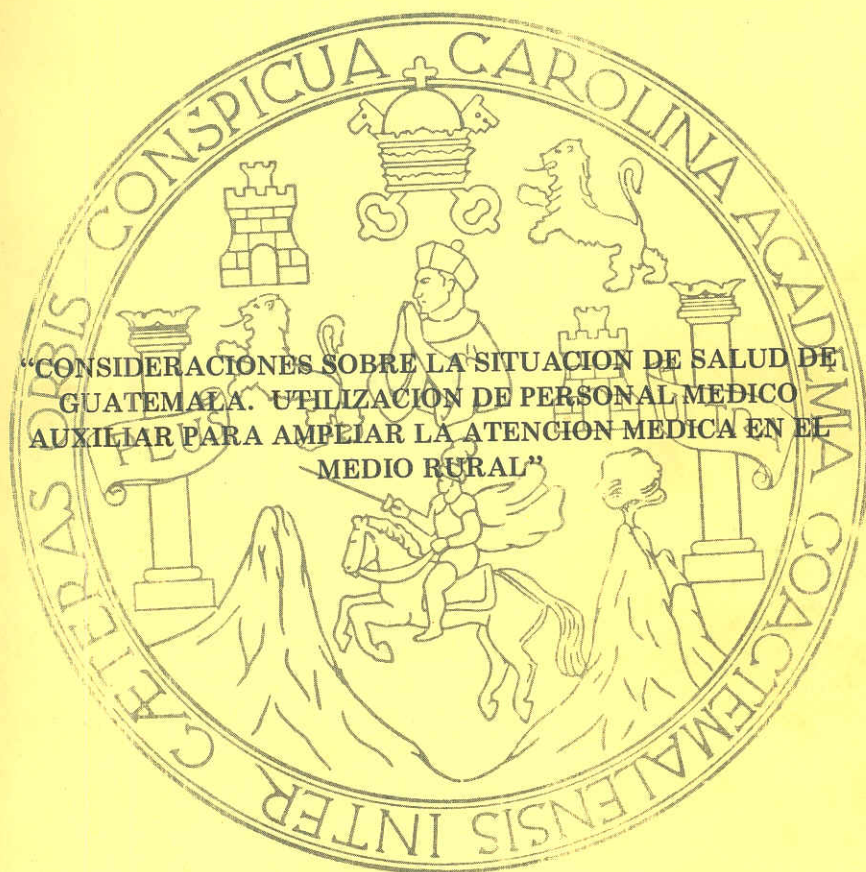


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"CONSIDERACIONES SOBRE LA SITUACION DE SALUD DE
GUATEMALA. UTILIZACION DE PERSONAL MEDICO
AUXILIAR PARA AMPLIAR LA ATENCION MEDICA EN EL
MEDIO RURAL"

AXEL FRANCISCO RODRIGUEZ RODRIGUEZ

Guatemala, Junio de 1975

PLAN DE TESIS

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	5
III. 1- CONCEPTO DE SALUD	7
2- CONCEPTO DE SALUD APLICADO A NUESTRO MEDIO	8
IV. ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DE GUATEMALA	11
1- LA POBLACION	11
1.1 Estructura	12
1.2 Distribución	12
1.3 Dinámica (Natalidad-Mortalidad)	14
1.4 Crecimiento de la población	14
2- EL MEDIO	15
2.1 El medio físico	15
2.2 Educación	22
2.3 Economía	24
2.4 Política	26
3- DAÑOS: MORBILIDAD-MORTALIDAD	29
V. 1- ANALISIS DEL PROGRAMA DE PROMOTORES RURALES DE SALUD	35
2- RECOMENDACIONES DE CAMBIOS EN BASE A OTRAS EXPERIENCIAS	44
VI. CONCLUSIONES	49
VII. RECOMENDACIONES	53
VIII. BIBLIOGRAFIA	55

I INTRODUCCION

La solución de la falta de atención de la salud de la población rural, se busca en la actualidad mediante el adiestramiento y utilización de personal: promotores de salud, técnicos en salud rural y otros elementos de las propias comunidades, que con adiestramiento producirán servicios en distintas funciones sanitarias. Incluso, a la par de las ayudas para los programas de "seguridad interna" y de "infraestructura", los países hegemónicos parece que han encontrado en los programas de promotores y similares, otro campo en cual "Ayudar" a los países subdesarrollados, otorgándoles préstamos importantes para extender los servicios a las comunidades rurales, mediante el adiestramiento de estos nuevos personajes, preparados con directrices no muy claras, pero que, en todo caso, siguen las pautas con que se instalan los programas de "cooperativismo", de "Desarrollo de la comunidad" y otros, con que se pretende dar una imagen diferente y novedosa a todo un proceso que, tiene como única meta, mantener el "status quo", en estos sectores de la población mundial.

Los programas de esta naturaleza están muy lejos de enmarcarse dentro de lo que la OMS ha propuesto: "La solución lógica y natural de muchos problemas de la población rural dispersa, sería un programa que encierre las bases de un total desarrollo económico y social.

Además de los servicios médicos, este programa debería incluir la reforma agraria, una educación y aprendizaje vocacional, buenas oportunidades de empleo, medios de transporte y comunicación, así como medidas de seguridad social. Para que esto sea posible, se necesitan considerables recursos de toda índole y largos períodos de tiempo. En la ausencia de esta clase de desarrollo integrado un servicio médico profesional para la población rural dispersa resultaría muy costoso y difícil. Un servicio basado en visitas médicas periódicas tampoco es la respuesta. Las enfermedades no aguardan la visita del médico para aparecer. Las enfermedades agudas deben ser

tratadas prontamente y muchas otras enfermedades no pueden propiamente ser atendidas en tiempos cortos. Asimismo, la educación sanitaria requiere un programa continuo y regular. Todo hace que se requiera un mínimo programa sanitario a cargo de personal auxiliar de salud, que forme parte de un servicio organizado de salud pública". (10)

En Guatemala se han puesto en marcha programas de educación, reforma agraria y otros, dirigidos a mejorar la situación de la población rural, pero las características y la magnitud de los mismos son tales que no alcanzan más que a satisfacer parcialmente las necesidades de un mínimo de esos núcleos, con lo que no se alcanzan metas de bienestar general a nivel nacional.

Por otra parte, está más que demostrado que cambios sustanciales en la salud colectiva sólo se logran cuando los programas de salud van precedidos y/o acompañados por notables mejoras en la alimentación, la vivienda, las condiciones de trabajo, la educación y otros componentes de bienestar.

Asimismo, no puede esperarse que en un cambio a la situación general, se llegue a contar con suficiente número de médicos y otro personal técnico, para localizarlos en áreas estrictamente rurales, por lo que, dadas las características de la problemática de salud del país, en una etapa inicial, aquel personal auxiliar, debidamente a diestrado e identificado con los problemas de sus comunidades, pue den desempeñar un excelente papel pionero de agentes de la salud.

Cabe mencionar por último, que tanto los médicos como otros personajes en el equipo de salud, incluyendo entre ellos al promotor, si van a contribuir al desarrollo de la salud nacional, deberán estar dispuestos a trabajar en "Guatemala país y no sólo en "Guatemala capital".

Los planteamientos anteriores constituyen la base del presente trabajo, el que desarrollaremos partiendo de las siguientes premisas:

- 1- Aún cuando el número de médicos aumenta rápidamente, ese aumento no es suficiente para satisfacer las necesidades de la población rural, pues se requerirá mucho tiempo para que los profesionales se localicen en aquellas áreas en donde más se les necesita y debe esperarse que por muchos años más concentrándose en las áreas urbanas. Esto justifica que elementos de las comunidades rurales asuman funciones de agentes de la salud encargados de cuidar del desarrollo de la comunidad en general y de la salud en particular.
- 2- El alcance de una relación óptima de habitantes/personal de salud y una mejor distribución de los recursos de ese sector, no es suficiente para mejorar la situación de salud. Paralelamente al desarrollo de la salud, se necesita el desarrollo integral de la economía, la educación, el trabajo y la mejor distribución de su beneficio, la libertad ciudadana, libertad política y otros componentes de bienestar, necesarios para alcanzar niveles de vida satisfactorios.

II OBJETIVOS

- 1- Exponer los diferentes factores físicos, sociales, culturales, políticos y económicos que tienen relación con la situación de la salud en Guatemala.
- 2- Motivar a la Universidad de San Carlos a que coordine actividades entre las diferentes facultades, para que pongan en marcha el programa de Ejercicio Profesional Supervisado integrando sus elementos en equipos multidisciplinarios, que trabajen en el desarrollo de comunidades del área rural.
- 3- Discutir el empleo de promotores en salud rural y comadronas empíricas adiestradas en la atención médica de poblaciones rurales aisladas.
- 4- Establecer algunas diferencias fundamentales que se dieron en el campo práctico entre 2 programas de salud rural con empleo de promotores de salud y con el deseo que dichas experiencias sean tomadas en cuenta y analizadas, para que se puedan emplear en la programación de futuros programas de tal naturaleza.

III.

1- CONCEPTO DE SALUD

Consideramos difícil para cualquiera establecer un concepto teórico de lo que es la salud. El hecho de existir relaciones "individuales del hombre con su medio interno (psíquico) y con su medio externo (Físico, ecológico, social, etc.), que son diferentes para cada individuo y/o grupo social, hará que se puedan tener diferentes conceptos sobre la salud.

La definición que hizo de la salud la OMS.: "Es el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades", parece contener la totalidad de elementos tanto de la esfera psíquica, como de la física y social, que el individuo de be poseer para satisfacer sus necesidades que le den el bienestar general, comprendida en él, la salud.

