historias clínicas de los pacientes en primer lugar la causa por la cual consultó el paciente.



FUENTE: Libro de defunciones. Registro Civil San Martín Sacatepéquez.

POLITICA DE SALUD:

A.- Descripción:

El área de salud correspondiente a Quezaltenango, comprende diecinueve de los veinticuatro municipios del departamento:

San Carlos Sija	San Mateo
Huitán	San Miguel Siguilá
Cabrián	Zunil
Sibilia	Almolonga
Ostuncalco	Cantel
La Esperanza	Salcajá
Olintepeque	San Francisco La Unión
Palestina de Los Altos	Quezaltenango
Cajolá	
San Martín Sacatepéquez	
Concepción Chiquirichapa	

La población total del área, según datos del censo de 1,973 es de 311,613 habitantes, de los cuales el 65% habitan en el área rural. El área tiene como establecimiento un servicio supuestamente integrado de salud, ubicado en la cabecera departamental, constituido por: El Hospital General de Occidente, El centro de Salud tipo B, que aunque se encuentran en edificios diferentes, dependen de una misma jefatura.

Recursos: Posee diecinueve puestos de salud ubicados en las cabeceras de los municipios antes mencionados, nueve puestos de salud parroquiales, un centro nutricional regional. Cuenta con los siguientes hospitales: Hospital General de Occidente (San Juan de Dios) Hospital Rodolfo Robles, Hospital Privado y cuatro servicios de índole privada.

El municipio de San Martín Sacatepéquez cuenta entre sus recursos para la referencia de pacientes con el Hospital General de Occidente, El Hospital Rodolfo Robles, El Centro de Salud Tipo A ubicado en Quezaltenango (cabecera) y el Centro Oftalmológico de Occidente. El Hospital General cuenta con un total de 260 camas distribuidas en los servicios de Medicina, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría, traumatología, oftalmología y casa de salud.

PROGRAMAS EXISTENTES EN EL AREA

En realidad tanto el programa materno como el programa infantil, no llenan a cabalidad sus cometidos en el municipio de San Martín Sacatepéquez pues el bajo nivel cultural hace que las personas busquen el centro de salud solamente cuando tienen alguna dolencia, es por esto que el programa materno-infantil no se lleva a cabo con todas sus normas. En 6 meses de trabajo únicamente acudieron al centro de salud a una única consulta 9 señoras a examen prenatal.

Funcionan en el área de salud de Quezaltenango dos centros de recuperación nutricional, sin embargo en la comunidad no funciona ningún programa nutricional.

Existe además un programa de Planificación familiar, que funciona bien únicamente en la cabecera departamental, ya que en el municipio de San Martín Sacatepéquez se dio este tipo de atención únicamente a dos señoras en los seis meses primeros de 1,974.

EPIDEMIOLOGIA

Campaña de vacunación 14 - 26 de Mayo de 1,973.

POLIO:

Población susceptible: 2,018

Población vacunada : 1,257

Cobertura: 62.2%

SARAMPIÓN: Febrero-marzo 1,973

Población susceptible: 310

Población vacunada : 223

Cobertura: 71.9%

D.P.T.: Abril - junio 1,973

Población susceptible: 2,018

Población vacunada : 1,257

Cobertura: 62.2%

PROGRAMA DE TUBERCULOSIS:

La lucha contra la tuberculosis en Quezaltenango, ha seguido un proceso que podemos considerar como eficiente, en la siguiente forma:

1.- Antes de 1,960: Tratamiento exclusivamente hospitalario, basándose en estudios radiológicos, bacteriológicos, con fuerte predominio del criterio radiológico.

2.- 1,960 - 1,966: Se establece el control post-sanatorial de los pacientes egresados; se crea el dispensario para tratamiento ambulatorio y se inicia el tratamiento quirúrgico racional. En esta fase persiste el criterio radiológico para el diagnóstico, sin embargo, se reduce considerablemente el período de hospitalización.

