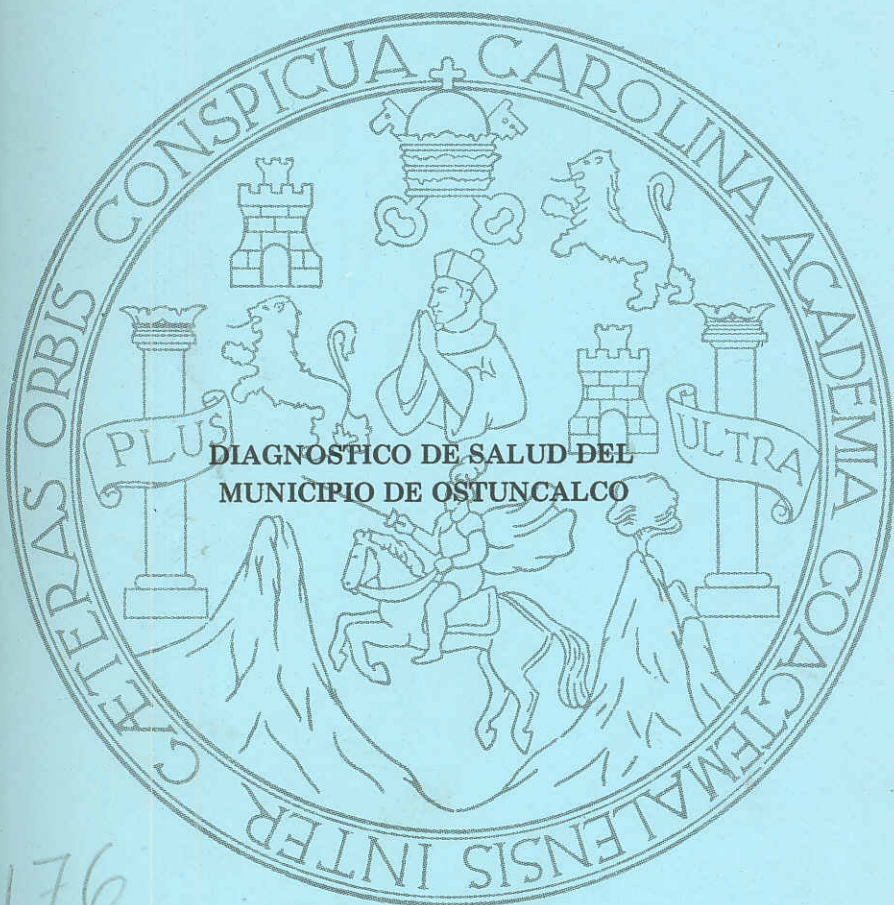


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



CARLOS RAFAEL MOSCOSO ZALDAÑO
Guatemala, marzo de 1975.

PLAN DE TESIS

I INTRODUCCION

II OBJETIVOS Generales-Específicos

III MATERIAL Y METODOS

IV ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

1. DATOS GENERALES

- 1.a Descripción del Area
- 1.b Historia
- 1.c Condiciones Sociales
- 1.d Costumbres
- 1.e Población

2. FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES

- 2.a Medios de Comunicación Colectiva
- 2.b Educación
- 2.c Economía Agrícola
- 2.d Producción
- 2.e Fuentes de Agua

3. LOS DAÑOS

- 3.a Morbilidad
- 3.b Morbilidad por desnutrición
- 3.c Morbilidad por tuberculosis
- 3.d Tasas de Natalidad y Mortalidad
- 3.e Densidad de Población
- 3.f Mortalidad
 - 3.f.1 Mortalidad Neonatal
 - 3.f.2 Mortalidad post-natal
 - 3.f.3 Mortalidad Materna
 - 3.f.4 Mortinatalidad
 - 3.f.4 Mortalidad en general

4. POLITICA DE SALUD

- 4.a Descripción
- 4.b Recursos
- 4.c Presupuesto General y por Renglones

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. Servir como punto de partida para nuevas investigaciones que se lleven a cabo en este municipio.
3. Contribuir a que las autoridades de Salud Pública conozcan en una 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.

Específicos:

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

III. MATERIAL Y METODOS

1. Humano

- 1.a Un estudiante del último año de la carrera de medicina.
- 1.b Un médico supervisor de la Facultad de CC.MM.
- 1.c Auxiliar de enfermería del Centro de Salud de Ostuncalco.

2. Fuentes de Información

- 2.a "Cuaderno de Antropología" Instituto de Investigaciones históricas. Facultad de Humanidades. Richard N. Adams. Imprenta Universitaria. Dic. 1965. Págs. 25-39
- 2.b "Despertar de Juventud" Revista anual de San Juan Ostuncalco.
- 2.c Libro de Control de Consultas y fichas clínicas del Puesto de Salud de Ostuncalco.
- 2.d Registro Civil. Libro de nacimientos y defunciones.
- 2.e Dirección General de Estadística: Censos de 1964. Resultados preliminares Censo 1973.
- 2.f Oficina del "Desarrollo de la comunidad" en Ostuncalco.
- 2.g Registros Escolares. Escuelas de Ostuncalco.
- 2.h Memoria de labores de la Supervisión técnica de educación. Distrito Escolar No. 56

3. Revisión (Fuentes de información)

4. Observación Directa

5. Entrevistas informales con personas de la comunidad.

IV. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

I. DATOS GENERALES

a. Descripción del área

Municipio del departamento de Quezaltenango; municipalidad de segunda categoría. Extensión aproximada: 52 kilómetros cuadrados.

Colinda al norte con Cajolá y Palestina de los Altos (Que.); al este con San Mateo (Que.); al oeste con Palestina de los Altos (Que.), San Pedro Sacatepéquez, San Cristóbal Cucho y el Quetzal (S. M.); al sur con Concepción Chiquirichapa y San Martín Sacatepéquez (Que.).

El Municipio está atravesado por la ruta nacional "1" que de la capital conduce a la frontera con México. Sobre dicha ruta que está asfaltada, hay 14 kilómetros a Quezaltenango. De Ostuncalco, sobre la misma ruta hay aproximadamente 18 kilómetros a la cabecera municipal de Palestina de los Altos. Del sur de la cabecera municipal de Ostuncalco hasta Concepción Chiquirichapa, sobre la ruta departamental Quezaltenango "14" hay menos de 1 kilómetro, entroncando con la ruta departamental "3" que conduce a la cabecera municipal de Colomba (Que.). Cuenta también Ostuncalco con caminos de herradura y veredas que unen a sus poblados entre sí y con los municipios vecinos.

El banco de marca establecido por la D. G. de C. en el parque de la cabecera municipal, está a 2,501.69 metros SNM. Latitud 14° 52' 06" Longitud 91° 37' 15".

A pesar de la diversidad de los aspectos campestres en dicho municipio, ninguno es más impresionante que el aislamiento, por los accidentes naturales de su superficie. La cabecera y seis de sus ocho aldeas ocupan una superficie primordialmente plana. Las dos

aldeas restantes ocupan las tres cuartas partes más accidentadas y aisladas del occidente del municipio. La altitud varía entre 4,000 y 9,000 pies. En estas zonas del municipio, en las cuales los accidentes del terreno o la mera distancia a recorrer a pie dificultan el acceso a la cabecera, el aislamiento se manifiesta claramente en la manera de hablar de los habitantes, en su grado de ladinización, en el precio de las tierras, en el grado de sofisticación política, así como en muchos rasgos más. A pesar de hallarse en una zona tropical, la temperatura de esta área es moderada por su altura. En realidad, puede caer una helada nocturna en cualquier parte del municipio entre los meses de noviembre y abril. Debido al relieve del terreno, las caídas de lluvia varían de 30 a 150 pulgadas anuales, según la altura y orientación de las pendientes. Las características de la superficie terráquea en Ostuncalco producen variaciones climáticas, que reflejan en las manifestaciones culturales, sociales políticas, cuyo origen es fundado directa o indirectamente en la variabilidad del tiempo y del clima en esta área. Los requisitos de vivienda e indumentaria, la especie de cultivo que prevalece, así como la alimentación, la imposibilidad de lograr dos cosechas de maíz anuales, la extensión de las tierras poseídas y aun el intrincado diagrama de las migraciones colectivas, son resultante de las condiciones atmosféricas.

Otras condiciones físicas del terreno hacen sentir su peso sobre sus habitantes. Los bosques, casi inexistentes en el cuarto oriental del municipio, subsisten en una parte del inhóspito tres cuartos occidental y representan una importante fuente de ingresos para los residentes de aquella región. En 1902, una lluvia de cenizas mermó considerablemente el rendimiento de las tierras. Este hecho lejano causó la introducción de varios métodos destinados a restaurar su productividad, aunque se podría doblar, y aun más la producción actual de los principales cultivos como el trigo y el maíz, utilizando técnicas agrícolas modernas y fertilizantes.

Tanto el indígena como el ladino, se hallan poco alejados del seno de la naturaleza. El suelo, el carácter del clima, el terreno y

la capa de vegetal natural, todo se combina para proveer un paisaje físico que actúa sobre las actividades de cada habitante. Es de lamentar realmente que la falta de recursos culturales haya impedido la utilización máxima de lo provisto por la naturaleza.

Ostuncalco, como tal, ya es mencionado en la ley 4a. Constitución Política del Estado de Guatemala, decretada por Asamblea constituyente el 11 de Octubre de 1825, declarando los pueblos que comprende el territorio del Estado, apareciendo en dicha ley como Circuito de Ostuncalco, comprendiendo a Ostuncalco: Chiquirichapa, San Martín Sacatepéquez, Sigüilá, Cajolá y Cabricán, los cuales hace algunos años se desligaron de Ostuncalco constituyendo actualmente Municipios independientes.

La fiesta religiosa: Candelaria, se celebra del 29 de Enero al 4 de Febrero.

El municipio cuenta con: 1 Villa, 6 Aldeas y 11 Caseríos. La cabecera con categoría de Villa.

Caseríos:

TALBIJOJ, ROBLE GRANDE, AGUA TIBIA, BUENA VISTA, LAS BARRANCAS.

Aldeas:

MONROVIA

SIGÜILA (Acdo. Gubernativo 11/7/60)

VARSOVIA, con el Caserío PUEBLO NUEVO

LA VICTORIA. Con el Caserío EL TIZATE

LA ESPERANZA (Acdo. Gubernativo 11/7/60) con los caseríos:

CHANCHIL

CRUZ DE AJ POP

AGUA BLANCA

PANAJACHEL (1).