Creemos que en la definición anterior, no merece importancia introducir ninguna modificación conceptual; pero sí debemos establecer que: "La capacidad de una comunidad para producir salud es infinita, ya que la salud se entiende como un proceso de relación constante entre el hombre, su sociedad y el medio. Las formas que adopta la sociedad en su relación con el medio, determina muchos aspectos del estado de salud y los niveles de vida de la población", como nos dice el Dr. José Renán Esquivel, en su trabajo "La medicina comunitaria como sistema de protección a la familia y al niño en Latino-América". (11)

En este proceso de relación mencionado anteriormente se determina una lucha del hombre con su medio (interno y externo) por lograr un equilibrio, que se puede confundir como salud; pero dicho equilibrio no se da, pues estaría representando un estado de reposo y la salud no es un proceso estático, sino dinámico.

Buscando un concepto más real, aplicado a nuestros pueblos

latinoamericanos, tenemos que: "La salud resulta ser una lucha constante en la comprensión del individuo para modificar las situaciones conflictivas entre la interacción con su mundo físico, psíquico y social, para buscarles una solución", como nos dicen Ferrara, Acebal y Paganini en su "Medicina de la Comunidad" (4).

Es decir que el individuo es sano no por carecer de gérmenes infecciosos en su organismo, sino por tener defensas para combatir estos gérmenes. Debe luchar mentalmente, para combatir cualquier pensamiento que trate de ocupar su mente con ideas que amenacen la salud propia y la de su comunidad. Socialmente debe tratar de modificar constantemente su medio ambiente, las estructuras sociales, políticas y económicas, hasta lograr una justa y completa satisfacción de sus necesidades, para continuar luego luchando por conservar todos y cada uno de los logros que alcance.

2- CONCEPTO DE SALUD APLICADO A NUESTRO MEDIO

El concepto de salud aplicado a la realidad de la comunidad Guatemalteca, resulta ser semejante a la de cualquier país en vías de desarrollo; pero los factores de orden cultural, económicos, políticos, sociales, harán variar la salud como concepto y como meta, en una forma particular.

La concepción de salud que estamos analizando es la que busca "el completo bienestar físico, psíquico y socioeconómico del individuo y no sólo la ausencia de enfermedades", declarada por la OMS.

Recordemos que nuestra sociedad Guatemalteca no es homogénea: Existen patrones culturales bien marcados como son el grupo étnico "Ladino" y el "Indígena", que tienen diferencias culturales (Idioma, costumbres, educación, etc.). Es evidente que existe una explotación física, moral y cultural del primer sector sobre el segundo, a través de la historia de Guatemala. Existe como en cualquier país sub-desarrollado estructura social dual, pues hay un sector avanzado y un sector atrasado. "La salud como concepto y como meta también ha sido víctima de esta división teórica y sus con-

secuencias. Se cree que hay una parte de la población que goza de salud, mientras que la otra sufre los efectos del atraso".

Para ser más estrictos en la aplicación conceptual que buscamos, diremos que nuestra sociedad no podrá nunca, con su actual estructura social, lograr satisfacer los postulados de la salud, según el concepto de la OMS., pues la sociedad nuestra está formada por dos grupos, los poseedores y los desposeídos. Los primeros tienen los medios para tener salud, pero esto es aparente, pues en lo psíquico y social ¿Cómo puede tener salud mental alguien que se mantiene en "stress" psíquico, por aumentar su poder económico a base de explotar a sus trabajadores, negándoles un bienestar social y justo y satisfactorio? Entonces concluimos que el explotador es un "sicópata social" que como consecuencia carece de salud.

Por el otro extremo no se necesita mucho esfuerzo para comprender que quien carece de medios económicos adecuados, no podrá ser poseedor de salud, ni podrá reclamarla a donde fuere necesario, por carecer de medios de presión social, organización o conocimiento de sus derechos ciudadanos para hacerlo.

Por lo tanto siendo Guatemala una sociedad, constituida de individuos que adolecen de salud en alguna forma, se desprende como consecuencia lógica que dentro de esta misma sociedad, nadie se realiza con altas cualidades físicas y psíquicas, como individuo sano; ni quieren (algunos), ni pueden (la mayoría) buscar y encontrar la salud general como único medio de lograr una sociedad satisfecha y feliz.

IV ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DE GUATEMALA

1- LA POBLACION

1.1 ESTRUCTURA ETARIA:

Como producto de una fecundidad elevada y una mortalidad en descenso se ha producido un crecimiento rápido de la población.

Guatemala se caracteriza por poseer una población joven. En la distribución por grupos etarios, encontramos que el grupo infantil o sea los menores de 15 años, forman un 45.2 o/o; los de 15 a 59 años, o sea los jóvenes y adultos jóvenes forman el 50.3 o/o y el grupo de más de 60 años es de 4.7 o/o.

1.2 DISTRIBUCION DE POBLACION TOTAL POR GRUPOS DE EDAD (6)

TOTAL:	5,175,400	100.0 o/o
0- 4 años	870,060	16.8 o/o
5- 9	784,660	15.2 o/o
10-14	680,920	13.2 o/o
15-59	2,595,180	50.1 o/o
60 y más	244,580	4.7 o/o

Sabemos que esta distribución es desproporcionada y presenta la alternativa de tener que formar servicios de salud que atiendan a estos grupos según sus problemas específicos, pues las enfermedades que los afectan son diferentes. Los grupos jóvenes se ven afectados primordialmente por enfermedades infecciosas, los de edad media por las derivadas especialmente de la actividad económica y los de edad mayor por las enfermedades degenerativas.

Por otra parte, el grupo de niños y de ancianos, un 50 o/o del total de la población, son grupos económicamente dependientes. El

grupo infantil necesita de educación, salud, alimentación, etc., y el de los ancianos necesita alimentación, jubilaciones, seguro social salud, etc. A lo anterior hay que agregar que el grupo medio, o sea el 50 o/o de la población es el que tiene la responsabilidad de producir lo que consumen ellos y el grupo dependiente.

ESTRUCTURA POR SEXOS:

Según los datos del último censo de 1973, la población de Guatemala está formada en un 50.1 o/o de hombres y en un 49.9 o/o de mujeres.

“Cuando la relación de sexos se analiza según distribución urbana y rural de la población, se podrá encontrar qué, en algunas áreas y en algunos grupos de la población nacional, hay más hombres que mujeres y viceversa, determinado por factores migratorios cuando ocurre en grupos económicamente activos, o por factores de subregistro de nacimientos y defunciones cuando las diferencias se acentúan en los grupos más jóvenes”. (15)

La estructura por sexo de la población de Guatemala hace pensar que por existir un alto porcentaje de mujeres entre 15-44 años, en edad reproductiva, ello constituye un factor determinante en las altas tasas de natalidad. Lo anterior crea una demanda potencial de atención prenatal, del parto y del puerperio, y en el monto de los recursos que serán necesarios para atender esta demanda en un futuro proceso de cambio social, ya que en la actualidad el nivel de atención para este grupo es sumamente bajo.

DISTRIBUCION SEGUN LOCALIZACION:

Para comprender los problemas de salud, tanto como para emprender programas para mejorarla, es importante conocer como están distribuidos los habitantes en los departamentos.

Es notable la desproporción que existe entre los departamentos respecto a su densidad demográfica. Se encuentran en forma notable, pequeñas poblaciones en territorios extensos y viceversa.

Para poder cuantificar lo anterior diremos que El Petén con una superficie de 35,854 Kms. cuadrados, tiene sólo 67,020 hbs. y una densidad de 1.9 hbs./Km. cuadrado. Por el contrario Guatemala con 2,126 Kms. cuadrados, tiene 1,114,120 hbs. y una densidad de 524.09 hbs./Km. cuadrado y Escuintla con 4,384 Kms. cuadrados y 275,600 hbs. para una densidad de 62.80 hbs/Km. cuadrado. (6).

Lo anterior es muestra del abandono de grupos de población desde el área rural hacia centros más urbanizados, para satisfacer necesidad de trabajo, educación, salud, diversión, etc. con lo cual se producen los siguientes cambios socioeconómicos:

- Disminución de la mano de obra en el campo y producción agropecuaria baja.
- Aumento de desempleo, por falta de suficientes fuentes de trabajo en la ciudad, con daño directo sobre las familias.
- Centralización de recursos de salud, económicos, culturales en pocos departamentos.
- Aumento obligado de desintegración de grupos familiares por migraciones.
- Mayor concentración de profesionales en áreas urbanizadas más importantes, para cubrir demanda y satisfacer sus propias necesidades.

De lo anterior se deduce que debemos evitar la alta e m i g r ación de la población rural hacia áreas urbanizadas. Para resolver este problema deben trabajar conjuntamente los organismos del estado y la Universidad y encontrar la solución.

1.3 DINAMICA DE LA POBLACION:

La natalidad es alta y no ha sufrido variaciones significativas en un período de 18 años (1955 a 1972) de 48.8 a 42.5 por 1000 habs., mientras en la mortalidad general si hay modificación pues ha disminuido en los mismos 18 años, de 20.6 a 12.8 por 1000 habs., con lo cual se produce necesariamente un aumento de la población.

La mortalidad infantil permanece muy alta y no ha tenido cambio significativo desde 1955 a 1972, pues de una tasa de 101.4 por 1000 nacidos vivos, bajó de 79.0 por 1000 nacidos vivos. La mortalidad materna muestra una reducción de 55.3 o/o en su tasa, pues en el período de 1955 a 1972 pasó de 2.9 a 1.6 por 1000 nacidos vivos (1).