- 3.- 1,967 - 1,972: Creación de la clínica del Torax, con funciones de prección, pesquiza de casos y fundamentalmente coordinación con otros establecimientos. Esta fase la consideramos como de integración de servicios, que disminuyó esfuerzos, aprovechándose mejor los recursos existentes.
- 4.- 1,972: Fase de evaluación o autocrítica que ha dado como resultado la revisión total de los procedimientos de pesquiza, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes, usados hasta esa fecha en Quezaltenango. Privando en la actualidad el diagnóstico bacteriológico.

POSTULADOS:

1. Considerar como enfermo tuberculoso solamente aquellos pacientes en quienes se comprueba la presencia del bacilo tuberculoso.
2. Utilizar procedimientos diagnósticos de alto rendimiento, bajo costo y accesibles a nuestro actual sistema sanitario.
3. Considerar el estudio radiológico como elemento de apoyo.
4. Reducir el número de camas, así como el promedio de estancias hospitalarias.
5. Aumentar los tratamientos ambulatorios, tratando que sean totalmente controladas y supervisadas.
6. Dirigir el mayor esfuerzo a los grupos poblacionales de más riesgo para padecer la enfermedad: Sintomáticos respiratorios y contactos.

7. Re-evaluar los casos crónicos conocidos, y someter a esquemas de tratamiento con drogas de segunda línea, solamente aquellos casos que sean susceptibles de reincorporación a la sociedad.
8. Continuar usando procedimientos quirúrgicos para los casos con indicación precisa.
9. Iniciar una campaña de difusión de éstos postulados a través del persona médico, para-médico y los medios al alcance.
10. Extender la lucha antituberculosa hacia la red sanitaria existente a través de un programa técnicamente elaborado y basado en documentos nacionales y experiencias de otros países.

Todo este proceso constituye la etapa actual, fase de cambio de actitud eminentemente epidemiológica.

Principales Actividades:

Vacunación con B.C.G.: Fase de vacunación masiva o de ataque en la población menor de 15 años, y luego fase de mantenimiento. En la fase de ataque se vacunará con B.C.G. al 80% de la población menor de quince años, sin investigación tuberculínica previa. Simplemente se buscará la cicatriz de B.C.G. En la fase de mantenimiento se vacunará con B.C.G. al 80% de los nacidos anualmente, en el período de recién nacidos o en los meses siguientes, sin investigación tuberculínica y a los no vacunados en la fase de ataque.

Detección de Casos de Tuberculosis: Orientada hacia los grupos de mayor productividad: Sintomáticos resp. y contactos. Se establecen las prioridades siguientes:

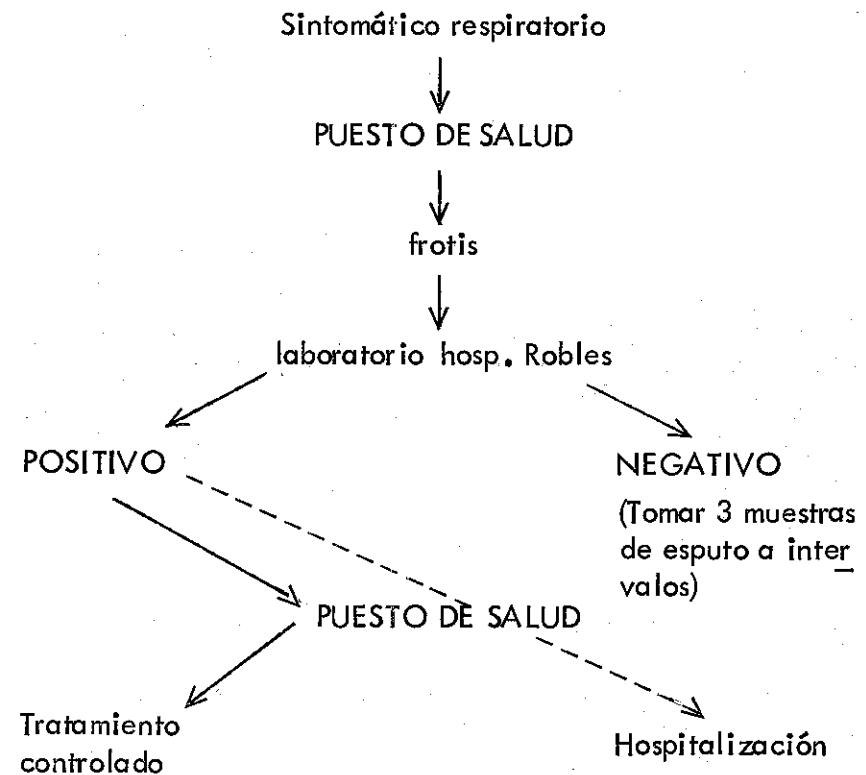
- Sintomáticos respiratorios
- Contactos con enfermos o fallecidos de T.B.
- Consultantes de hospitales generales, pacientes con enfermedades predisponentes: DPC mayores - de 50 años, maestros de escuela, manipuladores de alimentos, soldados, estudiantes etc.