1.b HISTORIA

El pueblo de San Juan Ostuncalco data desde tiempo inmemorial. Ya existía a la venida de los aventureros españoles de la conquista, que traía consigo Alvarado, como lo prueban dos manuscritos: Uno existente en los Archivos de la Intendencia Municipal de aquél entonces (hoy Alcaldía Municipal) y el otro en la ciudad de Totonicapán, el cual dejó en la misma el Adelantado y conquistador de estas provincias. Refiriéndose éste último a un congreso verificado en aquella ciudad por los caciques y principales de muchas poblaciones importantes de Guatemala, congreso que tenía por objeto la aceptación de la fé católica cristiana y el camino de la salvación. *Cada pueblo envió a sus representantes a hacer el juramento de conversión ante los frailes españoles. Los representantes por parte de Ostuncalco fueron los señores Don Baltazar Larios y don Bernabé Miranda. Acto en el cual se levantó un Acta o Manuscrito que todos dejaron firmado, el día 13 de Enero de 1544. Juntamente con el gobernador de esa ciudad Don Juan Bautista y los alcaldes, los señores: Don Juan Alvarado y Don Fernando Ixcoquí, regidores y demás asistentes. Referente al manuscrito existente en esta Villa, hace constar que Don Pedro de Alvarado a su paso por estas tierras, demarcó el límite jurisdiccional que le correspondía a Ostuncalco. Todo lo cual prueba la existencia de este pueblo en tiempo de la conquista.*

Respecto al nombre de la población, también ya se conoce desde aquella época, pero su origen se pierde en la inmensidad de los tiempos. Como Don Pedro de Alvarado traía en su séquito a indios mejicanos Tlaxcalas y Descholulas que dejaron sus escudos en Totonicapán y después conservaron los indios con religiosidad; estos venían poniendo nombre a todo lugar y población que encontraron a su paso, pero no estamos seguros si fueron ellos los que nombraron a esta tierra, haciendo uso de los términos y vocablos de idiomas, aquí existentes entonces. Pero sí se sabe por nuestros antecesores que: OSTUNCALCO etimológicamente hablando se deriva de tres términos del idioma Mame, así: OXE que en castellano

equivale a TRES; TUM = TAMBOR; KALKE = COLINA; de donde se desprende la frase mame *OXETUMKALK* que significa *LA COLINA DE LOS TRES TAMBORES*. Más tarde quedó bien claro el nombre de *OSTUNCALCO*.

C. 1 CONDICIONES SOCIALES

Aun cuando el municipio de San Juan Ostuncalco es predominantemente rural, casi el 30 o/o de la población vive en la cabecera municipal.

Tiene varias tiendas, un amplio mercado que en el mes de Mayo terminaron de hacerle algunas reformas. El mercado aunque bastante amplio, deja mucho que desear en cuanto a edificio e higiene se refiere, pues está hecho todo de madera y aparentemente no hay ningún control sanitario pues hay gran cantidad de moscas, además de que se encuentran en el suelo excrementos humanos y animales. Los días de mercado son Jueves y Domingo. Se puede encontrar de primera necesidad, ropa, frutas, ventas de comida ya fabricada, sobre la cual Salud Pública no ejerce ningún control y es una fuente de contaminación pues la tienen expuesta al medio ambiente del mercado el cual es muy malo higiénicamente hablando por lo que antes dije.

Tiene San Juan dos parques, el Central llamado "Jesús Castillo" y el parque "A la Madre", un edificio Municipal, un Teatro Municipal que se encuentra frente al parque central, una clínica Parroquial, tres farmacias, tres iglesias católicas y la capilla del Hermano Pedro, varias iglesias protestantes, dos tanques públicos, un balneario llamado Agua Tibia y varios nacimientos de agua, 11 escuelas urbanas y 40 rurales, dos campos de basquet bol y uno de fut bol, un molino llamado "El Quetzal" y una gasolinera.

Es importante notar que aunque la población ladina sea más densamente concentrada en los centros urbanos, se encuentra un número considerable de habitantes ladinos en pequeñas y medianas

propiedades diseminadas a lo largo del municipio. Así se hallan en número bastante considerable como para dominar la vida cultural del centro urbano y también están suficientemente bien distribuidos en el campo para ejercer una fuerte influencia. Además, el propietario ladino, residente o no en su propiedad tiende a controlar las mejores tierras. Este hecho asociado a su mejor disposición, para adoptar técnicas agrícolas más avanzadas, por ejemplo, el uso de fertilizantes, significa que es más próspero como grupo que su vecino indígena.

La imagen que surge en relación a la composición étnocultural del municipio, indica que aunque los indígenas predominan numéricamente, el poder económico, político y social se encuentra en las manos de los ladinos, y que la orientación cultural de la comunidad se halla en definitiva en dirección de la ladinización. Como consecuencia desde el punto de vista socio-cultural, el indígena ocupa una de dos situaciones durante su vida. Aquellos que viven en el monte, tienden a resultar aislados de los caminos culturales prevalentes en la comunidad y continúan viviendo, trabajando, rindiendo culto, de acuerdo a sus tradiciones ancestrales, tan viejas como la conquista, sus contactos con la cultura ladina dominante se limitan al mercado, al juzgado y a la finca costera. Sin embargo, el indígena en transición ha sido atrapado por el proceso de ladinización y se ve sujeto a todas las penalidades experimentadas por el individuo colocado al margen de los demás.

La cultura tradicional del indio, acoplada a su falta de oportunidades y a su analfabetismo, ha tenido como resultado neto su aislamiento de las corrientes modernizadoras de la comunidad y de las partes de bienes y valores que éstas generan. La desigualdad entre la prosperidad económica y el dominio cultural, que separa indígenas de ladinos, ha producido cierto número de consecuencias sociales y políticas importantes. Primero las organizaciones políticas oficiales del municipio se encuentran en su mayor parte en las manos de ladinos.

d.1 COSTUMBRES

En la Villa de San Juan Ostuncalco, existen los Grupos étnicos: ladino e indígena, predominando este último, que habla el dialecto MAM.

La gente indígena acostumbra a llevar como traje típico: el hombre viste pantalón blanco y saco azul; la mujer güipil y perraje de vistosos colores, un corte negro y chal.

Al observar una pareja notamos que el hombre siempre camina adelante y pocos pasos atrás la mujer.

CASAMIENTO: El casamiento es efectuado por el Sajorin o sea el brujo o chimán, quien aconseja a los contrayentes formar un buen hogar. Se va perdiendo bastante la costumbre de comprar a las mujeres aunque en algunos poblados aún se hace. La fiesta consiste únicamente en beber abundante licor. La misma noche de la boda, el marido lleva a su mujer a vivir a su casa.

EL PRIMER NIÑO: Cuando el niño tiene ya 15 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, envueltos en una servilleta. La persona escogida al recibir las flores queda comprometida a bautizar al niño, ese día le llevan un jarro de batido y el día del bautizo llevan un repuesto que consta de: carne de gallina, chocolate, pan, aguardiente y batido.

MUERTE DEL INDIGENA: La gente indígena en su mayoría es muy unida, cuando uno de ellos muere, acostumbra a poner rabel o música para velorio y en la caja introducen objetos que le han servido en su vida (necapal, lazo, etc.) tres días después de muerto sacan la basura, que consiste en comprar todo lo que el difunto ha comido, y lo llevan a la mesa donde están todas las imágenes y allí velan todo lo que al día siguiente enterrarán en pequeños trastos de barro; ese día invitan a la gente al banquete donde matan varios

carneros. Cuando el difunto ha sido brujo al enterrarlo sueltan una bomba, y al poco tiempo buscan a otra persona que sea brujo para que saque la mesa que era del difunto.

HECHICERIA: El que quiere ser brujo o chimán tiene que sentar una mesa en su casa, la cual hace otro brujo al que considera su maestro, acostumbran monolitos de barro y salen a hacer sus costumbres o hechicerías a un lugar llamado El Encanto, en donde queman pon, incienso, candelas y como presente matan un gallo cortándole la cabeza.

COFRADIAS: La mayoría de indígenas son católicos, y para festejar el aniversario de un nacimiento, en la casa de alguno de los cofrades, adornan y se preparan para celebrarlo. 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, caldo de carnero. Cada cofrade se distingue por tener un escudo de plata muy antiguo. (2 y 3).

CUADRO No. 1
MUNICIPIO DE OSTUNCALCO
POBLACION ESTIMADA PARA 1975.

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	URB.	RUR.	TOT.	URB.	RUR.	TOT.	URB.	RUR.	TOTAL
0-4 años	612	1293	1905	590	1242	1832	1202	2535	3737
5-9 "	593	1271	1864	574	1220	1794	1167	2491	3658
10-14 "	460	973	1433	418	876	1294	878	1849	2727
15-19 "	310	663	973	319	660	979	629	1323	1952
20-24 "	243	422	665	275	559	834	518	981	1499
25-29 "	210	420	630	246	497	743	456	917	1373
30-34 "	212	453	665	222	474	696	434	927	1361
35-39 "	187	394	581	190	398	588	377	792	1169
40-44 "	151	318	469	136	283	419	287	601	888
45-49 "	102	207	309	92	206	298	194	413	607
50-54 "	80	164	244	91	188	279	171	352	523
55-59 "	72	157	229	73	156	229	145	313	458
60-64 "	68	143	211	62	131	193	130	274	404
65-69 "	51	107	158	53	116	169	104	223	327
70-74 "	45	90	135	40	87	127	85	177	262
75-79 "	18	37	55	14	27	41	32	64	96
80-84 "	9	15	24	9	18	27	18	33	51
85 y más	6	10	16	6	14	20	12	24	36
TOTAL	3429	7137	10566	3410	7152	10562	6839	14289	21128

Fuente: Resultados preliminares Censo 1973.

Faixa Etária	MASCULINO (mil habitantes)	FEMENINO (mil habitantes)
85 y más a	~100	~100
80-84 a	~150	~150
75-79 a	~200	~200
70-74 a	~300	~300
65-69 a	~400	~400
60-64 a	~500	~500
55-59 a	~600	~600
50-54 a	~700	~700
45-49 a	~800	~800
40-44 a	~900	~900
35-39 a	~1000	~1000
30-34 a	~1100	~1100
25-29 a	~1200	~1200
20-24 a	~1300	~1300
15-19 a	~1400	~1400
10-14 a	~1500	~1500
5-9 a	~1600	~1600
0-4 a	~1700	~1700

F u e n t e : O f i c i n a d e P l a n i f i c a c i ó n y E s t a d í s t i c a . M i n i s t e r i o d e S a l u d P ú b l i c a . D e p t o .
Q u e z a l t e n a n g o .