Consideramos que lo anterior se debe interpretar en cuanto el aumento de la población aumenta la demanda de servicios médicos, alimentos, vestuario, educación, vivienda, etc. Actualmente no estamos en capacidad de satisfacer dichas necesidades, en parte significativa por mala distribución y falta de honestidad en el manejo de los recursos y en menos por la falta de los mismos, aunque estos también deberán aumentarse.

1.4 TASA DEL CRECIMIENTO DE POBLACION:

La tasa de crecimiento intercensal de 1950- 1964 era considerada como una de las más altas del mundo en crecimiento vegetativo; hizo aumentar en 1.5 millones de hbs. a la población total de Guatemala. Actualmente tenemos la situación siguiente: La tasa de crecimiento intercensal (1964-1973), fue de 2.1 o/o anual; lo cual nos indica que continúa siendo alta. La población en dicho período aumentó en 1 millón de habs.

(1) Fuente: Anuario estadístico 1972. Dirección General de estadística. Guatemala.

Tomando en cuenta que no existe inmigración extranjera importante, entonces el crecimiento acelerado lo atribuimos a la alta natalidad y al descenso de la mortalidad, además que se cree posible se haya producido un mejoramiento en la atención de la salud pública, especialmente en prevención de enfermedades y por vacunación.

2 EL MEDIO

2.1 EL MEDIO FISICO

El territorio de Guatemala por su situación geográfica, composición topográfica, sistema orográfico-hidrográfico, presenta variedad de climas y estos determinan parte del desarrollo económico del país.

SUPERFICIE Y SITUACION:

Guatemala ocupa el extremo norte de América Central, en una extensión de 108,889 Kms. cuadrados, entre los 14° y 18° latitud norte y 88° y 92° longitud oeste del meridiano de Greenwich.

CLIMAS:

Las temperaturas varían de 38°C., las más altas y 0°C. Las inferiores. Media 15°C y 25°C. y existen dos estaciones: Verano de Noviembre a Abril; Invierno lluvioso de Mayo a Octubre. La lluvia varía desde menos de 500 mms. anuales a 5,000 mms., siendo más generalizada entre 1,200 y 2,500 mm.

OROGRAFIA:

Guatemala posee dos grandes sistemas de montañas: La Sierra

Madre y Los Cuchumatanes. La Sierra Madre atraviesa los departamentos de la zona central en una línea que iría de San Marcos hasta Chiquimula. En su parte central, que es plana, se encuentra el al tiplano de Guatemala. Desde la Sierra Madre se desprenden montañas hacia la región nororiental del país.

Los Cuchumatanes: Se desprenden desde la frontera mexicana hasta el océano Atlántico, pasando por los departamentos de la región Norte, excepto por El Petén. En Quiché y Huehuetenango, constituyen las mayores montañas de Centro América, alcanzando hasta 3,800 mts. sobre el nivel del mar. Por lo extenso del tema só lo agregaremos que la diversidad y gran número de montañas hace posible una variedad de climas, que permiten una variedad de cultivos en un país que es tropical.

Existen además gran número de volcanes que sobrepasan alturas de 3,000 mts. Algunos se encuentran activos y causando daños que mantienen amenazados a poblaciones y agricultores que no obtienen productivas cosechas agrícolas; lo cual tiene efectos directos sobre la economía, la producción de alimentos y la nutrición.

HIDROGRAFIA:

RIOS:

El sistema orográfico de Guatemala determina principalmente dos vertientes hidrográficas: La del Océano Pacífico y la del Océano Atlántico.

Los ríos que desembocan en el océano Pacífico son numerosos y tienen como características que son de trayecto corto, con caudal mediano o pequeño. Su aprovechamiento principal algunas veces lo constituye el movimiento de generadores de Plantas Eléctricas como la de Zunil en Quezaltenango y Palín en Guatemala.

Región hidrográfica del océano Atlántico: Se divide en los

que tienen vertiente en el Golfo de Honduras y los del golfo de México.

En el golfo de Honduras desembocan varios ríos: Motagua, Pochic, Belice, Río Hondo. El mayor de ellos y de mayor importancia es El Motagua. Al iniciarse no es navegable; pero si lo es un trayecto de 200 Kms. hasta llegar a su desembocadura. Se utiliza en la Agricultura de región nororiental del país.

Región del Golfo de México:

De los ríos que desembocan en el Atlántico, el más grande es El Usumacinta, que recibe importantes afluentes navegables como son el Río La Pasión, el Salinas, San Pedro. El río Usumacinta presenta importancia histórica por tener en sus márgenes importantes monumentos de la civilización Maya; además tiene gran importancia en la economía nacional pues la riqueza de la tierra de sus márgenes es fuente de explotación agrícola. Es importante vía de comunicación por ser navegable para grandes embarcaciones.

LAGOS:

El territorio de Guatemala posee un buen número de lagos grandes: El Atitlán, Amatitlán, Izabal y Petén Itzá. Son importantes como fuentes de agua para poblaciones vecinas: Incluso se han realizado proyectos para llevar agua a grandes regiones metropolitanas. Se ha utilizado el de Amatitlán para producir energía eléctrica.

El medio físico que hemos presentado rápidamente, con su amplia gama de factores, influyen en mayor o menor medida en la problemática de salud de acuerdo a su ubicación geográfica, condiciones climatológicas, topografía del terreno generando limitaciones de accesibilidad; desarrollo urbano incontrolable por la migración; desarrollo industrial irregular; problemas de saneamiento del medio; déficit en el aporte de alimentos. Además se crean problemas sociales: Desempleo, falta de vivienda, hacinamiento, falta de edu-

cación, falta de recursos para salud, etc.

De todos estos factores, analizaremos aspectos de vivienda, saneamiento del medio y nutrición, por considerarse como los más importantes sobre los daños de salud de mayor magnitud.

VIVIENDA Y HACINAMIENTO

El problema de la vivienda está representado por escasez de la misma y con mínimos servicios para personas de bajos ingresos. La migración hacia los grandes centros urbanos agudiza el problema.

Las viviendas urbanas se pueden encontrar con características de construcción aceptable; pero las hay en gran cantidad en la periferia que son improvisadas con cualquier material y carecen de servicios de agua o sanitarios adecuados. En el área rural la mayoría de viviendas son antihigiénicas; se utilizan materiales elementales, carecen de iluminación, espacio suficiente y se llena con una habitación varias funciones con los problemas de hacinamiento y promiscuidad. Se convive con animales domésticos dentro de las viviendas rurales especialmente los ranchos, lo que aumenta la incidencia de enfermedades transmisibles e infecciosas.

SANEAMIENTO AMBIENTAL

En el desarrollo de los problemas de salud, de la población en general, el saneamiento ambiental tiene enorme importancia especialmente en países como el nuestro en donde la mayor incidencia de morbi-mortalidad se podrían reducir al mejorar las condiciones ambientales.

AGUA:

La calidad de agua que consumen las poblaciones tiene gran importancia por encontrarse las enfermedades entéricas, infeccio-

sas y/o parasitarias, entre las causas principales de morbilidad y mortalidad infantil.

El 40.5 o/o de población urbana cuenta con conexiones de agua potable, pero 53 cabeceras municipales no tienen este servicio. El Petén es el área más afectada; una cabecera municipal tiene este servicio, mientras el resto carecen del mismo. "En general se está muy distante de alcanzar niveles de población servida que permita influir decisivamente en evitar las enfermedades de tipo hídrico, proveyéndola de agua en cantidad y calidad adecuada, con sistemas y conexiones domiciliarias".

DISPOSICION DE EXCRETAS Y AGUAS SERVIDAS:

La actividad de disposición de excretas está relacionada con la dotación de agua. La más amplia contaminación del ambiente es la producida por excretas humanas; aproximadamente el 50 o/o de la población defeca diariamente en el propio suelo; las aguas negras de la población urbana con alcantarillados contaminan ríos, lagos, playas, mares y otros cuerpos de agua. La población urbana beneficiada con servicios alcanza un 40 o/o. Hay 130 sistemas de alcantarillado y 1/4 de ellos vierte su caudal en ríos; los restantes en barrancos que contaminarán cuerpos de agua superficial. No existen plantas de tratamiento de aguas negras; sólo hay 4 lagunas de oxidación en operación y 3 en ejecución.

BASURAS

Las basuras constituyen una gran fuente de contaminación, tanto en desechos domésticos como industriales. No existen medios adecuados de recolección de basuras en centros urbanos, ni dentro de los hogares con lo cual se crea proliferación de moscas y otros insectos transmisores de nuestras principales enfermedades entéricas.

FUENTES VARIADAS DE CONTAMINACION:

Se ha vuelto problema de contaminación general de agua, fuentes de alimentos, e incluso del propio suelo, por el uso de plaguicidas clorados y fosforados de uso en la agricultura, en salud pública y de uso doméstico, lo cual hace más difícil el control sanitario, pues disminuyen las fuentes de agua y de alimentos.

NUTRICION

La población guatemalteca se caracteriza por consumo insuficiente de alimentos y de baja calidad. La disponibilidad de alimentos no es suficiente para cubrir las necesidades de la población. Los factores relacionados son del ambiente físico, social y económico. Entre ellos merece destacarse el sistema de tenencia de tierra; falta de tecnología agrícola moderna; falta de fertilización e irrigación de tierras; el monocultivismo; mal almacenamiento, procesamiento y mercadeo de productos; población en crecimiento acelerado, salarios bajos, mala distribución de las ganancias, etc.

La desnutrición es un problema grave de "emergencia nacional", como se comprueba por los estudios y hallazgos del INCAP en 1965, que revelan que más de 900,000 niños menores de 5 años están afectados en algún grado. Esta cantidad corresponde al 81.4 o/o del total de población en riesgo o sean la distribución siguiente:

SITUACION NUTRICIONAL DEL NIÑO EN GUATEMALA

Población total en riesgo	No.	o/o
Niños menores de 5 años	1,041,000	100
Normales	194,000	18.6
Población con desnutrición		
Primer grado	511,000	49.0
Segundo grado	276,200	26.5
Tercer grado	61,600	5.9
TOTAL	848,800	81.4

FUENTE: Evaluación Nutricional de Guatemala, INCAP, 1965.