Tratamiento de los casos: Preferentemente ambulatorio y controlado en el establecimiento más próximo al sitio de la residencia del enfermo, reservando el internamiento para los casos con indicación clínica especial, según normas nacionales.

Recursos: Un hospital (Hosp. R. Robles), con una capacidad de 168 camas, distribuidas en 98 camas para hombres y 70 para mujeres, con servicio de laboratorio, rayos X, personal médico y para-médico. Una clínica del Torax que centraliza la pesquisa de la infección y morbilidad tuberculosa, con actividades de tratamiento parcial o totalmente controlado, de vacunación con B.C.G. y quimioprofilaxis. Dispone del personal, equipo y locales necesarios para radio-diagnóstico y vacunación con B.C.G. Una sala de hospitalización con doce camas en el departamento de pediatría del Hosp. General de Occidente. Servicios médicos de consulta Externa del Hosp. General de Occidente (servicios integrados de Salud). Puestos de Salud en 19 de los 24 municipios del Departamento de Quezaltenango.

Funciones en los Puestos de Salud en la lucha antitubercular:

Para facilitar y trabajar bajo un mismo patrón, se elaboraron esquemas que se utilizan indistintamente en la clínica del Torax y en los puestos de salud:



Quimioprofilaxis: En virtud que se vacunará en forma intensiva y sin investigación tuberculínica previa a los menores de 15 años, la quioprofilaxis quedará limitada a los contactos menores de quince años tuberculinico-positivos, sin antecedentes de vacunación.

Esquema para el Tratamiento Controlado de Pacientes Tuber
culosos:

Primera fase: 1 mes: Estreptomicina. 1 gm. (2 cc) diario
 I.N.H 300 mgs diario.

Segunda Fase: 2 al 11 mes: Estreptomicina 1 gms. bisemanal
 I.N.H 750 Bisemanal.

Tercera Fase: 6 meses siguientes: Estreptomicina 1 gm. Men
 sual. I.N.H. 300 mgs.
 mensual.

Durante el inicio de esta campaña antituberculosa, en el puesto de salud, se tenía como probables Tuberculosos: Sintomáticos respiratorios 48 personas y como Tuberculosos comprobados 5. Semanalmente llegan de la clínica del Torax para verificar que los pacientes están llevando el esquema de tratamiento y si están asistiendo.

SANEAMIENTO AMBIENTAL:

El programa de Saneamiento ambiental y control de alimentos no funciona en ésta comunidad, ya que en los seis meses que duró la práctica de E.P.S. no llegó ningún inspector de Sanidad, ni hay ninguna persona específica encargada de ésto.

Actividades Programadas y realizadas: Se programó y realizó, con ayuda de la región # 5, un cursillo para tecnificar personas para que funjan como COMADRONAS EMPIRICAS. Se organizó de tal manera que se buscó la forma de integrar el grupo con las comadronas que ya trabajaban en esa localidad desde hace años, así como las que lo hacían en comunidades lejanas a la cabecera municipal. Para lo-

grar una asistencia del 100% al cursillo, se les ofreció y posteriormente se les cumplió: Q 1.00 de viáticos diarios, y al término del cursillo se les dió a cada una de ellas un maletín con todos los implementos que les serviría para trabajar. El grupo fué formado y fueron seleccionadas 30 mujeres. Impartiendo las pláticas del mismo en acción conjunta: El personal de Salud de Quezaltenango, y mi persona, como encargada del puesto de Salud. En realidad el cursillo no fué del todo satisfactorio, ya que tuvimos un problema muy serio que fué el del lenguaje y el nivel cultural de las participantes. Pero se cree que en el futuro, y a través de este inicio se lograrán mejores metas. Las fechas del cursillo; Últimas dos semanas del mes de Marzo. Pláticas impartidas personalmente.