CUADRO No. 2

**POBLACION REAL DEL MUNICIPIO DE OSTUNCALCO, SEGUN DATOS
PRELIMINARES DEL CENSO DE 1973**

			U R B A N O			R U R A L		
POBL. TOTAL	MASCU- LINO	FEME- NINO	MASCU- LINO	FEME- NINO	MASC.Y FEMEN.	MASCU- LINO	FEME- NINO	MASC. Y FEM.
18604	9259	9345	2634	2881	5515	6625	6464	13089

2. FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES

2.a MEDIOS DE COMUNICACION COLECTIVA

En el municipio de Ostuncalco existe en la cabecera municipal una Oficina de Correos y Telecomunicaciones. Por la vía telefónica se puede comunicar a: Quezaltenango (cabecera departamental) San Miguel Sigüilá, San Martín Sacatepéquez, Concepción Chiquirichapa y Palestina de los Altos.

El único medio de comunicación colectiva que existe en las zonas rurales son los PREGONES que salen sólo cuando el Alcalde Auxiliar lo autoriza y la noticia es verdaderamente importante para la comunidad Ej.: Campañas de vacunación.

Esto en Ostuncalco como en todo país, es un problema verdaderamente serio, especialmente cuando se trata de problemas como enfermedades graves, ya que es sumamente difícil solicitar con prontitud asistencia médica.

2.b EDUCACION

El municipio de Ostuncalco cuenta con un total de 40 escuelas, de las cuales en área urbana hay 11, una de ellas es privada, y en el área rural hay 29, todas del Estado. De este total de escuelas hay 2 que funcionan sólo hasta el segundo grado de primaria; 7 hasta tercer grado de primaria; 11 hasta cuarto grado; 4 hasta quinto grado y 14 hasta sexto grado.

En esas escuelas hay un total de 1,531 alumnos, es decir que del total de población escolar real (de 7 a 14 años) únicamente está inscrito el 32 o/o.

Según información obtenida de los profesores de algunas de estas escuelas, es muy difícil hablar de población escolar real e inscrita, pues existe el problema que por razones de migración de los habitantes de Ostuncalco hacia las fincas costeras, hay una gran cantidad de alumnos que faltan los primeros meses del año (siem-

bra de maíz en la costa) y otros que faltan los últimos meses del ciclo escolar (corte de café) y algunos que se presentan esporádicamente a clases. Un gran número de estos estudiantes, nunca aprenden a leer y a escribir, pues la mitad de los inscritos en primer año de primaria no llegan a estudiar el segundo año, y llegan a sexto año de primaria únicamente el 12.8 o/o o sea que el índice de deserción es del 87.2 o/o.

En el área urbana de Ostuncalco, únicamente el 28.5 o/o de los habitantes son alfabetos y en el área rural son alfabetos únicamente el 8.35, es decir, que en Ostuncalco el 86 o/o de sus habitantes es analfabeta.

2.c ECONOMIA AGRICOLA

Son muy pocos los habitantes del municipio de Ostuncalco que no se hallan en alguna forma asociados a la agricultura. Es raro el tendero, empleado público o artesano del centro urbano que no posee también su tierra proveedora de lo necesario. El trigo y el maíz son los pilares de la economía agrícola. Las ceremonias locales, costumbres sociales, desahogo económico, tendencias a emigrar, vale decir, el pulso de la comunidad entera, laten de conformidad con el ciclo de producción de estas dos cosechas.

El trigo es esencialmente una cosecha al contado que comparte la tierra por igual con el maíz a 8,500 pies, aunque predomina arriba de esa altura. Por otra parte el maíz es el punto central de la agricultura, dedicada a no sólo su producción, sino a una variedad de siembras secundarias, todas de consumo local. La concentración de gentes y la consiguiente escasez de alimentos y pastos parece abogar en contra de la explotación de ganado en el municipio.

Cada vez más, el porcentaje de emigración periódica demuestra claramente que la producción agrícola dentro del municipio no corresponde ya a las necesidades de una población que crece. Condiciones físicas contradictorias dentro del mismo municipio se plasman en una amplia variedad de prácticas agrícolas, productividad de cosechas y valor del terreno, aumentando así las dificultades para establecer un uso racional o unificado de los recursos agrícolas

de la comunidad. Aun en sus áreas más favorecidas, la tecnología agrícola actual aplicada por el campesino medio produce resultados sumamente pobres. El hecho de que persista tal ineficacia no sorprende, pero que no se corrija en una región de los altos precios de la tierra, revela un anacronismo económico. Varios factores se conjugan para fijar el precio de la tierra: elevación, proximidad del agua o del centro urbano, relación entre la pendiente y la profundidad de la capa de cenizas que la cubre, incidencia de las heladas, etc. . . Arriba de 8,500 pies, donde las cosechas abundan poco, el precio de la tierra puede variar entre Q 50.00 y Q 100.00 el acre (*). A elevaciones menores, en las aldeas orientales del municipio, las tierras de agricultura varían de Q 250.00 a 700.00 el acre y debe andar por Q 400.00 por término medio. Considerando el rendimiento de la tierra no hay justificación económica para pagar tales precios. Y es todavía más sorprendente, cuando se descubre que el ingreso anual de los propietarios locales no pasa de Q 200.00. Se ve sin mayor esfuerzo que los valores de la tierra no son asunto de mera especulación, sino que corresponden en una fuerte medida a una presión debida al rápido aumento de la población. Como consecuencia aunque el precio de la tierra está en teoría y en una ínfima medida relacionado con su capacidad productiva su verdadera capacidad productiva no puede justificarlo. Se concluye que el valor de la tierra es más bien la expresión metálica de la única seguridad al alcance del ciudadano medio. *"Así, mientras el campesino francés halla la seguridad financiera en una pila de oro enterrada bajo el piso, el campesino guatemalteco no tiene otro recurso sino la tierra"* (**). La tierra asegura a una familia contra el hambre el costo de la enfermedad y la muerte; provee una forma de seguridad para los ancianos y, como herencia, representa la única seguridad sustancial para los hijos. Es de lamentar que el incremento rápido de la población sirva sólo para aumentar los precios de la tierra, al tiempo que aumenta la ineficacia de su rendimiento. Dicha ineficacia, así como la pérdida de los productos agrícolas, es fruto de varios factores, como la fragmentación progresiva de la tierra, que conduce no sólo a posesiones más pequeñas y más diseminadas, sino al hecho de que, proporcionalmente un porcentaje mayor de este recurso esencial

(*) ACRE: 4,000 mt²

(**) Elaboración propia.

es dedicado a la vivienda. Es de lo más común entre los propietarios poseer de tres a cinco parcelas separadas unas de otras, formando una superficie total de unos tres a cinco acres a lo sumo; la parcela mayor consiste en una pendiente abrupta cubierta de árboles.

Por consiguiente, es evidente que la escasez de tierra no significa sólo una imposibilidad para proveer lo necesario a la familia, sino la despoja de toda forma de seguridad necesaria para que se sienta física y psicológicamente cómoda. Aquí tenemos el punto crucial de un problema que ha alterado severamente el ritmo del modo de vida local y que ha aumentado también las tensiones entre ladinos e indígenas.

Infortunadamente, aparte del corte de madera, existen pocas alternativas como fuente de ingresos. Aun cuando la mujer puede hilar ocasionalmente un rebozo, que se vende en la localidad, o cuando la familia se dedica de cuando en cuando a la destilación de licor para obtener un ingreso adicional (ilegal), *el indígena se halla frecuentemente circunscrito por las instituciones que él considera hostiles a su comunidad.* Por ejemplo, cada árbol cortado en el municipio ha de pagar un impuesto en la cabecera. Un regular ingreso puede obtenerse mediante la brujería, pero aquí también, tal profesión no es bien vista por las autoridades eclesiásticas ni por las políticas de la cabecera. Cierta variedad de artesanía y servicios industriales se desarrolla en el pueblo de San Juan Ostuncalco, pero los empleos son generalmente reservados para los ladinos. De modo que por todos lados, *el indígena siente la mano del ladino como una fuerza limitadora o amenazadora.* Para responder a tales presiones económicas, el indígena ha recurrido sin entusiasmo al único medio disponible: el empleo por temporada mediante la emigración al vecino valle del Pacífico guatemalteco. Se ve asimismo temporalmente trasplantado, desde el seno de una relativa seguridad en los altiplanos de su vecindad, *hacia un círculo también dominado por los ladinos.*

La aplicación de fertilizantes, el uso de semillas mejores, la introducción de mejor ganado y el progreso general de técnicas agrícolas podrían doblar, y quizá más que doblar, la producción agrícola en el municipio en un corto período. Sin embargo, debido a la falta de interés de los políticos nacionales, *al deseo de los grandes*

terratenientes de mantener su statu quo, al espíritu conservador de la cultura indígena, algunos cambios rápidos de las técnicas agrícolas son poco probables y no lograrán posiblemente sino aplazar el día cuando el número siempre creciente de los habitantes alcanzará y sobrepasará el de los recursos disponibles. La población que ha doblado en los últimos treinta años, está sin duda destinada a duplicarse de nuevo en los próximos 25. En consecuencia, duplicar los recursos agrícolas no bastaría para una población que resuelve ya la escasez de producción local mediante emigraciones temporales y trabajos al exterior de la comunidad. Antes de 1945 no existía prácticamente la temporada migratoria hacia los valles costeros contiguos. Hoy se estima que 35 a 35 o/o de cabezas de familia emigran hacia las tierras bajas. En las áreas de mayor densidad de población agrícola, el 80 o/o de los jefes de familia sale para la costa; la tercera parte de ellos puede hacerse acompañar de toda su familia.

La distribución de tierra en el valle costero del Pacífico está destinada a aliviar la presión cada vez mayor de los sin tierra, pero si este proyecto no soluciona las necesidades de grandes grupos en el valle del Pacífico y valle costero, menos aún resuelve el de los residentes en el altiplano, (*). Muy pocos habitantes del municipio han sido beneficiados con este proyecto y no aparece ninguna solución inmediata para ninguna emigración sobre una base permanente. Los habitantes del municipio son víctimas de un círculo vicioso vitalicio del cual no se vislumbra ningún camino de escape.

(*) Se refiere a los parcelamientos. Ejs. "La Máquina", "La Democracia", etc.

2.d PRODUCCION

Según los datos del Censo Agrícola de 1964, había entonces en Ostuncalco 1,312 fincas ("Parcelas") dedicadas al cultivo del maíz, con una extensión aproximada de 1,729 manzanas, con una producción total de 28,116 quintales o sea que se produjo únicamente 25 libras por cuerda lo cual es sumamente bajo. Pero debemos tomar en cuenta que este dato está sujeto a error, pues la mayor cantidad de maíz, el indígena lo consume en su hogar y pudiera ser que esto no haya sido tomado en cuenta al hacer el cálculo de la producción total.