2.2 EDUCACION

La educación del individuo y de la sociedad constituye un factor determinante de su estado de salud. Sabemos que el grado de educación escolar de una persona está en relación directa con su morbilidad y mortalidad.

En este orden de ideas se analizarán rápidamente algunos factores fundamentales que inciden en el proceso educativo nacional.

FACTOR DEMOGRAFICO: El aumento de la población ha aumentado también la necesidad de recursos para la educación y esto implica mayor número de maestros, equipo, presupuesto. Por no producirse el aumento necesario de los materiales humanos y de trabajo no se puede continuar la tarea educativa en forma progresiva.

FACTOR DE LOCALIZACION: El 60 o/o de la población Guatemalteca corresponde al área rural. Actualmente en el área rural se inscriben sólo el 42.34 o/o del total de personas en edad escolar. La dispersión de aldeas y la falta de vías de comunicación adecuadas

deja a un número importante de la población del área rural, sin educación escolar.

SEGUN EL SEXO: En las escuelas primarias, la inscripción de hombres es mayor que la de mujeres; 56.35 o/o y 43.65 o/o respectivamente.

En 1970 del total de 2.1 millones de habitantes en edad escolar, sólo el 29.24 o/o asistía a la escuela.

POR GRUPO ETNICO: La población indígena, fuerte sector económico del país, representó al 43.3 o/o de la población total en 1964. Sin embargo, es grande su inasistencia a la escuela pues, sólo asisten el 4.7 o/o mientras en el indígena la asistencia es del 35.3 o/o.

ALFABETISMO: En el censo de 1964, el 63.3 o/o de la población de 7 y más años, aparece analfabeta y dividida por grupo étnico en 59.1 o/o en indígenas y 40.9 o/o en "no indígena".

Actualmente se está trabajando en alfabetización de adultos y de grupos indígenas. El verdadero problema que existe no es sólo el gran número de "analfabetos", sino que después de lograr el aprendizaje en la lectura y escritura, no hacen de estos conocimientos buen uso, para mejorar su cultura; además del analfabetismo propiamente dicho, se debe agregar el mencionado "analfabetismo cultural", que no permite ningún progreso educativo de la comunidad. Para evitar lo anteriormente apuntado, se debería emplear un método de alfabetización más práctico que abarcara la educación integral del individuo concientizándolo como hombre como trabajador y como ciudadano.

CAUSAS GENERALES DEL BAJO NIVEL EDUCATIVO: (7)

- "Las condiciones miserables de la mayoría de los habitantes del país. El régimen económico social dominante, hace de la educación en todos sus niveles, un atributo de la clase económicamente fuerte (una minoría).
- La insuficiente inversión del estado en la educación nacional, lo cual trae como consecuencia un número de aulas escaso.
- La falta de interés por la educación y aprecio por la cultura, debido a la carencia de bienes culturales de las familias.
- La poca vinculación que los padres de familia sienten entre la escuela y la vida real, o sea una educación poco práctica.
- Los problemas de salud de muchos alumnos, derivados entre otras causas, de la defectuosa e insuficiente nutrición.
- La explotación del niño como trabajador, en las familias económicamente débiles. Esta tendencia se observa especialmente entre los indígenas, lo que en las áreas rurales constituye una barrera más para la educación de los niños.

A lo anterior habría que agregar que se tiene un problema grande y complejo con la división de culturas que tiene Guatemala.

La cultura indígena y la cultura ladina. En la primera se encuentra el problema de la lengua, como medio verbal de expresión; además existen gran número de lenguas y dialectos diferentes que impiden la comunicación entre las dos culturas. Para lograr la educación se requiere maestros bilingües, específicos para distintas comunidades; después se continúa con la etapa de castellanización, para llegar finalmente a la alfabetización. Esta forma de enfrentar la situación se contempla en el desarrollo del Plan nacional de educación; pero es obvio que llevará mucho tiempo el lograr resultados y luego poder aplicarlos en otros campos del desarrollo de las comu-

nidades.

Con el análisis anterior podemos dar cuenta del grave problema de la educación en Guatemala y que por ende la lucha por la salud se encuentra interrumpida por un gran escollo, como lo es la falta de educación escolar, pues sabemos que la educación escolar es una puerta de entrada para desarrollar un programa para la educación en salud; pero en forma integral, con la comprensión de otros problemas determinantes del desarrollo como son el económico, político y social.

2.3 ECONOMIA

La economía de nuestra nación constituye uno de los factores determinantes de nuestro desarrollo, que incide directamente en la salud de la población, especialmente en el área rural, por lo cual trataremos de analizar aspectos importantes de la misma, desde su relación con el mercado internacional, hasta la economía de subsistencia que poseen grandes núcleos de nuestra población.

La economía de los países en vías de desarrollo como el nuestro, poseen una estructura primaria, dual y su funcionamiento es inestable y dependiente.

La mayor parte de la población ocupada en 1964, o sea el 66 o/o de la misma, trabajó en el sector agropecuario. El sector industrial representó el 11.7 o/o y el sector de servicios básicos, el 2.3 o/o (1).

La producción se compone de los principales productos agrícolas destinados para la alimentación: Maíz, frijol, papas y otros. Producción agropecuaria de exportación: café, algodón, banano, semilla de algodón, carne y otros que han alcanzado gran importancia. Además se exportan la mayor parte de la producción de minerales explotados. La producción de industrias de transformación es muy escasa.

En Guatemala se da la existencia de dos estructuras económicas yuxtapuestas. Existe por un lado un pequeño sector de la población que tiene el control y el acceso de los recursos en general y goza de los beneficios de la producción; mientras que la gran mayoría que realiza la producción, con su mano de obra, realizando una verdadera actividad económica no participa de los beneficios de esta actividad.

De acuerdo a la distribución de la población, al tipo de ocupación, a los ingresos per cápita, a la tenencia de tierra, etc., se infiere que este fenómeno está muy generalizado e incide grandemente en la economía guatemalteca; repercutiendo directamente en la salud de las familias de los grupos rurales de la población.

Respecto al sector participante en la producción y beneficios de la misma, hay que decir que tiene el control absoluto de los recursos a pesar de lo cual no los utiliza para producir más y mejor. Por ejemplo, en el aprovechamiento de tierras encontramos que sólo se está cultivando el 46.7 o/o del total de las fincas; el 49.2 o/o no están cultivadas y el 4.1 o/o no es utilizable. Las fincas menores de 1 manzana están cultivadas en 91 o/o, las menores de 2 manzanas en 86.5 o/o y en las de 50 a 200 y más caballerías, el 17.6 o/o, con lo que se comprueba que los latifundios son los menos aprovechados.

La inestabilidad de nuestra economía se debe, entre otras cosas, a que la producción es en su mayor parte de tipo agrícola. En 1968 fue el 27.4 o/o del producto nacional bruto, mientras el industrial absorbió sólo el 15.7 o/o. Ahora bien, los productos que se exportan son agrícolas y sus precios son fluctuantes en el mercado exterior, mientras que los productos de importación, son productos manufacturados con precio estable en el mercado. Entonces en el balance entre importaciones y exportaciones se produce un déficit que no deja capital para formar un ahorro nacional y para futuras inversiones se tiene que recurrir a préstamos en bancos internacionales, lo cual condiciona nuestra economía en su desenvolvimiento y nos crea un grado de relativa dependencia económica y política.

La situación general de la economía de Guatemala es alarmante; pero vista en un sector del área rural resulta más impresionante y objetiva. Veamos los resultados obtenidos por el Dr. Rivas en un municipio del altiplano: "El porcentaje de familias con determinado rango de ingresos según investigación en San Andrés Xecul (Tonicapán), 1973. Familias con ingresos de Q.0 - 49 (100 o/o). Según el dato anterior podemos observar que el 100 o/o de las familias estudiadas tienen un ingreso anual entre 0 a 49 quetzales. Al respecto fue bastante investigado este ingreso, ya que me parecía increíble, que la mayoría de las familias declararan ingresos de 10 a 20 quetzales al año. Explicaban que ellos obtienen dichos ingresos únicamente dos veces al año, luego de cada cosecha la totalidad es para uso familiar y algunas veces si hay un mísero excedente, es el que venden obteniendo las anteriores ganancias". (12)

En resumen, podemos decir que la economía de la población rural es básicamente de subsistencia; no tienen ingresos que les permitan adquirir alimentos para satisfacer los requerimientos básicos en su nutrición y de ello se infiere que tampoco están en condiciones de pagar atención médica, ni de poder comprar medicinas, por lo que se deberá tomar muy en cuenta este factor determinante en la salud y bienestar de los habitantes, para establecer programas verdaderos de salud rural que realmente beneficien a dichos grupos de guatemaltecos.

2.4 POLITICA

RECURSOS PARA LA SALUD

La producción de servicios de salud de Guatemala está a cargo de un grupo de instituciones que forman 2 sectores: El Público y el privado.

En la composición institucional de los servicios se encuentran como características: la falta de coordinación, cumplimiento de actividades heterogéneas duplicadas e insuficientes y utilización mala

de recursos. (3)

RECURSOS FISICOS

Entre los recursos físicos del sector público se encuentran 39 hospitales, 11 centros de salud A, 71 centros de salud B, y 379 puestos de salud; correspondientes al ministerio de salud pública. Dentro del mismo sector público se encuentra el I.G.S.S., con 35 hospitales y centros de salud. Al sector privado deben adjudicarse los hospitales privados de instituciones religiosas y otras agrupaciones.