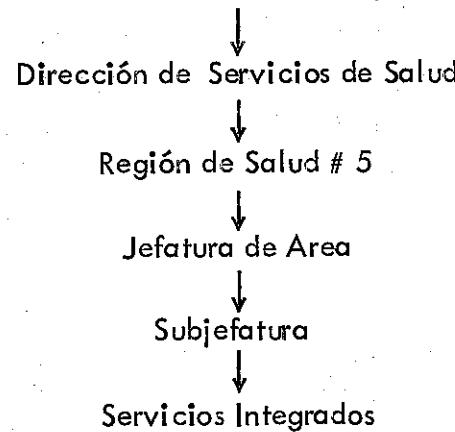
- a. Enfermedades concomitantes con el embarazo.
 - b. Examen Físico de la mujer embarazada.
 - c. Recién nacido: Flacidez y rigidez. Llanto constante, ictericia, hemorragia y mal olor del cordón.
 - d. Complicaciones del puerperio: Hemorragia, fiebre, mastitis, flebitis.
-
2. Organización de la campaña de vacunación: Fue un trabajo que cayó bajo nuestra responsabilidad por parte de las autoridades de la región # 5 de Quezaltenango, organizar la campaña de vacunación contra la Polio, D.P.T. y Sarampión en dos etapas. Fué un trabajo sumamente difícil, ya que encontrar colaboradores que lo hagan ad-honoren, en la actualidad es sumamente raro. Se tuvo que vacunar todo el municipio con únicamente DOS equipos de vacunación: La enfermera con un colaborador por una parte, y mi persona con otro colaborador por otra parte. Corriendo los gastos de traslado, alimentación y otros por nuestra cuenta, ya que la municipalidad ofreció ayudar -

con éstos gastos, y al final, como en todas las situaciones en que intervienen gente que trabaja con el gobierno, no ayudaron en ABSOLUTAMENTE nada.

3. Se programó la campaña de Letrinización, pero no se pudo realizar ya que no se contó con la ayuda de ese departamento, por lo que creo que está demás malgastar dinero en este departamento, ya que rotundamente se nos negó toda ayuda, no dándonos oportunidad ni a exponer el plan de trabajo.

ADMINISTRACION:

Ministerio de Salud Pública, A. S.



En la nueva estructuración, el Servicio Integrado de Salud está a cargo del médico Jefe de Area, quien tiene a su cargo las siguientes responsabilidades:

- a. Dirigir y evaluar el servicio integrado de salud, partiendo en el desarrollo de sus distintas actividades.
- b. Dirigir, asesorar y supervisar el área de salud y los servicios incluidos en su jurisdicción.

- c. Velar porque se realicen las acciones de protección, recuperación y la rehabilitación de la salud, en forma integrada.
- d. Velar porque en los servicios haya suficiente material y equipo para la realización de las acciones.
- e. Evaluar al personal que tiene bajo su jurisdicción.
- f. Velar porque se avastezca oportunamente de elementos de trabajo a los servicios del área.
- g. Velar porque los fondos sean debidamente manejados.
- h. Hacer anualmente el proyecto de programa de trabajo del área y el presupuesto respectivo.
- i. Cubrir las metas de trabajo fijadas por la sub-dirección Técnico Administrativa.
- j. Rendir mensualmente información de las actividades realizadas por los servicios.
- k. Establecer turnos rotativos del personal profesional para que cubran consultorios externos.
- l. Establecer turnos rotativos para que se atiendan los servicios de emergencia por las noches y días festivos.

Colabora con el jefe de Area, el sub-jefe: quien dirige, coordina y supervisa y evalúa las actividades de protección de la salud y los servicios denominados periféricos, Puestos de Salud y U.A.M.A.S.