Según datos del mismo censo, mencionaré las siguientes producciones:

FRIJOL: 18 fincas, 5 manzanas en total, produjeron 69 quintales.

ARROZ: 1 manzana produjo 11 quintales.

HABA: 16 fincas con un total de 6 manzanas, 70 quintales.

PAPA: 139 fincas, con un total de 32 manzanas: 1173 quintales.

TRIGO: 1,119 fincas con un total de 837 manzanas, produjeron: 12,315 quintales.

Otra cosa que se debe tomar en cuenta es que en estas regiones no siembran la tierra con un solo cultivo sino que al mismo tiempo y en el mismo terreno siembran: maíz, frijol, haba y ayotes. De la cosecha nuestros habitantes consumen en su mismo hogar la mayor parte de su cosecha y el resto es vendido.

Referente a la producción artesanal de San Juan Ostuncalco es raro que no se menciona nada en los censos del 64, pues en esta región existen fábricas de muebles de mimbre y henequén, aunque en muy poca escala, creo que es muy importante mencionarlo.

INGRESO PER CAPITA: esto en nuestra población es un dato sumamente difícil de obtener, pues como mencioné anteriormente, nuestros habitantes consumen lo que producen y comercian muy poco de su producto, además dado a la diversidad de tamaño de sus parcelas es un cálculo difícil obtener. El único dato verdadero es que el habitante que no tiene tierras, vende su fuerza de trabajo por Q 0.50 a Q 0.60 diarios.

CUADRO No. 3

NUMERO TOTAL DE FINCAS Y/O PARCELAS DEL MUNICIPIO DE OSTUNCALCO, SEGUN SU EXTENSION (superficie en manzanas)

	TOTAL PROPIETARIOS	SUPERFICIE	NUMERO DE PARCELAS
Menores de 1 manzana	1,179	580	1,634
De 1 a menores de 2	641	912	1,258
De 2 a menores de 5	498	1,544	1,265
De 5 a menores de 10	164	1,112	492
De 10 a menores de 32	59	1,103	206
De 32 a menores de 64	12	537	32
De 1 caballería a menos de 10	7	1,020	8
TOTAL	2,560	6,708	4,895

Fuente: Censos de 1964.

Como puede observarse en el cuadro anterior la tierra está sumamente dividida en pequeñas parcelas, esto tiene por consecuencia la dificultad para tecnificar el cultivo de la tierra y por lo tanto da por resultado la baja producción de la misma. Además se puede notar que la mayor extensión de tierra la tiene un menor número de habitantes, fenómeno que se da en todo el país.

2.e FUENTES DE AGUA

En la cabecera municipal de Ostuncalco, hay tres fuentes de agua potable: ROMERO: fuente que surte de agua a la mayor parte del pueblo; SHOLCUT'S; actualmente fuera de servicio; LAS MARAS: surte únicamente al barrio San Antonio. Cuenta San Juan con 7 chorros públicos.

La corporación municipal que acaba de entregar, tenía el proyecto de poner agua intradomiciliar en la mayoría de casas, pero con la condición de poner contadores, el pueblo se opuso a esta medida por lo que el proyecto quedó únicamente en el papel. Con el cambio de corporación municipal desaparecieron todos los datos referentes a este proyecto y con él también todos los datos referentes a la disponibilidad de agua de los habitantes de San Juan, probablemente por razones de tipo político.

EXCRETAS: Respecto de las excretas el único dato que existe es que en Ostuncalco (cabecera municipal) hay únicamente 220 letrinas sanitarias.

El fin de todas las excretas del pueblo es al mismo tiempo el basurero municipal, el cual queda escasamente a 50 metros de este Centro de Salud lo cual va en perjuicio de la salud del pueblo. No se conoce de ningún proyecto por parte de la municipalidad para cambiar esta situación.

VIVIENDA: Dado a la gran cantidad de casas en esta población, la mala disposición de las mismas, el no contar con un mapa del pueblo, por ser las orillas del pueblo prácticamente rurales y no haber un buen sistema de numeración de las casas, además de contar únicamente con mi persona para hacer un muestreo me fue imposible realizar un estudio sobre el tipo de construcción de la vivienda. Sin embargo, a grandes rasgos se puede decir que en el área urbana y rural de Ostuncalco predomina el tipo de construcción con paredes de adobe. En el área urbana son relativamente pocas las casas que tienen cielo y pisos, las que tienen cielo, es éste de madera y las que tienen pisos son muy pocas y es de cemento. En el área rural casi el 100 o/o de las casas son de adobe, con piso de tierra, techo de pajón.

3. LOS DAÑOS

3.a MORBILIDAD

En el cuadro siguiente están las 10 principales causas de consulta en el Centro de Salud de Ostuncalco, durante los meses: 15 de Feb. a 15 de Mayo de 1974. Estos datos fueron tomados del registro clínico de los pacientes que fueron vistos por el practicante EPS durante ese tiempo. Se hace notar lo siguiente:

1. No es un reflejo real del número de consultas que hubo durante ese tiempo, pues en primer lugar fue entonces cuando se llevó a cabo la campaña de vacunación, lo que hizo que la atención en el Centro de Salud, bajara notablemente.
2. Hubo días en que por razones de tiempo, la enfermera del Centro de Salud atendió la consulta. Dichos diagnósticos no fueron tomados en cuenta.
3. El número más alto de consultas le corresponde a la causa número 12, que según el Código de clasificación de diagnósticos es "Resto de Infecciones y parasitarias" en el que se incluyó parasitismo, abscesos, otitis, conjuntivitis, sarcoptiosis, etc.
4. El segundo lugar lo ocupa "Demás causas" número 34 según el Código, porque realmente hay un número grande de diagnósticos, sobre todo en la población de 15 a 44 años que no tienen número de código en la clasificación que nos fue dada.
5. La desnutrición quedó en el sexto lugar, a pesar de que prácticamente toda la población infantil sufre algún tipo de desnutrición, y esto se debe a que se tomó en cuenta únicamente el diagnóstico de la enfermedad por la cual consultó el paciente.
6. Tampoco es ese un reflejo real cuantitativo de la morbilidad en Ostuncalco por 2 razones: Funcionan en San Juan dos clínicas religiosas (Clínica Mam y Clínica Parroquial) que tienen aproximadamente 50 consultas diarias entre las dos y la otra razón es que consultan a este Centro de Salud muchas personas de otros municipios.

3.b MORBILIDAD POR DESNUTRICION

Sobre este dato es importante decir que a pesar de ser el problema número uno de nuestra población, no existen informes regionales, ni de centros de salud, sobre desnutrición clasificada. En los registros clínicos de los centros de salud es sumamente raro encontrar un diagnóstico de desnutrición, pues regularmente se le da prioridad a la enfermedad por la que consulta el paciente.

También es importante señalar que es muy poco lo que el médico puede hacer por ayudar a resolver este problema, *pues mientras no se cambien las estructuras socioeconómicas de nuestro país, está de más recomendar constantemente a la población la mejor forma de nutrir a sus hijos porque aunque quieran darles una buena alimentación no cuentan con los medios para hacerlo. Lo que es más drámático es que los pacientes con desnutrición grave, que uno en el área rural considera que la única forma de salvarlos del estado en que se encuentran es hospitalizándolos, se encuentra con que estos pacientes son hasta cierto punto repudiados en los hospitales y que el 98 o/o de los casos se le niega su ingreso. Es también difícil mandarlos a centros de recuperación nutricional, pues éstos están ubicados únicamente en la cabecera departamental y son una especie de guardería, a donde se lleva a los niños por la mañana y se tienen que recoger por la noche, lo que la gente del área rural definitivamente no puede hacer.*

3.c MORBILIDAD POR TUBERCULOSIS

En San Juan Ostuncalco hay 11 casos descubiertos de tuberculosis; de éstos, 6 fueron descubiertos en los últimos 5 meses del presente año. De estos 11 pacientes únicamente 5 asisten regularmente a tratamiento y uno de ellos lleva su tratamiento en su casa con INH y tioacetazona (diat bén) de quien en realidad no se puede decir a ciencia cierta si toma o no su medicina y no se le puede controlar estrictamente por vivir muy lejos del centro de salud. Los otros 4 fueron descubiertos durante mi práctica y son los que regularmente asisten al centro de salud. Esto yo lo atribuyo a que los demás no han recibido una buena orientación y enseñanza acerca de lo que realmente es la enfermedad que les aqueja.

Se trató de localizar a los demás pacientes, lo que se consiguió

CUADRO No. 4

DIEZ PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DADOS POR EPS. EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN OSTUNCALCO, DEL 15 DE FEBRERO AL 15 DE MAYO DE 1974

		el año		1-4		5-9		10-14		15-44		45 y más		URB.		RURAL		TOTAL	
		No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
12		6	1	39	6.5	30	5	16	2.7	38	6.3	10	1.7	24	15.7	50	8.3	144	24
34		5	0.83	9	1.5	11	1.8	10	1.7	61	1.01	33	5.5	74	12.3	60	10	134	22.3
23		26	4.3	32	5.3	13	2.16	7	1.16	15	2.5	16	2.7	57	9.5	52	8.6	109	18.1
19		16	2.7	18	3	6	1	4	0.67	16	2.7	3	0.5	38	6.3	25	4.16	63	10.5
20		13	2.16	11	1.8	6	1	3	0.5	6	1	6	1	22	3.67	23	3.83	45	7.5
02		5	0.83	10	1.7	2	0.33	6	1	10	1.7	3	0.5	19	3.16	17	2.83	36	6
15		12	2	6	1	3	0.5	2	0.33	1	0.16	2	0.33	8	1.33	18	3	26	4.33
31		0	0	2	0.33	5	0.83	5	0.83	7	1.16	4	0.67	13	2.16	10	1.17	23	3.83
05		0	0	6	1	4	0.67	1	0.16	0	0	0	0	6	1	5	0.83	11	1.83
03		0	0	0	0	0	0	0	0	4	0.67	5	0.83	3	0.5	6	1	9	1.5
TOTAL																		600	

únicamente con 3 de ellos, pero definitivamente fue ya imposible convencerlos de que siguieran su tratamiento.

Acerca de la filosofía del programa y las normas de atención de los pacientes, se hablará en el capítulo correspondiente.