De acuerdo con estudios de población, un 44.2 o/o de la misma, vive en núcleos menores de 1,999 habs. (2,530,396 habs. en total), agrupados en 9,297 localidades. La asistencia médica de esta población se cumple con personal auxiliar de enfermería en puestos de salud. Sólo 131 de los puestos de salud cuentan con un médico (EPS de medicina por 6 meses de internado rural).

RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos para lograr una amplia cobertura en un programa de salud son fundamentales. En Guatemala además de la carencia de suficiente número de médicos, odontólogos, enfermeras, trabajadores sociales, etc., nos encontramos con una mala distribución geográfica; existe una concentración del 80 o/o en promedio de todos ellos en la capital, el 20 o/o restante se distribuye en centros urbanizados del país.

En 1973 existían en el país 1270 médicos, 115 odontólogos, 263 practicantes, 753 enfermeras y 3754 auxiliares de enfermería.

Como vemos el panorama se presenta demasiado sombrío para el gran núcleo de población rural y aún no existe una política definida para aumentar recursos humanos y/o hacer mejor utilización de los existentes, en programas de salud a nivel nacional.

Buscando soluciones a los problemas de salud, el Ministerio de Salud Pública se ha trazado una serie de políticas y estrategias dentro de el "Plan Nacional de Desarrollo", 1975-1979.

Las políticas programadas son:

- Aumento de la cobertura a la población
- Mejorar la eficiencia de los servicios.
- De recursos humanos
- De alimentación y nutrición
- Conservación y mejoramiento del medio ambiente
- Financiera.

Mencionaremos los objetivos generales más importantes dentro de las políticas de salud mencionadas, para que de su conocimiento se puedan obtener conclusiones.

- Aumento de cobertura:
 - 1- Proteger con énfasis a la madre y al niño
 - 2- Proporcionar servicios de salud a la población del área rural.
- De recursos humanos:
 - 1- La programación y producción de recursos humanos debe orientarse específicamente a la cobertura de las necesidades de la población.
 - 2- Dar énfasis en preparación y utilización de personal técnico auxiliar.
- De alimentación y nutrición:
 - 1- Alcanzar una producción y disponibilidad adecuada de alimentos básicos.

- Conservación y mejoramiento del medio ambiente:

- 1- Aumento del suministro de agua potable a la población con énfasis en el área rural.

- Financiera:

- 1- Incrementar los fondos hacia acciones de promoción y prevención de la salud.

Ahora bien, sin conocer los verdaderos objetivos de dichos programas, diremos que no se llega con dichas estrategias políticas a lo sustancial del problema de la salud en Guatemala, como es la mala distribución de las tierras, falta de justa y equitativa distribución de ganancias; ausencia absoluta de reforma agraria para beneficio de familias campesinas y no de "agricultores" burgueses; el aprovechamiento de los productos destinados en la alimentación en consumo local, pues no es excedente verdadero, que quede después de haber cubierto las demandas de la población, sino que es falta de adquisición de los mismos por la población por carencia de medios; carencia de programas de seguridad social que cubran a toda la población.

En consecuencia, cualquier estructura política que carezca de cambios socioeconómicos que determinen una justa distribución de los bienes generales, para lograr el bienestar de toda la población, no logrará brindar salud y bienestar a ningún grupo humano, especialmente del área rural.

3 DAÑOS: MORBILIDAD-MORTALIDAD

Los indicadores de morbilidad y mortalidad son considerados los más representativos del estado de salud de una población, por lo que deseamos en forma somera, contemplar algunos aspectos de los mismos.

MORBILIDAD:

La morbilidad debería de ser el indicador más representativo del estado de salud; pero es más precisa la mortalidad, que también es cuantificable. La dificultad de recolección de datos, problemas conceptuales, definición de términos, falta de comprobación de diagnósticos hacen que el indicador morbilidad sea muy subjetivo.

El análisis de datos, que presentaremos brevemente a continuación, corresponde a ingresos hospitalarios únicamente.

Actualmente el país genera 2,386,371 consultas por año, representando 0.4 consultas por habitante año (consultas del Ministerio de salud pública e I.G.S.S.), que es un "bajo nivel de atención médica"; si se toma en cuenta que los servicios donde se otorga estas consultas se encuentran en la capital o en cabeceras departamentales es lógico concluir que la población rural recibe menos de 0.4 consultas al año. (3)

Se tiene un estudio a nivel de 22 departamentos, sobre las 10 causas de mayor incidencia en morbilidad además de su prevalencia y generalización por departamento.

Causa de morbilidad	No. de departamentos	o/o
Enteritis y otras diarreas	22	100
Infecciones respiratorias agudas	21	95
Avitaminosis y otras carenciales	21	95
Infecciones de la piel	21	95
Anemias	20	91
Parasitosis	20	91
Influenza	19	85

FUENTE: "Diagnóstico de la situación de salud a 1973. Ministerio de salud Pública y A.S., Guatemala Mayo de 1974.

Estas enfermedades son representantes del problema de morbilidad predominante en la mayor parte de los departamentos del país. Son daños controlables por medio de programas adecuados de salud pública y con base en la medicina preventiva; además de no requerir de personal médico especializado para su atención, excepto al establecerse cualquier complicación. Se trata además de patologías directamente relacionadas con el estado socioeconómico de la población y es en el cambio de las estructuras sociales y la política económica en donde se debe buscar también la terapéutica a seguir.

Según demanda por grupos etarios revelan los datos de planificación y estadística que, el 49 o/o de las consultas totales corresponden a los grupos preescolar y escolar; la población de 14 a 44 años representa el 40 o/o de las consultas, y la atención materno no sobrepasa de 16 o/o y 18 o/o la neonatal.

Es evidente que el grupo más expuesto, como es el materno-infantil, no está siendo cubierto ni en mínima parte.

MORTALIDAD:

La defunción es un hecho objetivo que se registra en centros oficiales de recolección de datos (registros civiles), que se puede cuantificar, resultando así ser el indicador más aproximado a la realidad para medir daños en salud. Desafortunadamente la calidad de registro por causa de muerte es deficiente, pues sólo el 25.5 o/o de las defunciones registradas cuenta con certificación médica.

La tasa de mortalidad general en 1972 fue de 12.8 por mil habitantes, la cual es alta en comparación con la de países con sistemas sanitarios y económico-sociales más avanzados.

La mortalidad infantil en 1972 se encontraba en 79 por mil nacimientos, con una leve reducción en 10 años. La mortalidad materna ha tenido un leve descenso. Es importante hacer notar que

no se encuentra ninguna tendencia a reducir la mortalidad neonatal, lo cual es producto de la atención del parto en condiciones antihigiénicas por personas sin ninguna capacitación, además de la madurez en peso por deficiencias nutricionales de la madre durante el embarazo y otras causas no menos importantes. (3)

MORTALIDAD POR CAUSAS CONOCIDAS:

La mortalidad se debe en un 25 o/o a enfermedades diarreicas y parasitismo intestinal; en 21 o/o a afecciones respiratorias agudas y en 12 o/o por tos ferina, sarampión y tuberculosis. Las enfermedades carenciales ocupan el tercer lugar con 6.82 o/o, aunque actualmente se está comprobando que se encuentra, en la mayoría de los casos, asociada a la causa principal de muerte, según estudios de estudiantes de medicina en su E.P.S. rural.

Como vemos las causas principales de mortalidad son susceptibles de disminuirse, al desarrollarse programas de prevención adecuados, tales como: Saneamiento ambiental + Educación en salud; nutrición adecuada + inmunizaciones; aumento de fuentes de trabajo + salarios justos y necesarios.

En el análisis por áreas sanitarias en el diagnóstico de salud a 1973 aparecen las siguientes tasas de mortalidad. El área de El Petén con 21.5; Totonicapán con 18.8; El Quiché con 16; Sololá con 15.8 y Alta Verapaz con 15.6 todas las tasas por mil habitantes y como las más altas tasas de mortalidad en Guatemala.

Lo más importante es la relación que guardan los datos anteriores con la ruralidad de dichas áreas; en el censo de población para 1964, estas áreas mostraron los más altos índices de ruralidad (más del 75 o/o cada una) y además estas mismas áreas corresponden a la zona Norte y Occidental del país, que en el mismo censo aparecen con los mayores porcentajes de población indígena.

Es evidente (sin necesidad de mencionar más cifras), que la so-

lución de los problemas de salud de estos núcleos de población rural, no depende sólo de instalar un puesto de salud atendido por auxiliar de enfermería (sin médico, ni medicinas), sino además de poner en función un programa integral de desarrollo que les proporcione buenas vías de comunicación, les facilite la producción agrícola y el mercadeo de sus productos, tanto como se les facilite ponerse en contacto con otras poblaciones que observan conductas de salud diferentes, para que así acepten los beneficios de una medicina moderna y se organicen para los fines del mejor desarrollo de "sus programas de salud", mediante una participación activa de todos en las actividades.

V. PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO DE PROMOTORES RURALES EN SALUD Y DE COMADRONAS EMPIRICAS EN LAS AREAS RURALES

El contenido siguiente es un resumen del contenido del programa oficial de adiestramiento y supervisión continuada de promotores rurales en salud y comadronas empíricas del Ministerio de Salud Pública y A.S. que se inició en 1971 y finaliza en 1975, con miras a una extensión posterior y progresiva a todo el territorio nacional. (2)

OBJETIVOS:

1. Promover a nivel de las comunidades rurales pequeñas el interés para gozar de una vida más saludable.
2. Poner a disposición de la población rural los programas de salud básicos e integrados para resolver sus principales problemas, como son:
 - 2.1 Educación sanitaria; 2.2 Inmunizaciones; 2.3 Saneamiento ambiental; 2.4 Atención médica dirigida; 2.5 Atención Materno Infantil.
3. Dotar a cada puesto de salud con personal auxiliar competente y con recursos necesarios para su buen funcionamiento, a través de:
 - Capacitación e incorporación de líderes de la comunidad, con funciones bien definidas al equipo de salud, consolidando así una infraestructura en salud.
 - Formación de comités de ayuda en las comunidades para lograr una mejor utilización de dichos líderes.
 - Capacitación de los miembros que integran actualmente el

Equipo de Salud (Médico, enfermera y auxiliares de enfermería de puestos de salud), para cumplir una función "motivadora primordialmente" y de adiestramiento y supervisión de los promotores que ejecutarán acciones de salud y de las comadronas de la comunidad.

- Designación de mayores recursos de personal, materiales, equipo, etc. para los puestos de salud de las áreas rurales como parte de la política administrativa del Ministerio de Salud Pública.

PLAN DE ACCION:

1. Visitar y estudiar las comunidades para detección de posibles promotores de salud y formación de comités comunales.
2. Preparar equipos de adiestramiento y supervisión mientras se visitan y estudian las comunidades.
3. Adiestrar a los promotores de salud de las comunidades.
4. Adiestrar a comadronas empíricas, según programa de la División Materno Infantil.
5. Educación continuada de las comadronas ya adiestradas.
6. Educación continuada de los promotores rurales en salud cada 4 meses.
7. Supervisión mensual directa de los Puestos de salud y comunidades, para supervisión de auxiliares de enfermería, promotores y comadronas.
8. Evaluación periódica de la marcha del programa para cuantificar las metas propuestas y objetivos logrados.

ETAPAS DEL PROGRAMA:

1. Etapa experimental: se cubren 30 comunidades por medio de 3 puestos de salud. Se adiestrarán 45 personas como promotores de salud y comadronas.
2. Etapa de Extensión: Se cubrirán 19 puestos de salud y 190 comunidades cada año, hasta completar en 1975 la cobertura de 60 puestos y 660 comunidades, lo que significa un número de 900 promotores de salud y 1,800 comadronas adiestradas en las áreas cubiertas.

FUNCIONES DEL PERSONAL QUE TRABAJARA EN EL PROGRAMA DE SALUD RURAL:

1. MEDICO

- Dar adiestramiento y readiestramiento a promotores en salud.
- Supervisión del trabajo de las auxiliares de enfermería.
- Efectuar supervisión del trabajo de las comadronas empíricas adiestradas y readiestradas por la División Materno Infantil.
- Cuando el caso lo requiera o sus servicios sean solicitados, podrá ayudar en las labores intrínsecas del Centro de salud.

2. Enfermera Graduada:

- Asistir al médico en las funciones de adiestramiento, readiestramiento y supervisión.
- Cuando sus servicios sean solicitados podrá ayudar en labores del centro de salud.

3. Auxiliares de enfermería del puesto de salud:

- Atención de enfermos mediante terapéutica dirigida.
- Atención Materno Infantil de los casos referidos por promo

tores y comadronas y de los casos pertenecientes al municipio.

- Orientación familiar.
- Vacunación y control del niño sano.
- Promoción y educación en salud: Enseñanza nutricional e higiénica y labor administrativa del puesto de salud
- Supervisión y orientación del trabajo del promotor y comadronas.

4. Promotores de Salud Rural:

- Sensibilidad de la comunidad con difusión de información.
- Detección de enfermedades y referencia de pacientes al puesto de salud.
- Educación en salud a la comunidad.
- Participación en programas de vacunación; programas de saneamiento ambiental y desarrollo de la comunidad.
- Diagnóstico y tratamiento inicial de las enfermedades más simples y comunes.

5. Comadronas empíricas adiestradas:

- Atención de madres en el embarazo, parto y puerperio.
- Atención del recién nacido.
- Referencia de casos problemas de Materno Infantil.
- Orientación a las familias sobre métodos de planificación familiar.
- Educación en salud a la comunidad.

6. Comité local pro-salud

- Asegurar la protección de las familias de los promotores y comadronas, mientras dura su adiestramiento.
- Motivar a la comunidad para que haga uso del promotor y de la comadrona.
- Promover en la comunidad el pago, ya sea en forma particular o de fondos comunitarios, de los servicios de los promotores y comadronas.

tores y comadronas.

- Participar en el programa de desarrollo de la comunidad.

CRITICA AL PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO DE PROMOTORES EN SALUD RURAL Y COMADRONAS EMPIRICAS ADIESTRADAS, DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y A.S.

El comentario que haremos sobre el programa de adiestramiento de promotores en salud rural del Ministerio de salud pública y A. S., no tiene el propósito de tratar de demostrar que dicho programa está bien o mal estructurado y/o realizado, sino más bien se pretende establecer una comparación de sus objetivos, dinámica y cobertura, con los resultados que hemos comprobado con experiencias prácticas en un programa similar, las que se pueden aprovechar en el mejoramiento futuro del programa objeto del presente comentario.

Para principiar veamos el contenido de los objetivos, haciendo se el análisis de los mismos:

Como primer objetivo del programa, se piensa: "Promover el interés de las comunidades rurales para gozar de una vida más saludable". Consideramos que este interés es natural en las personas y lo que ellos esperan es que se les den recursos y oportunidades para poder hacerlo y es en este objetivo en donde se debe trabajar. Este es un hecho tan real que lo manifiestan los habitantes que tienen un programa de salud con promotores.

En el documento de evaluación del programa de promotores de salud del río La Pasión, Petén, los promotores y miembros de las comunidades manifiestan: "Objetivo 3: Visión de los problemas más urgentes de la comunidad... Se hizo enumeración de los problemas más urgentes de las comunidades... identificaron los problemas en la forma siguiente:

- 1- Tener título de la tierra ("venimos aquí por la tierra").
- 2- Tener buena organización.
- 3- Tener suficiente medicina.
- 4- Que funcione bien el centro de salud de Sayaxché... (1)

El segundo objetivo se refiere a poner a disposición de la población rural, programas tales como: Educación sanitaria; Inmunizaciones; saneamiento ambiental; atención médica dirigida y programa materno infantil; para resolver sus principales problemas.

Pensamos que estos programas no son los más indicados para resolver sus problemas principales en salud. Diremos que estos programas pueden llegar a conocerse por las comunidades y ser aceptados; pero esta aceptación será ficticia, pues su realización no se ajusta a la realidad que viven esas poblaciones.

Lo mismo podemos decir del programa o actividad de educación sanitaria, pues esta requiere un cambio de patrones culturales que no es fácil, ni conveniente de hacer; implica también un mejoramiento de sus condiciones generales en aspectos de educación, mejor nivel de vida, tener contacto con poblaciones más desarrolladas, etc. Con respecto a programas de saneamiento ambiental, se necesita para realizarlos tener los recursos básicos: económicos, fuentes de agua, materiales para construir viviendas, letrinas, pozos, etc.

En ambos casos (educación sanitaria y saneamiento ambiental), se carece de los recursos necesarios, ya mencionados; la mayoría de los habitantes no tiene acceso a los mismos especialmente en el área rural. Por otro lado, si tuvieran oportunidad de obtener recursos económicos, inicialmente los emplearían en mejorar la nutrición de sus familias.

En cuanto a inmunizaciones, consideramos que es conveniente realizar estos programas, siempre que se pongan en marcha otros que corrijan el mayor o menor grado de desnutrición que sufren los

(1) PROYECTO PILOTO EN BIENESTAR RURAL. Informe sobre reunión en LA PALMA con promotores de salud y personas de la comunidad, Guatemala 1975. p.4

niños menores de 5 años.

Respecto a la atención de pacientes por los promotores de salud rural, nos parece que se emplea una dinámica poco práctica que incluso puede hacer dudar a gente sobre su efectividad. Por ejemplo: El promotor efectúa a) Examen general del paciente. b) Establece una impresión clínica. c) A veces da tratamiento sintomático, nunca causal.

Las personas llegan a consultar para que les den tratamiento, no para que les aconsejen a donde acudir en busca de ayuda; en consecuencia, el promotor debería conocer bien los aspectos clínicos y el tratamiento de las 5 enfermedades más frecuentes como causa de morbilidad - y mortalidad, y con entrenamiento adecuado y supervisión constante, poder resolver casos agudos y enviar al médico las complicaciones.

Refiriéndonos a otros aspectos del funcionamiento del programa, creemos que es inadecuado e inconveniente la referencia constante de pacientes al puesto de salud, por varias razones:

- Por ser una auxiliar de enfermería quien atiende el puesto de salud, las personas se dan cuenta de esto y pierden confianza en este servicio de salud.
- Las personas no van a buscar ayuda médica hasta que se encuentran gravemente enfermas y cuando esto sucede, es ya muy tarde para poder ayudarles (las dificultades económicas, de transporte, el haber esperado pacientemente el resultado final por muchos años, es lo que favorece este hecho). De modo que se impone que se encuentre en dichas comunidades un promotor capaz de detectar y resolver estos casos desde el inicio.
- Algo muy importante es que no se toma en cuenta las condiciones económicas de las familias. Durante cualquier visita al promotor o al puesto de salud, deberán comprar la medicina en farmacia particular y sabemos que el precio de esta es va-

rias veces mayor que en la capital; muchas veces no hay salarios o son casi nulos.

En el presente caso lo mejor para ayudar en el alivio de esta situación, sería que la medicina se obtuviera con fondos propios de las comunidades y se les vendieran a precio de farmacia estatal. (Posteriormente referiremos algunas obras bibliográficas en donde se indica el manejo de medicina por la propia comunidad, con fondos propios).