El servicio integrado que comprende: Hospital General de Occidente, centro de Salud, Hospital Antituberculoso R. Robles, clínica del Torax, Dispensario Antituberculoso, los diversos puestos de salud y las U.A.M.A.S.; cuenta con departamentos técnicos y administrativos debidamente articulados para cumplir en forma coordinada y armónica los programas y acciones integradas de salud.

Hasta el momento no se ha logrado una verdadera integración de los servicios de Salud. Como ejemplo podemos citar los pacientes que son referidos a las emergencias del Hospital, por el E.P.S. y que son rechazados, no brindándole la atención que merecen. No hay coordinación entre los U.A.M.A.S. y los puestos de salud, y por lo tanto los recursos de salud están siendo mal utilizados y no se están cumpliendo a cabalidad los objetivos del programa de Salud.

Información Estadística:

Semanalmente se envía a la Dirección de Planificación y Estadística del M.S. y A.S. un reporte de las enfermedades infecto-contagiosas, sospechas de epidemias. Además un informe mensual de natalidad, morbi-mortalidad. En las campañas de vacunación, informes diarios sobre la misma.

Horas de Trabajo: Lunes a Viernes: de 8 -12 y de 2-6 horas.

Sábado de 8 horas a 12 horas.

Presupuesto del Centro de Salud de San Martín Sacatepéquez:

Salario Médico E. P. S. Q 165.00

Salario Enfermera Q 100.00

Equipo y medicina Q 50.00

Total Mensual .. Q 315.00

Abastos:

La Dirección General de Servicios de Salud, a través de su Departamento de Abastecimientos, es quien surte a los centros de Salud de equipo y medicina. El equipo consiste únicamente en: Termómetros, algodón, gasa, hilos de sutura y papelería.

Los pedidos de medicina y equipo se hacen en base a una lista establecida y se manda cada tres meses, con 15 días de anticipación al principio del trimestre. Este pedido lo hace el médico. Esto es realmente un problema, ya que los pedidos llegan sumamente atrasados, y no se respeta el pedido hecho por el centro de salud, ya que mandan la medicina que se LES DA LA GANA, y que en un 90% no sirve para nada, lamentablemente sabiendo que hay medicina que si se podría utilizar y que por negligencia, o posiblemente por ignorancia de las personas encargadas de esto: no se puede utilizar.

V. INTERPRETACION

1. De la población total, el 83.29% pertenecen al área rural.
2. El grupo etario predominante en ambos sexos es el comprendido entre 0 - 4 años, lo que repercute:
 - a. Mayor número de población dependiente.
 - b. Baja productividad
 - c. Mayor población de consumo.
3. Tanto la tasa de natalidad, como la de mortalidad son elevadas.
4. La densidad de población tiene curso ascendente.
5. El índice de analfabetismo es alto, debido al gran porcentaje de población rural, lo que se traduce en:
 - a. Disminución de la producción y desarrollo de la comunidad y por ende, del país.
 - b. Aumento de la natalidad y de la morbi-mortalidad.

El mayor problema, es que los padres de familia no de sean mandar a la escuela sus niños, porque muy a temprana edad, éstos empiezan a trabajar y representan una fuente de ingreso, aunque sea poco.

6. Los bienes de producción y tenencia de tierra, se encuentran casi en su totalidad en manos del indígena, no existe relación patrono / trabajador, encargándose ellos de vender el producto; por lo que el ingreso per cápita es muy bajo.
7. Unicamente el 25% de la población urbana poseen alguna clase de letrina, careciendo de drenajes. Por lo que hay mayor número en la incidencia de enfermedad

des infecto contagiosas y parasitarias, contaminación del ambiente, aumentando el portador: moscas.

8. Las viviendas no reúnen las condiciones necesarias, generalmente en un solo cuarto se encuentra la cocina, (en donde hay fogón sin chimenea) no habiendo salida de humo; el comedor, el dormitorio.
9. La morbilidad tiene mayor incidencia en el grupo de 0 - 4 años, con predominio de GECA y enfermedades parasitarias.
10. Es muy bajo el porcentaje de madres embarazadas que asisten al centro de salud, de allí el porcentaje elevado de Mortinatalidad.
11. La mortalidad es mayor en el área urbana, posiblemente porque en el área rural no son registradas las defunciones. Siendo la causa más frecuente de mortalidad CALENTURA, en un 61.11%. (Según consta en el libro de defunciones del Registro Civil del municipio).
12. Faltan recursos humanos: Personal médico y paramédico. La atención médica por lo tanto es inadecuada.