3.d TASAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD

Durante el año de 1973, hubo un total de 971 nacidos vivos, con una población real de 18,604 habitantes. La tasa de natalidad es de 52.2 por 1,000 habitantes.

Durante el mismo año hubo en Ostuncalco un total de 519 muertes; la tasa de mortalidad es de 27.9 por 1,000 habitantes.

El crecimiento vegetativo de la población del Municipio es de 2.43 o/o.

3.e DENSIDAD DE POBLACION

En la Dirección General de Estadística y en algunos libros en donde hay datos de Ostuncalco, su extensión territorial está equivocada, pues el dato que se encuentra es de 2,502 Km²; Este dato lo confundieron con la altura de San Juan Ostuncalco que es de 2,501.69 metros sobre el nivel del mar. La extensión territorial real de Ostuncalco es de 52 Km². La densidad de población es de 357.77 habitantes por kilómetro cuadrado.

3.f MORTALIDAD

Mortalidad Neonatal:

En el año de 1973, en el municipio de Ostuncalco, hubo 76 fallecimientos de niños de 0-28 días de edad, lo que equivale a una tasa de mortalidad neonatal de 78.2 por 1,000 nacidos vivos. Es de hacer notar que la mortalidad neonatal de Ostuncalco casi tiene el valor de la mortalidad infantil en el país (mortalidad infantil mortalidad neonatal más mortalidad postneonatal). En los libros del registro civil se encuentran sólo tres causas de muerte neonatal: tos

y calentura, tos ferina y catarro pulmonar, Aunque estos diagnósticos son dados por empíricos, podemos deducir que la causa número uno de muerte neonatal en dicho municipio, son enfermedades del sistema respiratorio. Esto puede suceder por las condiciones climáticas del municipio y además porque estos niños al nacer comienzan a vivir en chozas en donde constantemente hay humo y polvo, además el hacinamiento existente favorece que contraigan enfermedades respiratorias, ésto sumado a la muy poca o ninguna atención médica, da como resultado que muchos niños estén condenados a vivir muy poco tiempo.

Mortalidad Post-neonatal:

En este grupo de edad, hubo en 1973, un total de 154 muertes, lo que equivale a una tasa de mortalidad post-neonatal de 158.5 por 1,000 nacidos vivos, llegando este dato casi a duplicar la mortalidad infantil del país. Aquí continúan con bastante prioridad las enfermedades respiratorias como causa de muerte y en segundo lugar las enfermedades gastrointestinales (diarreas). La causa de esto es la situación económica, cultural y social de nuestros habitantes, conocidas por todos y que no viene al caso discutir las aquí.

Los datos anteriores nos llevan a tener una tasa de mortalidad infantil de 236.7 por 1,000 nacidos vivos, tasa que triplica la mortalidad infantil en el país.

Mortalidad materna:

Complicaciones de embarazo y/o puerperio, como causa de muerte, hubo únicamente 3 casos en Ostuncalco, en el año de 1973, registrados en el libro de defunciones del registro civil, como "mal parto". Tasa de mortalidad materna = 3.1 por 1,000 nacidos vivos.

Mortinatalidad:

Hubo en 1973 un total de 83 mortinatos. La mayoría de los partos fueron atendidos por comadronas empíricas y muchos de ellos sin ningún tipo de atención.
Tasa de Mortinatalidad = 83.8 x 1000 nacidos vivos.

COMENTARIO

Estos datos tan elevados de mortalidad infantil y mortinatalidad, son en verdad alarmantes y nos hacen ver claramente que los habitantes del altiplano están prácticamente abandonados por nuestras autoridades de Salud Pública. Gran parte de esto podría remediarse elevando el nivel cultural de los habitantes a fin de que aprendan a buscar atención médica; además creo que es imperativo dar un adiestramiento completo a las comadronas que allí laboran, mientras llega el día en que nuestra gente pueda prescindir de ellas o sea cuando Salud Pública haga llegar hasta ellos, verdaderos centros asistenciales y no engañarlos con los pseudo-puestos de salud que existen actualmente.

Mortalidad en General:

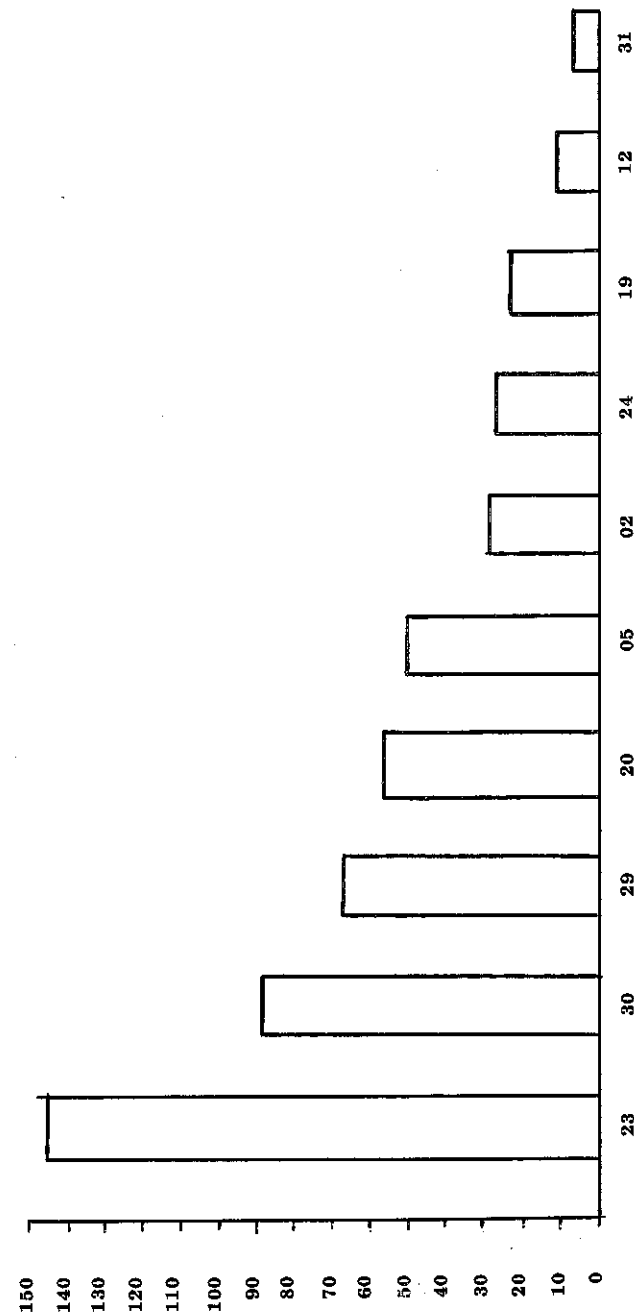
Al hablar de causas de mortalidad en Ostuncalco, como en todo el país, debemos hacer la salvedad de que no es un dato que se ajusta fielmente a la realidad, pues las causas de defunción en los mismos son reportados casi en su totalidad por empíricos o por agentes de la autoridad profanos en medicina; aunque en el fondo reflejan, a groso modo lo que sucede en nuestra población.

En el cuadro de mortalidad podemos apreciar que la causa número uno es: "gastritis, enteritis y enterocolitis". Incluí en este grupo todos aquellos diagnósticos de muerte que tenían como diagnóstico de muerte: diarreas (asientos).

La segunda causa la ocupa: Senilidad, mal definidas y desconocidas, pues en realidad no se encontró en muchísimos casos en donde incluir los diagnósticos, Ej.: calambres, dolor de cabeza, fiebre e hinchazones, etc. . . .

GRAFICA No. 2

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL MUNICIPIO DE OSTUNCALCO
DEPARTAMENTO DE QUEZALTENANGO, EN EL AÑO DE 1973.



Fuente: Registro Civil de Ostuncalco, Libros de Defunciones, Año de 1973.

NORMAS DE CLASIFICACION DE DIAGNOSTICOS

Aquí se ponen únicamente las causas que corresponden a los números de código usados en las gráficas de estudios de morbilidad y mortalidad:

CODIGO	DIAGNOSTICO
02	Disenteria en todas sus formas
03	Tuberculosis en todas sus formas
05	Tos ferina
12	Resto de infecciones y parasitarias
15	Desnutrición y malnutrición
19	Infecciones agudas de las vías aéreas superiores, influencias o gripe.
20	Neumonía y Bronconeumonía
23	Gastritis, gastroenteritis, colitis y enteritis.
24	Cirrosis
29	Propias de la primera infancia
30	Senilidad, mal definidas y desconocidas
31	Accidentes, envenenamientos, violencias
34	Demás causas. Las no comprendidas en la clasificación por código.

4. POLITICA DE SALUD

4.a Descripción:

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

San Carlos Sija
Huitán
Cabricán

Sibilia
Ostuncalco
La Esperanza

CUADRO No. 5
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO ETARIOS EN OSTUNCALCO. AÑO 1973

CAUSAS	0- 1 á	1-4 á	5-9 á	10-14 á	15-44 á	45 y más	TOTAL
23	51	22	5	10	17	41	146
30	39	5	3	6	8	28	89
29	68						68
20	33	10	4	2	5	2	56
05	10	37	1			3	51
02	15	7			3	2	27
24						26	26
19	9				3	11	23
12	4	7	1				12
31				1	4	1	6
TOTAL	229	88	14	19	40	114	504

Fuente: Libro de Defunciones, Registro Civil.

Olintepeque	San Miguel Sigüilá
Palestina de los Altos	Zunil
Cajolá	Almolonga
San Martín Sacatepéquez	Cantel
Concepción Chiquirichapa	Salcajá
San Mateo	San Francisco la Unión
	Quezaltenango

La población total del área, según datos del censo de 1973 es de 311,613 habitantes, de los cuales el 65 o/o 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 y el Centro de Salud tipo B, que aunque se encuentran en diferentes edificios, dependen de una misma jefatura.

4.b Recursos:

En el área funcionan 19 puestos de salud, ubicados en las cabeceras municipales de los municipios antes mencionados; 9 puestos de salud de tipo religioso; un centro nutricional regional; el Hospital General de Occidente (San Juan de Dios); Hospital Rodolfo Robles (Prevención y tratamiento de Tuberculosis); 5 servicios privados (casas de salud y hospitales).