Atención Materno Infantil: Se tiene en proyecto que el promotor en salud y la comadrona adiestrada trabajen coordinadamente, formando un equipo a nivel de la comunidad. Esto es muy importante pues en la atención del niño en los primeros años de vida, está el éxito del programa para disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad en el grupo infantil.

Se menciona entre los objetivos que se va a dotar a cada puesto de salud con personal auxiliar competente y recursos necesarios como materiales, equipos, etc.

Consideramos que se está recargando el trabajo y la responsabilidad de un gran número de personas sobre un solo elemento, la auxiliar de enfermería, que tiene que atender pacientes de varias poblaciones, lo cual se podría evitar ampliando la cobertura de enfermedades que podría atender y tratar directamente el promotor en salud. Por otro lado, diremos que la baja asignación del presupuesto de salud, la mala utilización del mismo y el sistema de asignación de partidas para obtener las medicinas y otros materiales, han demostrado claramente que hay momentos durante el año, en que en los mismos hospitales faltan hasta medicinas indispensables y baratas como aspirinas, para no mencionar antibióticos y otros. Por lo tanto no creemos que esta situación mejore en estas poblaciones, ni que se logre realizar el objetivo en mención.

FUNCIONES DEL PERSONAL QUE TRABAJA EN EL PROGRAMA DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD DE LAS AREAS RURALES

MEDICO: El médico tiene una función poco activa dentro de las comunidades; su función es indirecta. Esta se reduce a supervisar el trabajo de las auxiliares de enfermería que a su vez supervisan a promotores y comadronas. Además participa en readiestramiento de los elementos en mención.

Consideramos que la supervisión de las actividades de promotores y comadronas, las debería de hacer el médico en forma más continua y directa para lograr mejor control y proporcionar más enseñanza. Además sería mejor aprovechada su función dentro de un equipo profesional multidisciplinario, en el cual no sólo atendería problemas médicos, sino tomaría parte en los problemas del desarrollo integral de las comunidades, principalmente en su aspecto socioeconómico, como base del bienestar general y con resultado directo en el mejoramiento de las condiciones de salud.

PROMOTORES DE SALUD: Las funciones de los promotores de salud son aceptables; pero no satisfactorias. Por ejemplo no hace una función preventiva, como sería su participación directa en un programa de atención del niño sano, o sea el control del desarrollo del niño durante los 5 primeros años de vida. Por otro parte, la terapéutica sintomática que realiza limita mucho sus capacidades y campo de acción, cuando con adecuado entrenamiento, con guía terapéutica, lista de medicamentos y dosis, además de supervisión constante, puede llegar a hacer terapéutica causal sin peligro para el paciente. (13) Incluso se podría llegar con el tiempo y la organización del equipo de adiestramiento, a realizar un programa de salud oral con profilaxis y exodoncia.

COMADRONAS EMPIRICAS ADIESTRADAS: Sus funciones son aceptables y deben formar un equipo con el promotor, especialmente en el programa de atención del niño sano.

COMITE LOCAL PRO-SALUD: Es grande la importancia de este comité, pero no se mencionan algunas actividades importantes que deben realizar. Entre otras actividades que debe realizar dicho comité y que no se mencionan, están las siguientes: Velar porque sea la propia comunidad la que se preocupe y busque los medios de obtener salud; en este sentido deben organizar a la comunidad para obtener los fondos que permitan tener local para clínica con el equipo y el material más indispensable; que se cuente con las medicinas que el paciente necesite, vendiéndolas a precio de farmacia es total, siendo dicho comité el encargado de control de su compra-venta. Deben establecer la remuneración de promotores y comadronas por todas las actividades que realizan.

Los comités pro-salud deben ser supervisados y recibir cursillos de educación para la salud y de organización propia y de la comunidad. Si no se hace esto último todo lo demás no llegará a funcionar y a permanecer.

CAMBIOS QUE SE PUEDEN INTRODUCIR EN EL CONTENIDO DEL PROGRAMA DE PROMOTORES EN SALUD RURAL

Comentaremos la forma como se podrían introducir algunos cambios dentro del programa y basados en otro programa similar (Proyecto Piloto de Bienestar Rural).

OBJETIVOS: Entre los cambios de los objetivos se proponen los siguientes:

- I- Enseñar a las comunidades el mejor aprovechamiento de sus propios recursos, en el aumento de los mismos y para mejorar sus condiciones de salud.
- II- Poner a disposición de las pequeñas poblaciones rurales, los programas básicos de desarrollo integral, para resolver sus principales problemas, como son:
 - a) Educación agrícola: para, 1o. Mejorar las cosechas y ha-

cer mejor utilización de la tierra. 2- Cultivar alimentos variados. 3- Enseñarles a mejorar la forma de mercadeo de sus productos.

- b) Buscar nuevas formas de desarrollo económico de las comunidades a fin de aumentar los ingresos de las familias; entre ellas el que se organicen para obtener objetos de trabajo, principalmente tierras para cultivar.
- c) Atención en salud dirigida por medio de promotores en salud y comadronas, en aspectos de promoción, prevención y curación:
 - **PROMOCION:** Educar a la comunidad sobre aspectos de salud y para que aporten sus propios recursos para lograr mejoramiento en su salud. (13)
 - **PREVENCION:**
 - Programa Materno Infantil, con énfasis en la atención del niño en los primeros 5 años de vida, para disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad y lograr el desarrollo adecuado del mismo.
 - Inmunizaciones (Se harán dentro del programa anterior)
 - Saneamiento ambiental.
 - Profilaxis oral.
 - **CURACION:**
 - Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más comunes y realización de procedimientos quirúrgicos sencillos.
 - Realizar exodoncia.

III- Dotar a las comunidades de recursos:

- a) Humanos: Capacitación e incorporación de líderes vo-

luntarios de la comunidad para formar promotores y comités pro-salud y mejoramiento.

Organización de Equipos Profesionales Multidisciplinarios, con estudiantes de distintas disciplinas, para impartir asesoría en los diferentes programas.

- b) Materiales: Mediante la organización y de los comités, promotores y comadronas se pueden obtener y disponer de recursos necesarios a los programas de salud:

- Local para clínica.
- Equipo y materiales de curación.
- Farmacia comunal con medicinas que receta el promotor, para vender a precio de farmacia estatal. Se podría vender también Incaparina.
- Establecer la forma de remunerar a promotores y comadronas por sus servicios.

Es de hacer notar que en todas estas obras debe lograrse la participación del Ministerio de Salud Pública y A.S. y el I.G.S.S., como entidades obligadas, conjuntamente con la comunidad.

PLAN DE ACCION:

- I- VISITAR Y ESTUDIAR LAS COMUNIDADES: Se harán visitas para establecer contactos con las autoridades y vecinos, en las cuales se irán detectando personas voluntarias para formar los promotores en salud, el comité pro-salud y el comité pro-mejoramiento.
- II- PREPARAR EL EQUIPO DE TRABAJO: Este equipo se encargará de la organización de la comunidad, asesoría de los diferentes programas, adiestramiento, supervisión y readiestramiento de promotores y comadronas.

Este equipo profesional multidisciplinario estará formado por los estudiantes del último año en su práctica de ejercicio profesional supervisado en el área rural, el cual constituye un trabajo de equipo con la integración de estudiantes de diversas disciplinas universitarias, que se empieza a poner en práctica en varios lugares.

El equipo que nosotros proponemos en el presente plan, inicialmente debe estar formado por: Médico, enfermera, trabajadora social, agrónomo, odontólogo, y veterinario. Posteriormente y según la necesidad se podrán ir agregando al programa otros elementos universitarios o técnicos.

Todo el trabajo que realicen estas personas del equipo profesional conjuntamente con los miembros de las comunidades se rá para lograr el desarrollo integral de la persona, la familia y la comunidad; lo cual traerá como consecuencia el mejoramiento de las condiciones de salud de las mismas.

- III- Proporcionar atención médica dirigida y supervisada por medio de promotores rurales en salud.

Los promotores atenderán:

- PROMOCION (educación en salud): Por medio de charlas:
 - 1- a grupos.
 - 2- a pacientes en la clínica.
- PREVENCIÓN
 - 1- Atención de un programa Materno Infantil, con atención del niño durante los 5 primeros años de vida. (Equipo con comadrona)
 - 2- Dar apoyo a comités pro-salud para iniciar programas de saneamiento: Letrinización, purificación de agua, etc.

- CURACION

- 1- Atención sintomático y causal de pacientes que presenten los síntomas en entidades clínicas más frecuentes: Diarreas, DHE, Enfermedades respiratorias agudas, Desnutrición, parasitismo, etc. (13)
- 2- Dar tratamiento de acuerdo a guía terapéutica.
- 3- Practicar primeros auxilios y tratamiento de heridas sencillas.
- 4- Prácticas de exodoncia.
- 5- Vender la medicina a precio de farmacia estatal. (13)

VI CONCLUSIONES

- 1- La interrelación que ha existido a través de la historia de Guatemala entre los factores culturales, sociales, políticos y económicos, han demostrado y determinan actualmente la carencia absoluta de salud en la población, especialmente en las mayorías desposeídas de los bienes y beneficios económicos de la población, como son los que viven en las áreas rurales marginadas.
- 2- La población de Guatemala se caracteriza por ser joven; alto porcentaje de mujeres en edad reproductiva con índices elevados de natalidad; dispersión de la mayoría en áreas rurales; con altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil y alta tasa de crecimiento, lo cual determina la necesidad de contar con enorme cantidad de recursos económicos, de educación, de salud y coordinación de programas políticos de desarrollo, que por el momento no han sido puestos a disposición.
- 3- La carencia de viviendas adecuadas en la mayor parte de la población, falta de agua potable en el área rural, mala disposición de excretas, basuras y aguas servidas; baja producción de alimentos en cantidad y calidad, con mal aprovechamiento de los recursos naturales son algunos factores que inciden en la determinación de las altas tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas, infecciosas y nutricionales.
- 4- La educación en nuestro medio es atributo que goza una clase selecta de la población. El alto índice de analfabetismo, la falta de educación para la salud, los programas de educación no apegados a la realidad, son factores que inciden directamente en la situación de salud general y de las áreas rurales particularmente. Los factores condicionantes del bajo nivel educativo dependen de la estructura socioeconómica de nuestra sociedad.