CONCLUSIONES

1. Después de seis meses de trabajo, se ha hecho necesaria la presencia del EPS en el área rural, el cual creo debería de ser mejor entrenado, conocer mejor los problemas de la comunidad en que hará su práctica para que pueda encaminar en forma más práctica sus actividades.
2. El estudiante de medicina en forma solitaria no puede remediar la problemática de una población, ésto debería de ser el trabajo en equipo bien coordinado, en el que participarán estudiantes universitarios de todas las carreras, personal de los diferentes renglones de salud, maestros y algunas otras instituciones, tales como: religiosas, casas productoras de medicinas etc...
3. Mientras la política de salud, los sistemas socioeconómicos, la cultura y otros aspectos no cambien, va a ser difícil alcanzar un nivel de salud aceptable para nuestra población.
4. Creo que el programa de médicos de UAMAS está muy mal planificado, con desperdicio de recursos tanto humanos como económicos.
5. Mientras no se haga una buena distribución de la riqueza guatemalteca los campesinos seguirán muriéndose de hambre y enfermedades.
6. Faltan recursos humanos tales como: personal médico y paramédico, pues no hay un médico siquiera por 10,000 habitantes. Además de otro tipo de recursos: técnicos de capacitación agrícola, etc... sin los cuales aunque se tengan los mejores programas de salud, no se podrán llevar a cabo por falta de recursos.

7. Los programas de salud no cumplen a cabalidad sus objetivos, a veces contando con recursos, pero desafortunadamente muy mal organizados y administrados.
8. Los programas de vacunación son una farsa, ya que se habla de coberturas, metas, éxitos en los programas, y en realidad los datos son falseados; nosotros tuvimos la oportunidad de participar en estos programas y nos dimos cuenta de lo que en realidad son. Esto es debido en parte a la arbitrariedad del personal al informarlos, ya que se vacunan a personas no comprendidas en las edades establecidas y en la pena de las autoridades de no llegar a las metas mínimas de cobertura, se aumentan las cifras.
9. La cultura de los habitantes de Guatemala está por debajo de lo que se necesita para poner en marcha todos los programas que se han trazado. Por lo que creo la primera lucha debe estar encaminada a tratar de recuperar este renglón.

VI RECOMENDACIONES

1. Hacer énfasis en la educación, mejorando los programas de salud existentes, para hacerlos aplicables al área rural.
2. Promover la divulgación de éstos estudios, para lograr la integración o creación de otros programas tendientes a mejorar el estado de salud, el económico y social de los guatemaltecos.
3. Que se eche a andar los mecanismos de integración de servicios de salud, que en teoría sí existe, pero en la realidad no funcionan.
4. Mejorar la calidad de los maestros rurales, exigiendo que tengan conocimientos de una lengua indígena.
5. Promover programas de desarrollo agrícola, introduciendo maquinaria agrícola, para aumentar la producción, el ingreso per cápita y mejorar el desarrollo y progreso.
6. Si se pretende que el estudiante EPS pueda ayudar a la comunidad, se le debe dar armamento científico y material necesario (medicinas y equipo) que se adapten a la realidad de las comunidades rurales y a la situación de salud de las mismas, para poder trabajar en mejor forma; así mismo mejorar la medicina PREVENTIVA, que es la que definitivamente está muy mal.
7. Mejorar la calidad del personal de enfermería, mediante cursillos y otras actividades, y tratar de que éstas estén permanentes en su puesto, y no sean constantemente rotadas.