Servicios de Salud del área

- Centros de Salud: 2 en la cabecera departamental
- Puestos de Salud: 19
- Puestos de Salud Parroquiales: 7
- Puestos de Salud Evangélicos: 1 (en San Juan Ostuncalco)
- Desarrollo de la Comunidad: 3 (Cantel, San Miguel Sigüilá, San Carlos Sija)
- S.E.R.N.: 2, en la cabecera departamental
- Hospitales: 1
- Servicios privados: 6
- Personal médico: 23 (384 horas semanales)
- Personal de Enfermería: Profesionales: 13 (521 horas semanales)

	Auxiliares: 71 (3,032 h. semanales)
--	Técnicos de Laboratorio: 5 (44 horas semanales)
--	Auxiliar de Laboratorio: 4 (44 horas semanales)
--	Técnicos de Rayos X: 3 (42 horas semanales)
--	Asist. Social: 1 (44 horas semanales)
--	Farmacéuticos: 1 (12 horas semanales)
--	Personal administrativo: 12 (528 horas semanales)
--	Personal Misceláneo: 115 (5,060 horas semanales)
--	Otros: 18 (792 horas semanales)
--	Número de camas para hospitalización: 352
	Medicina 93 camas
	Cirugía. 60 "
	Pediatría 102 "
	Ginecobstetricia. 48 "
	Traumatología. 21 "
	Oftalmología. 12 "
	Incubadoras. 7 "
	Casas de Salud 9 "

Egresos hospitalarios por año: 5,934

--	Vivos 5,622
--	Muertos 312

OPERACIONES: 1,958

PARTOS INSTITUCIONALES: 1,564

TRATAMIENTOS: 12,531

EXAMENES DE LABORATORIO: 64,776

--	Coprológicos 5,500
--	Urológicos 12,525
--	Hematológicos 26,976
--	Serológicos 6,228
--	Bacteriológicos 1,161
--	Otros 12,386

4.c PRESUPUESTO GENERAL Y POR RENGLONES:

AREA QUEZALTENANGO

ACTIVIDAD: Servicio médico hospitalario de Occidente
UNIDAD EJECUTORIA: Hospital General de Occidente
74-214-04-09-1.04-06-02 415,625.00

0	SERVICIOS PERSONALES	295,601.00
011	Personal permanente en el interior	286,680.00
041	Planillas de Jornales	9,821.00
1	SERVICIOS NO PERSONALES	4,395.00
117	Electricidad	1,000.00
121	Publicidad y Propaganda	80.00
132	Gastos de viáticos en el interior	1,246.00
139	Otros viáticos y gastos conexos	120.00
149	Otros gastos de transporte	720.00
172	Mantenimiento de equipo de oficina	120.00
173	Mantenimiento de equipo sanitario	250.00
175	Mantenimiento de equipo de transporte	300.00
176	Mantenimiento de equipo para comunicaciones	10.00
179	Otros servicios de mantenimiento por contrato	50.00
189	Otros servicios de mantenimiento de Obras	340.00
199	Diversos servicios	159.00
2	MATERIALES Y SUMINISTROS	115,129.00
211	Alimentos para personas	53,512.00
224	Pómez, cal y yeso	228.00
231	Hilados y Telas	2,240.00
232	Acabados textiles	300.00
241	Papel escritorio	400.00
244	Productos de artes gráficas	400.00
253	Llantas y neumáticos	800.00
261	Elementos y compuestos químicos	2,000.00
262	Combustibles y lubricantes	3,368.00
264	Insecticidas, fumigantes y similares	700.00
265	Productos sanitarios	2,000.00
266	Productos medicinales y farmacéuticos	41,223.00
269	Productos químicos y conexos	1,500.00
275	Productos de cemento, pómez, asbesto y yeso	50.00
287	Accesorios y repuestos para vehículos	200.00
291	Útiles de oficina	600.00
292	Útiles de limpieza	600.00
295	Útiles menores médico quirúrgicos	4,508.00

296 Útiles de cocina y comedor 100.00

PROGRAMA: Servicio médico hospitalario y de salud.
SUB-PROGRAMA: Servicios médico hospitalarios Región V
UNIDAD EJECUTORIA: Región de salud V

CODIFICACION. OBJETO DEL GASTO ASIGNADO 1974.

74-214-04-09-1.04-06-01 1,682,746.00

0	SERVICIOS PERSONALES	1,213,181.00
011	Personal permanente en el interior	1,191,000.00
022	Personal por contrato	3,000.00
041	Planillas de jornales	18,341.00
091	Servicios personales no clasificados	840.00

1	SERVICIOS NO PERSONALES	32,684.00
1	Resumen de otros renglones del grupo	18,115.00
132	Gastos de viáticos en el interior	13,879.00
139	Otros viáticos y gastos conexos	140.00
151	Arrendamiento de edificios	480.00

2	MATERIALES Y SUMINISTROS	430,156.00
2	Resumen de otros renglones del grupo	70,764.00
211	Alimentos para personas	205,059.00
262	Combustibles y lubricantes	17,395.00
266	Productos medicinales y farmacéuticos	136,938.00

3	MAQUINARIA Y EQUIPO	6,725.00
3	Resumen de renglones del grupo	6,725.00

ACTIVIDAD: Dirección regional
UNIDAD EJECUTORIA: Jefatura regional V
74-214-04-1.04-06-01

52,319.00

0	SERVICIOS PERSONALES	45,120.00
011	Personal permanente en el interior	45,120.00
022	Personal por contrato	3,000.00

1	SERVICIOS NO PERSONALES	6,777.00
111	Teléfono	36.00
122	Impresión y encuadernación	36.00
132	Gastos viáticos en el interior	6,655.00
172	Mantenimiento de equipo de oficina	50.00

2	MATERIALES Y SUMINISTROS	422.00
241	Papel de escritorio	100.00
242	Papeles comerciales, cartón y otros	15.00
243	Productos de papel o cartón	60.00
245	Libros, revistas y periódicos	34.00
253	Llantas y neumáticos	150.00
291	Útiles de oficina	45.00
292	Útiles de limpieza	18.00

ACTIVIDAD: Area Quezaltenango, Centro de Salud

74-214-04-09-1.04-06-01	48,399.00
0 SERVICIOS PERSONALES	46,980.00
011 Personal permanente en el interior	46,920.00
091 Servicios personales no clasificados	60.00

1	SERVICIOS NO PERSONALES	995.00
2	MATERIALES Y SUMINISTROS	424.00

ACTIVIDAD: Servicios Médico hospitalarios en Palestina.
C. S. Palestina

74-214-04-09-1.04-06-01	12,820.00
-------------------------	-----------

0	SERVICIOS PERSONALES	10,560.00
011	Personal permanente en el interior	10,560.00
1	Servicios no personales	290.00
2	Materiales y suministros	570.00
3	Maquinaria y equipo	1,400.00

ACTIVIDAD: Servicios Médico hospitalario en: Hospital Rodolfo
Robles

74-214-04-09-1.04-06-01	134,631.00
-------------------------	------------

0	SERVICIOS PERSONALES	83,982.00
011	Personal permanente en el interior	81,780.00
091	Servicios personales no clasificados	2,202.00

1	Servicios no personales	1,404.00
111	Teléfono	36.00
112	Correo	6.00
122	Impresión y encuadernación	300.00
132	Gastos de viáticos en el interior	100.00
144	Transporte de personas	20.00
172	Mantenimiento equipo de oficina	50.00
173	Mantenimiento equipo médico sanitario	300.00
175	Mantenimiento equipo de transporte	150.00
181	Mantenimiento de edificios	200.00
199	Diversos servicios	242.00

2	MATERIALES Y SUMINISTROS	42,245.00
211	Alimentos para personas	25,000.00
215	Productos Agroforestales	1,440.00
231	Hilados y tela	240.00
232	Acabados textiles	60.00
241	Papel de escritorio	54.00
243	Productos de papel o carbón	120.00
253	Llantas y neumáticos	200.00
261	Compuestos químicos	120.00
262	Combustibles y lubricantes	3,000.00
263	Abonos y fertilizantes	142.00
264	Insecticidas y similares	200.00
266	Productos medicinales y farmacéuticos	14,500.00
267	Productos sanitarios	760.00
269	Otros productos químicos y conexos	1,900.00
274	Cemento	60.00
287	Accesorios y repuestos para vehículos	100.00
291	Útiles de oficina	120.00
292	Útiles de limpieza	100.00
296	Útiles de cocina y comedor	100.00
299	Otros productos varios y útiles	29.00

ACTIVIDAD: Servicios médico hospitalario: Clínica del Tórax
74-214-04-09-1.04-06-01 18,665.00

0	SERVICIOS PERSONALES	13,320.00
1	SERVICIOS NO PERSONALES	970.00
2	MATERIALES Y SUMINISTROS	4,375.00

Médicos: Tasa x 10,000 hab. 0.738

Enfermeras profesionales: Tasa x 10,000 hab. 0.417

Este dato viene a respaldar lo dicho en párrafos anteriores acerca de la escasa oportunidad de los habitantes de Ostuncalco y en general de los habitantes del área rural, de tener asistencia médica y paramédica adecuada. Además, debo decir que en Ostuncalco propiamente no hay más que un estudiante de último año de la carrera de Medicina y esto hasta 1974, pues antes no lo había o sea que el 100 o/o de los médicos laboran en la cabecera departamental: únicamente ocasionalmente llega el médico de UAMAS a dar consulta tipo "campaña médica", lo que es una verdadera farsa, pues es imposible dar una buena atención cuando atiende más de 20 pacientes en 2 horas. Además, este Médico ve los casos que la auxiliar de enfermería le selecciona o sea lo que ella no puede "diagnosticar y tratar" ya que los pacientes en su mayoría niños con diarreas, enfermedades respiratorias o desnutridos que es lo más importante, está "adiestrada" para recetar, antidiarréico y antihelmíntico, penicilina o vitaminas respectivamente.

4.c SERVICIOS DE SALUD DEL AREA

Acerca de los servicios de salud que funcionan en el área de Quezaltenango, como todos los del país, tendría que decir que es verdaderamente imposible que funcionen adecuadamente y presten un servicio de buena calidad, debido a que su presupuesto es exactamente el mismo que tenían hace 10 años; naturalmente, la demanda de servicios médicos en esos 10 años se ha duplicado por dos razones: 1) Aumento de la población; 2) Aumento de la búsqueda de atención médica calificada por la población que hace 10 años por razones de cultura, no lo hacía. Sin embargo, las autoridades

superiores pretenden que estas instituciones sigan prestando un buen servicio, sin aumentar el presupuesto. Dicho en otras palabras, se pretende seguir engañando al guatemalteco, haciéndole creer que se preocupan por su salud cuando la realidad es distinta.