- 5- Existe una falta grande de recursos económicos, físicos, humanos, etc.. en el campo de la salud pública. A ello se suma su pésima distribución con la centralización de un 80 o/o de los mismos en el departamento de Guatemala. Los programas (política de salud), carecen de realidad en sus objetivos y buscan la solución de los problemas, trabajando para corregir los efectos (daños) en salud y no en prevenirlos cambiando las causas que son las condiciones socioeconómicas de las poblaciones y las insatisfactorias y nada beneficiosas políticas de salud de los gobiernos de turno.
- 6- La enfermedad en nuestro medio es abundante pero no cuantificable porque las áreas rurales carecen de servicios de salud y los existentes producen menos de 0.4 consultas al año por habitante. Sin embargo, podemos decir que las causas de morbilidad más frecuentes corresponden a enfermedades entéricas diarreicas, infecciones respiratorias agudas, enfermedades carenciales y parasitismo. La mortalidad si es cuantificable; causó en 1972 una tasa de mortalidad general de 12.8 por mil habitantes. La tasa de mortalidad infantil es muy alta con 79 por mil nacimientos. Las causas de mortalidad son las mismas que las de morbilidad.
- 7- Las poblaciones más afectadas en daños de morbilidad y mortalidad, corresponden al área rural donde las enfermedades pueden ser controladas e incluso eliminadas por medio de educación sanitaria e introduciendo mejoramiento en las condiciones ambientales, pero conjuntamente con cambios en las condiciones socioeconómicas de los habitantes de dichas poblaciones.
- 8- En las condiciones actuales de desarrollo general del país, la única forma de atender algunos de los problemas de salud de la población rural, parece ser el adiestramiento de promotores en cada localidad, capacitándolos para atender y prevenir algunas de las enfermedades más comunes; y de las comadronas tradicionales ya existentes para que mejoren las condiciones

- en que atienden los partos y la atención prenatal que por ahora realizan.
- 9- Un programa basado en promotores y comadronas, necesita de una organización local que les de apoyo en el desarrollo de sus actividades y en el financiamiento propio de medicinas y materiales de trabajo, para lo cual se requiere la participación de toda la comunidad, lo cual se logra mediante un proceso de conocimiento de sus propios problemas y la toma de decisión sobre las formas y el orden en que éstos deben ser atacados.
 - 10- El programa de promotores del Ministerio de Salud Pública y A.S., no ha logrado un grado de desarrollo satisfactorio porque se basa en acciones aisladas de salud, sin vínculos con otros programas y sin apoyo verdadero de las comunidades.
 - 11- Las formas y características del desarrollo futuro del país, indicarán en que forma deberán atenderse las necesidades de salud de la población general de Guatemala; por lo tanto es imposible predecir el papel que le corresponde en el futuro al promotor, la comadrona y los grupos de salud que por hoy, parecen ser una solución.

VII RECOMENDACIONES

- 1- Se debe establecer una relación entre los programas de los ministerios de Economía, Agricultura, Educación, Salud Pública, Comunicaciones y Obras Públicas para poder lograr, sin desperdicio de recursos y tiempo, el desarrollo integral de las áreas rurales marginales.
- 2- Se deben hacer programas de educación más apegados a la realidad. El contenido de la educación en salud se debe introducir a todos los niveles, desde la primaria hasta la Universidad.
- 3- Se necesita desarrollar políticas de gobierno en las cuales se haga mejor distribución de los recursos naturales (tierras), entre las grandes mayorías de familias campesinas; que se obtengan productos agropecuarios en calidad y cantidad suficientes para satisfacer primordialmente la demanda interna de alimentos; que exista una repartición justa de los beneficios mediante buenos salarios y oportunidad de participación de los trabajadores no sólo en la producción (como mano de obra) sino en los beneficios como socios de las empresas.
- 4- Guatemala es un país agrícola necesitado de alimentos y por lo tanto de recursos técnicos y humanos para poder desarrollar una agricultura más intensa en beneficio general. Por ello entre los fines de los programas de educación se debe buscar la formación de mayor cantidad de técnicos en carreras agrícolas, más que profesionales universitarios en otras disciplinas pero sin empleo.
- 5- Promover y fomentar programas de promotores rurales en salud, siempre que dichos programas contemplen como base de los mismos, el desarrollo económico (fundamentalmente), social, cultural y político, y en donde la Universidad pueda poner en práctica, con la integración de sus facultades, sus programas de E.P.S.

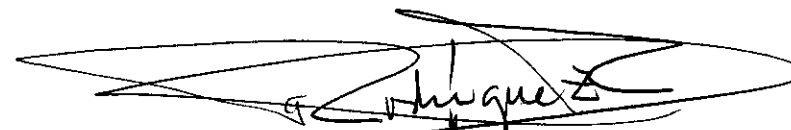
- 6- Para que el programa de promotores del ministerio de salud pública y A.S. alcance sus propósitos, debe revisar el contenido del adiestramiento, mejorar o poner en marcha un sistema de supervisión y un procedimiento de medición de la calidad de la atención que llega a prestar el promotor.

VIII BIBLIOGRAFIA

- 1.- Amaro Nelson, Manuel. El reto del Desarrollo en Guatemala. Guatemala, IDESAC, 1970. pp. 85-105.
- 2.- Aramburú, Germán. Programa de adiestramiento de promotores rurales en salud y de comadronas empíricas en las áreas rurales. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1971.
- 3.- Del Cid Peralta, Eusebio. Diagnóstico de la situación de salud en Guatemala. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 1974. pp. 15-59.
- 4.- Ferrara F., A. Acebal, Eduardo y Paganini J. M. Salud. En: Medicina de la comunidad. Buenos Aires. Centro Regional de Ayuda Técnica (AID), 1972, pp. 1-7.
- 5.- Girón Solano, Eva Margarita. Enfrentamiento de los problemas de la población rural de Guatemala, mediante acción multidisciplinaria, participación del trabajador social en equipos multidisciplinarios. Tesis. Guatemala, Escuela de Servicio Social, I.G.S.S., noviembre de 1974. pp. 43-66.
- 6.- Guatemala. Dirección General de Estadística., VII Censo de población 1964. Guatemala, 1971. pp 22-35.
- 7.- Guatemala. Ministerio de Educación Pública. Plan Nacional de educación Pública. Plan nacional de educación para la república. 1973. pp 30-32
- 8.- Guerra Borges, Alfredo. Geografía económica de Guatemala.- Guatemala, Editorial Universitaria, 1973.
- 9.- López Vásquez, Víctor Manuel. Elementos fundamentales para el desarrollo de la salud en Guatemala. Tesis. Guate-

mala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1973. pp. 91.

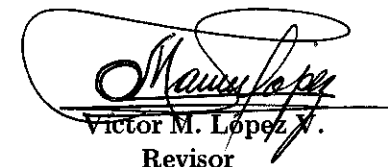
- 10- Organización Mundial de la Salud. Empleo y formación de auxiliares de medicina, partería y saneamiento (Serie de informes técnicos No. 212). p. 3.
- 11- Renán Esquivel, José. La medicina comunitaria como sistema de protección a la familia y al niño en Latinoamérica. Semana Médica, (México) 15 (318) : 148-151, Abril 1975.
- 12- Rivas Martínez, Oscar R. Mortalidad en San Andrés Xecul (Tonitcapán) como consecuencia de una estructura y sistema económico capitalista. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1975. 36 p.
- 13- Rojas Flores, Alicia. Enfoque evaluativo del proyecto piloto en bienestar rural. Tesis (trabajadora social). Guatemala, I.G.S.S., Escuela de Servicio Social, 1974. 1-24 pp. Anexos. -1-38-
- 14- Rosal Mazariegos, José. Manual para promotor de Salud Rural. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1974.
- 15- Waldheim Cordón, Carlos; Annette Morales de Fortín y J. Rómulo Sánchez. Salud materno infantil. Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Fase III. 1975. 6 p.



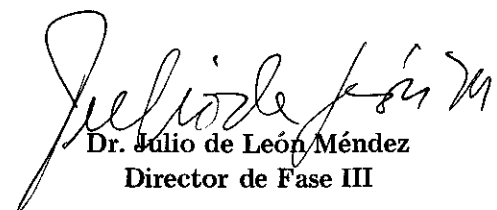
Br. Axel Francisco Rodríguez Rodríguez



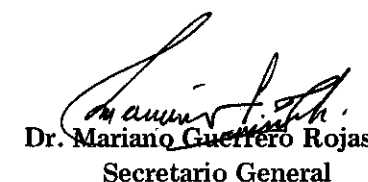
Dr. Carlos Waldheim C.
Asesor



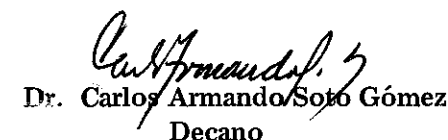
Víctor M. López N.
Revisor



Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III



Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario General



Dr. Carlos Armando Soto Gómez
Decano