8. Re-organizar y cuidar mas estrictamente para que el programa de UAMAS cumpla verdaderamente con su cometido, cosa que no hace.
9. Incluir en los programas escolares, cursos que verdaderamente sirvan para mejorar la condición socioeconómica: técnicas agrícolas, de industria, etc.
10. Incrementar más los cursillos de adiestramiento de co-madronas empíricas, para que disminuya la mortalidad y mortalidad neonatal.
11. Que las autoridades de Educación, busquen un mecanismo que permita que los niños que viajan con sus padres a la costa por temporadas, puedan en ésta continuar con sus estudios.
12. Fomentar la supervisión más frecuente de parte del jefe de Área a las diferentes entidades de salud, haciendo evaluaciones periódicas referentes a cumplimiento de programas, calidad y cantidad del trabajo realizado, así mismo evaluar conocimientos, técnicas, etc.
13. Insistir en las autoridades de salud, en que se use el Certificado de Defunción.
14. Que el aprendizaje por parte del estudiante de medicina (EPS), de una lengua indígena, forme parte del Currículum de estudios.

VII BIBLIOGRAFIA

1. De Paredes, Carlos y Bethancourt Enio. Proyecto de Organización de la región de salud No. 5. Quezaltenango. Quezaltenango, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1970. (mimeografiado).
2. Guatemala. Dirección General de Cartografía. Diccionario geográfico de Guatemala. Guatemala, Tip. Nac. 1961. pp. 495 - 497.
3. . Ministerio de Economía. Dirección General de Estadística. Censo Agropecuario 1964. Guatemala Editorial Ejército, 1971. T 2. pp 355, 449, 486.
4. . Datos preliminares, Censo de Población, 1973. Editorial Ejército, 1973. Folleto. pp 38 - 39.

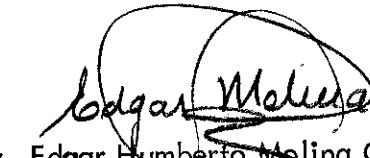
ANEXO No. I

NORMAS DE CLASIFICACION DE LOS DIAGNOSTICOS

<u>Código</u>	<u>Diagnóstico</u>
01	Fiebre tifoidea y Paratifoidea
02	Disenterías. Todas sus formas.
03	Tuberculosis. Todas sus formas.
04	Difteria.
05	Tos Ferina.
06	Escarlatina y Agina Estreptocóccica.
07	Poliomielitis.
08	Varicela .
09	Sarampión.
10	Rabia Humana .
11	Sifilis. Todas sus formas.
12	Resto de infecciones y parasitarias .
13	Tumores malignos
14	Tumores benignos y no-especificados .
15	Desnutrición y mal nutrición
16	Fiebre Reumática. Con o sin mención de complicaciones cardíacas.
17	Enfermedad del corazón. Con o sin mención de Hipertensión arterial.
18	Lesiones vasculares del sistema nervioso central.
19	Infecciones agudas de las vías aéreas superiores. Gripe.
20	Neumonía y Bronconeumonía .
21	Bronquitis.
22	Enfermedades de los dientes.
23	Gastritis, gastroenteritis, colitis, enteritis.
24	Cirrosis hepática .
25	Nefritis y Nefrosis
26	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
27	Parto sin complicaciones.

Código Diagnóstico

- 28 Prematuridad.
- 29 Propias de la primera infancia . Lesiones debidas al parto.
- 30 Senilidad, mal definidas y desconocidas.
- 31 Accidentes, envenenamientos, violencias.
- 32 Exámenes practicados en ausencia de enfermedad.
- 33 Control de embarazo y puerperio.
- 34 Demás causas.
- 35 Rubeola.
- 36 Desequilibrio hidro-electrolítico.
- 37 Trabajo de parto.
- 38 Clínica de profilaxia sexual sin patología.
- 39 Malaria
- 40 Oncocercosis



Br. Edgar Humberto Molina Cajas



Dr. Fernando A. Rendón
Asesor



Dr. Mario René Bolaños
Revisor

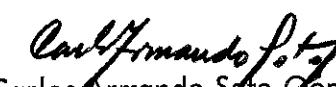


Julio de León Méndez
Dr. Julio de León Méndez.
Director de Fase III



Mariano Guerrero Rojas
Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario

Vo. Bo.



Carlos Armando Soto Gómez
Dr. Carlos Armando Soto Gómez
Decano