En el hospital de Quezaltenango, según datos proporcionados por el Director de dicho Establecimiento, hubo 5,934 egresos en un año. Se pagan apenas 384 horas semanales a personal médico. Si de estas horas quitamos las pagadas a médicos que no tienen contacto con el paciente hospitalario, sino sólo con pacientes de emergencia y/o consulta externa, y además, las pagadas a médicos que no tienen contacto directo con los pacientes (Ej. Director), nos quedamos con que en realidad sólo se ocupan 200 horas-médico para pacientes hospitalizados. Ahora bien egresan mensualmente del hospital 500 pacientes, o sea que si en el mismo mes se pagan 800 horas médico para estos pacientes, cada uno de ellos recibe solamente 90 minutos de atención, esto significa que un médico para cada cama (ocupada por un paciente) dedica 90 segundos diarios. Esto si realmente se cumplieran a cabalidad las 800 horas médico pagadas mensualmente, pero de todos es sabido que la mayoría de médicos no trabajan el tiempo que les pagan o sea que prácticamente hay un grupo numeroso de pacientes que al ingresar al hospital, los ve tal vez una vez el médico y el resto del tiempo de su estancia, son atendidos en el hospital, por enfermeras.

Si a esto sumamos la carencia de equipo y medicinas, nos damos cuenta que realmente el Hospital es una bonita forma de fingir al pueblo que se está tratando de resolver sus problemas de salud. A esto se debe el enorme desprestigio en que han caído nuestras instituciones hospitalarias departamentales, al extremo de oír de habitantes de nuestra comunidad que prefieren morir en su casa y no en el hospital.

Existe también el problema de una pésima atención en el servicio de emergencia, a pesar de haber practicantes de medicina (a los cuales se les ha llegado a temer). Esto es debido al poco interés y poca presión por parte de las autoridades superiores, para que los internos de turno estén prestando a cabalidad su servicio en la emergencia, como también los "Médicos de Guardia" para que hagan guardia en el Hospital y no en su casa o su clínica, como realmente sucede. En casos de emergencia en los que es necesaria la presencia del médico de guardia por su experiencia, conocimientos, habilida-

des y capacidad de decisión, llega cuando es poco lo que se puede hacer por el paciente, y eso cuando llega lo que raramente sucede. Debo hacer notar que existen también algunos médicos (lamentablemente muy pocos) que cuando se les llama, si llegan a ver pacientes, aún en horas de la noche, a pesar de que no se les paga o no laboran en el hospital.

Además, hay ocasiones en que el paciente es referido de un centro de salud al Hospital, porque no se cuenta en aquel con un laboratorio para hacer los exámenes mínimos que ayudan a hacer un diagnóstico o se necesita la consulta con un médico de más experiencia, pero se encuentra en ocasiones que ni en el Hospital se puede hacer por lo menos una hematología y si además el paciente no recibe atención médica, se llega a la triste, penosa y lamentable conclusión de que es mejor tratarlos a nivel de Puestos de Salud.

Unas posibles medidas a tomar serían:

1. Elevar el presupuesto del Hospital General de Occidente y darle una mejor distribución a dicho presupuesto.
2. Hacer una auditoría médica hospitalaria, para determinar la calidad de servicio en función de tiempo-salario que estos prestan.
3. Evaluar la calidad de médicos que allí laboran y determinar si tienen capacidad o no para hacerlo, y en base a eso dejar en el hospital sólo a personal médico capaz, y el resto de plazas ponerlas a oposición.
4. Aumentar la cantidad de personal médico y paramédico.
5. Abolir las plazas de Médicos de guardia y en su lugar, poner a médicos residentes.
6. Velar porque los internos cumplan a cabalidad con sus obligaciones.

4.f PROGRAMAS EXISTENTES EN EL AREA

4.f.1 Materno:

Se trató de establecer un programa materno en Ostuncalco,

pero hasta el momento, es muy poco lo que se logró en ese sentido. Se hizo un diseño del horario de consulta prenatal y de un número determinado de consultas por madre en control prenatal, así: los días martes y viernes por la tarde, sería la consulta prenatal. Se citaría a las pacientes con embarazo normal, a una consulta cada seis semanas durante las primeras 30 semanas, luego cada dos semanas hasta las 36 semanas y luego cada semana hasta que tuviera su parto. Los casos que tuvieran alguna patología se individualizarían dependiendo del tipo de patología. Todo esto no se pudo realizar porque: a) Por el grado de cultura de la población, las madres no logran captar la necesidad de tener un control de esta naturaleza; vienen al centro de salud con el único fin de saber si su niño está bien o no, o cuando la comadrona empírica no está segura de algo con respecto al embarazo, y aunque se les insista en la conveniencia de regresar a reconsulta, son muy pocas las que lo hacen. b) Debido a las largas distancias que recorren para llegar al consultorio, se crea la impensable necesidad de darles atención el día y la hora que vengan a solicitarla.

En los seis meses de práctica tuve 22 madres inscritas nuevas y ninguna que hubiera llegado anteriormente a ser evaluada por la enfermera o el médico de UAMAS. De estas 22 inscritas nuevas, únicamente 2 lo hicieron antes del 5o. mes de embarazo y solamente 8 regresaron a una reconsulta.

4.f.2 Infantil y preescolar:

Para establecer este tipo de programas en una comunidad rural, debemos formularnos la siguiente pregunta: Si las madres no traen al centro de salud a sus hijos cuando están un poco enfermos, sino hasta que están verdaderamente graves, cómo hacer para que los traigan cuando están sanos? y si además cuando los llevan enfermos nunca los traen a una reconsulta.

4.f.3 Programa de Tuberculosis

En el departamento de Quezaltenango se sigue un programa de prevención y tratamiento de tuberculosis, que en el correr del tiempo ha pasado por varias etapas.

1. Antes de 1960: tratamiento exclusivamente a nivel hospitala-

rio. En ese entonces, para hacer un diagnóstico de tuberculosis, se basaban sobre todo en estudios radiológicos y bacteriológicos, aunque le daban mayor índice de seguridad a los estudios radiológicos.

2. 1960-1966: Se establece el control post-sanatorial de los pacientes egresados; se crea el dispensario para tratamiento ambulatorio y se inicia el tratamiento quirúrgico racional. Durante esta etapa sigue predominando el criterio radiológico para el diagnóstico; se reduce ostensiblemente el período de hospitalización.
3. 1967-1971: Se crea la Clínica del Tórax, con funciones de prevención, pesquisa de casos y fundamentalmente coordinación con otros establecimientos. Esta fase es considerada como la de Integración de Servicios, con lo que se hizo disminuir esfuerzos y se comenzó a aprovechar en mejor forma los recursos.
4. 1972: Fase de evaluación o autocrítico que ha dado como resultado la revisión total de los procedimientos de pesquisa diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes, usados hasta esta fecha en Quezaltenango.

Postulados:

1. Considerar como enfermo tuberculoso, solamente a aquellos pacientes en que fuera plenamente demostrado por bacterioscopia, la presencia del Bacilo de Koch.
2. Utilizar procedimientos diagnósticos de alto rendimiento, bajo costo y accesibles a nuestro actual sistema de salud.
3. Considerar los estudios radiológicos, únicamente como instrumento de apoyo.
4. Reducir el número de camas, así como el promedio de estancia hospitalaria.
5. Aumentar los tratamientos ambulatorios, tratando de que sean totalmente controlados y supervisados.

6. Dirigir el mayor esfuerzo a los grupos de población que tiene mayor riesgo de contraer la enfermedad y de padecerla: sintomáticos respiratorios y contactos.
7. Reevaluar los casos crónicos conocidos y someterlos a esquemas de tratamiento con drogas de segunda línea.
8. Continuar usando procedimientos quirúrgicos para los casos con indicación precisa.
9. Iniciar una campaña de difusión de estos postulados a través del personal médico, paramédico y medios de comunicación colectiva.
10. Extender la lucha antituberculosa hacia la red sanitaria existente a través de un programa técnicamente elaborado y basado en experiencias nacionales y extranjeros.

Principales actividades:

Vacunación BCG. Fase de vacunación masiva o de ataque en la población menor de 15 años y luego una fase de mantenimiento. En la fase de ataque se vacunará con BCG al 80 o/o de esta población, sin investigación tuberculínica previa. En la fase de mantenimiento se vacunará con BCG por lo menos al 80 o/o de los nacidos anualmente.

Detección de nuevos casos:

Orientada hacia los grupos de mayor riesgo, sintomáticos respiratorios y contactos. Se establecen las siguientes prioridades: a) sintomáticos respiratorios. b) contactos. c) consultantes de hospitales generales pacientes con enfermedades predisponentes.

Tratamiento de los casos:

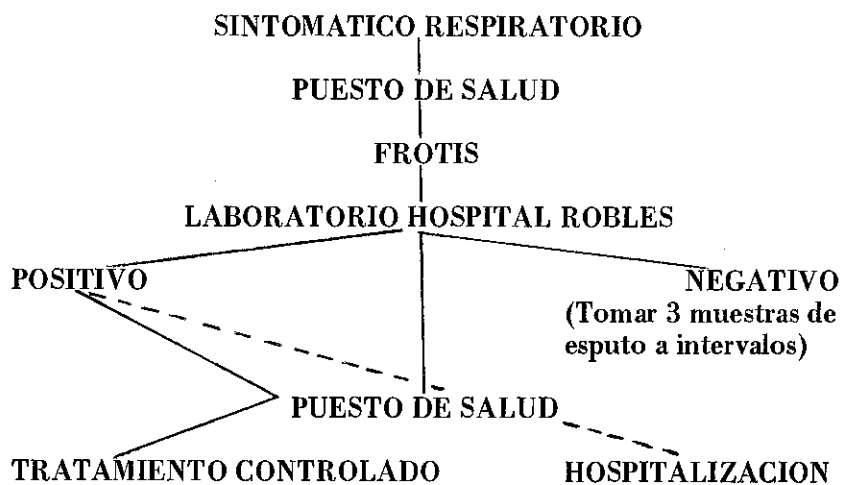
Preferentemente ambulatorio y controlado en el establecimiento más próximo al sitio de la residencia del enfermo, reservando la hospitalización para los casos con indicación clínica, según normas nacionales.

Recursos:

Un hospital (Rodolfo Robles), con 168 camas (98 para hombres, 70 para mujeres); un laboratorio; rayos X, personal médico y paramédico; una clínica del tórax que centraliza la pesquisa del paciente tuberculoso y la morbilidad por TB, con actividades de tratamiento totalmente controlado; de vacunación y quimioprofilaxis. Dispone de personal, equipo y locales necesarios para radio-diagnóstico y vacunación. Una sala de hospitalización con doce camas en el departamento de Pediatría en el hospital General de Occidente; servicios médicos de consulta en el mismo hospital; Puestos de Salud en 19 municipios.

Funciones de los Puestos de Salud:

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



Quimioprofilaxis:

La quimioprofilaxis queda limitada, debido a la campaña de vacunación, a los contactos menores de 15 años tuberculino-positivo, sin antecedentes de vacunación.

4.g ADMINISTRACION

Grado de integración de servicios:

Según la nueva estructura de los servicios de salud, éstos están a cargo de un médico Jefe de Área, quien tiene a su cargo las siguientes responsabilidades:

1. Dirigir y evaluar el servicio integrado de salud, participando en el desarrollo de sus actividades.
2. Dirigir, asesorar y supervisar el área de salud y los servicios incluidos en su jurisdicción.
3. Velar porque se realicen las acciones de protección, recuperación y rehabilitación de la salud en forma integrada.
4. Velar porque en los servicios haya suficiente material y equipo para la realización de sus actividades.
5. Evaluar al personal que labora en los servicios de salud.
6. Velar porque los fondos sean manejados en forma correcta.
7. Hacer anualmente el programa de trabajo del área y el presupuesto respectivo.
8. Cubrir las metas de trabajo fijadas por la sub-dirección técnico-administrativa.
9. Rendir mensualmente información de las actividades realizadas por sus servicios.
10. Establecer turnos rotativos del personal profesional para que cubran consultas externas.
11. Establecer turnos rotativos para que se atiendan los servicios de emergencia por las noches y días festivos.

Existe un médico sub-jefe de área, quien dirige, coordina 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 comprende: Hospital General de Occidente, Centro de Salud, Hospital Rodolfo Robles, Clínica del tórax, Dispensario antituberculoso, Puestos de salud y las U. A. M. A. S.; Cuenta con departamentos técnico-administrativos para cumplir en forma coordinada los programas de salud.

Todo lo anterior se queda en un supuesto, porque en la realidad los servicios de salud no están integrados en ninguna forma. El Jefe de área jamás se asomó durante los primeros 6 meses de 1974 en el puesto de salud de Ostuncalco, ni para supervisar, evaluar ni mucho menos para enterarse de los problemas que aquejan a este centro. La mayoría de las veces cuando se solicita la ayuda del jefe de área para resolver problemas inherentes a los centros de salud, se encuentra con que ni siquiera se toman en cuenta las reclamas de ayuda de las personas que laboran en esos servicios. No existe un mecanismo establecido de jerarquización en la realidad, pues nunca se sabe a quien dirigirse cuando se tienen problemas y cuando se recurre a alguna autoridad, el que lo hace siempre es referido a esfera más altas o bajas, sin que ellos mismos se pongan de acuerdo acerca de a quien compete resolverlos. Cuando los pacientes son referidos a los hospitales se encuentra un rechazo absoluto de estos pacientes por los médicos que allí laboran, y cuando en algún caso el paciente es atendido o ingresado al hospital no mandan al paciente nuevamente cuando egresa, al centro de salud, para que allí se siga tratando su problema, ni se manda ninguna información acerca de lo que se hizo con ese paciente, o sea que: caso que es referido al hospital es definitivamente perdido como paciente para el centro de salud.

Información Estadística:

Semanalmente se envía a la Dirección de Planificación y Estadística del Ministerio de Salud Pública, un reporte de las enfermedades infectocontagiosas, sospechosas de epidemia, etc. . .; Informe mensual de morbi-mortalidad, natalidad y de actividades de vacunación.

Presupuesto del Centro de Salud de Ostuncalco

Salario médico EPS	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 la enfermera o el médico EPS cuando existe, de acuerdo a las necesidades de su municipio. Esto de nada sirve pues de todas maneras los pedidos de medicina llegan bastante retrasados y no se respeta el pedido hecho por el centro de salud y se sigue mandando la medicina y equipo que se les da la gana a los encargados de hacerlo. De los 150 quetzales que tiene de valor el pedido, son utilizados únicamente Q 90.00 o sea que trimestralmente se pierden Q 60.00 pues es medicina y equipo que definitivamente no sirve.

Horario de trabajo:

Realmente es muy difícil establecer en Ostuncalco un horario de trabajo, pues el médico EPS se debe adaptar a las necesidades de la población, en función de la demanda de servicios. Debido al alto número de pacientes se hace necesario dar consulta externa todos los días de 8 a 12 de la mañana y de 2 a 6 de la tarde. Para las visitas domiciliarias y acciones de medicina preventiva se debe buscar tiempo adicional u ocupar momentos cortos en los cuales no hay demanda de servicio de consulta durante ese horario.

4.h EPIDEMIOLOGIA

Según informes proporcionados en la jefatura de área de Quetzaltenango, en el año de 1973, había en el municipio de Ostuncalco un total de 3,720 niños menores de 5 años de edad. Esa era la población susceptible a poliomielitis, difteria, tétanos y tos ferina. De este total fueron vacunados con ambas vacunas 3,199 niños o sea que se alcanzó una cobertura de 2,920 niños, de los cuales fueron vacunados 2,803 niños lo que dio una cobertura del 96 o/o.

A mi personalmente me parece que todos esos datos están fal-

seados porque debido a mi experiencia en la campaña de vacunación de este año, creo imposible que la enfermera del centro de salud con la ayuda de 3 personas más únicamente y tomando en cuenta lo reacio de la población a la vacuna haya alcanzado tal cobertura. Antes de la campaña recién pasada, en el centro de salud se le dió entrenamiento a cinco personas para que pudieran vacunar, además de otras cinco incluyendo al estudiante EPS y enfermera que ya tenían entrenamiento. Con este grupo de gente se formaron 5 equipos de vacunadores, que tuvimos que recorrer la población de casa en casa y aún así únicamente alcanzamos una cobertura del 62 o/o para DPT y Polio. Sin embargo, en la jefatura de área de Quezaltenango tienen como dato final que en Ostuncalco se alcanzó el 74 o/o de cobertura para estas dos vacunas. Además es importante señalar que si hablamos en función de porcentaje de niños vacunados (cobertura) se llegó al 62 o/o pero en realidad en función de prevención verdadera para dichas enfermedades fue aún menor, por cuanto que los niños que recibieron la segunda dosis de vacuna, no fueron exactamente los mismos que recibieron la tercera dosis.

V. CONCLUSIONES

1. Después de 6 meses de trabajo, creo que en definitiva se hace necesaria la presencia del estudiante universitario en el área rural, para contribuir así a que nuestra población comience a despertar y trate de salir del sub-desarrollo en que se encuentra.
2. El estudiante de medicina, antes de hacer su práctica EPS rural, debería conocer los problemas de salud de su población, para que pueda encaminar en forma más práctica sus actividades.
3. El estudiante EPS va mal preparado para afrontar la realidad de la situación de nuestras comunidades rurales.
4. El estudiante de medicina sólo, no puede remediar la problemática de una población, esto debería ser un trabajo en equipo bien coordinado, en el que participaran todos los estudiantes universitarios y el personal de los servicios de salud ya establecidos y que también se aprovecharan mediante una buena orientación otros recursos humanos y materiales como: maestros, instituciones religiosas, casas productoras de medicinas, etc.
5. Mientras la política de salud, los sistemas socioeconómicos, la lucha de clases y la cultura de nuestra población no cambie, va a ser sumamente difícil alcanzar un nivel de salud aceptable para nuestra población.
6. Es imposible que se pretenda que el estudiante de medicina penetre en una comunidad, mientras no se le den los medios necesarios para poder hacer medicina curativa, ya que éste es el único mecanismo por el cual el médico puede entrar en una comunidad.
7. El dinero gastado en el programa de médicos de UAMAS está desperdiciado, pues éstos no son la solución de los problemas de salud que aquejan al guatemalteco, sobre todo cuando la mayoría de estos médicos no cumplen a cabalidad sus obligaciones.
8. Mientras no se haga una buena distribución de la riqueza guatemalteca, los campesinos seguirán muriendo de hambre.

9. El Ministerio de Salud Pública ha encontrado un medio para justificar lo que ganan los que allí laboran, engañando al guatemalteco mediante la creación de Puestos de Salud con auxiliar de enfermería, y realizando campañas de vacunación que en la mayoría del país son una verdadera farsa.
10. Ostuncalco tiene una de las más altas tasas de mortalidad infantil y mortinatalidad debido a la nula asistencia médica materno-infantil y a la escasa cultura de sus habitantes.

VI. RECOMENDACIONES

1. Promover la divulgación de estos estudios, para lograr la incrementación o creación de otros programas tendientes a mejorar el estado de salud, el económico y social de los guatemaltecos.
2. Que se eche a andar los mecanismos de integración de servicios de salud, que en teoría si existen pero en la realidad no funcionan.
3. Si se pretende que el estudiante EPS pueda ayudar en algo a las comunidades, se le de el armamentario 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 comunidades rurales en la que va a trabajar, para que en principio pueda hacer medicina curativa y en esta forma pueda entrar en dicha comunidad.
4. Elevar la calidad científica del personal de enfermería que labora en los puestos de salud.
5. Promover programas de desarrollo agrícola, tendientes a mejorar la situación económica de nuestros habitantes.
6. Aprovechar al máximo los recursos existentes, por ejemplo a los médicos de UAMAS ya que como laboran en la actualidad, es dinero y personal desperdiciado.
7. Evaluar cuantitativa y cualitativamente al personal médico y paramédico que labora en el área y determinar así, si cumplen a cabalidad con su trabajo.
8. Los inspectores de saneamiento ambiental, deben ser personas preparadas y que realicen realmente sus actividades.
9. Que en los programas escolares se incluyan materias que realmente le sirvan para mejorar su condición socioeconómica: técnicas agrícolas, industria, etc.
10. Adiestrar a las comadronas del área y disminuir así la mortinatalidad y mortalidad neonatal.

11. Aumentar el número y la calidad de los maestros del área rural.
12. Que las autoridades de Educación, busquen un mecanismo que permita que los niños que viajan con sus padres a la costa por temporadas, puedan continuar en ésta sus 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 497-498.
3. -----. Ministerio de Economía. Dirección General de Estadística. Censo Agropecuario 1964. Guatemala Editorial Ejército, 1971. t 2. pp 357, 452, 492.
4. -----. Datos preliminares, Censo de Población, 1973. Editorial Ejército, 1973. Folleto. pp 41-42.

Vo. Bo.

Aura Estela Singer
Bibliotecaria

Br. Carlos Rafael Moscoso Zaldaño

Dr. Héctor Nuila
Asesor

Dr. Víctor López
Revisor

Dr. Julio de León Nández
Director de la Fase

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario

Dr. Carlos Armando Soto
Decano
