

INDICE

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
 - 2.1 Generales
 - 2.2 Específicos
3. MATERIAL Y METODOS
4. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS
 - 4.1 Descripción
 - 4.1.1 Datos generales
 - 4.1.2 La población
 - 4.1.3 El nivel de salud
 - 4.1.4 Factores determinantes y condicionantes
 - 4.1.5 Recursos y servicios de salud
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFIA

1

INTRODUCCION

Como cambio fundamental en el plan de estudios de la última fase de la carrera de médico y cirujano, en 1974 se inició el programa de Ejercicio Profesional Supervisado, E.P.S., que incluye una práctica de 6 meses en el área rural. Creo que esta práctica es muy importante en la formación del médico guatemalteco, y puede llegar a ser muy importante para esa gran mayoría del pueblo de Guatemala abandonada también por los servicios de salud.

Esta práctica en el área rural se planificó en coordinación con la Facultad de Ciencias Médicas y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; por lo tanto nos vimos envueltos y partícipes del sistema nacional de salud y los distintos programas que lleva a cabo dicho ministerio.

La experiencia nos hizo conocer de cerca los sistemas, irregularidades y deficiencias del funcionamiento del sistema nacional de salud en su sentido más amplio y no únicamente en el ámbito hospitalario de la capital, que era la limitada visión del estudiante de medicina.

Uno de los puntos de la larga lista de irregularidades, que no viene al caso mencionar, es la improvisación o falta de planificación y de perspectiva de la mayor parte de las acciones de salud. Esto se debe en parte a una política gubernamental de demagogia, pero también, en gran medida, a la ausencia o falta de datos de información fidedigna sobre la cual poder planificar. Esta información no se puede improvisar o recopilar en el momento deseado, pues existen factores limitantes como lo son la calidad de las fuentes de información, y la falta de sistematización de estos datos.

La decisión de que el primer grupo que salió a trabajar en los Centros de Salud Tipo "C" hiciera un trabajo tipo monográfico a nivel municipal, que recopilara toda la información existente, e incluso que pudiera obtener información directa más actualizada, nació de esta necesidad de planificar en base a un conocimiento más real de la situación de salud del país.

No creo que la información aportada por este trabajo, unida a la de otros realizados en distintas partes del país, pueda realmente servir como una base para la planificación de los programas de salud en una manera diferente a la que se ha venido haciendo, ya que las fuentes de información no han mejorado en calidad. Tal vez en ciertos aspectos a la larga pueda servir como un punto de referencia y de comparación con datos obtenidos posteriormente.

mal distribución de la riqueza, la mala alimentación, los altos índices de analfabetismo, la mala vivienda.

En Guatemala la mortalidad es básicamente una consecuencia del subdesarrollo, y por eso vemos que nuestro país compite por los primeros lugares en los renglones de alta mortalidad infantil y desnutrición, así como de las enfermedades que serán consecuencia de las malas condiciones de higiene y de la ignorancia.

A lo largo de los años, Guatemala mantiene la más alta tasa de mortalidad en Centroamérica. Aun cuando ha disminuido de 24.4×1000 en 1965 a 16.1×1000 en 1968, sigue a la cabeza, ya que los otros países habían logrado en 1968 las siguientes tasas:

	1968 mortalidad general	1965 mortalidad infantil $\times 1000$ nacidos vivos
Guatemala	16.1×1000	92.6
Costa Rica	8.2	79.9
El Salvador	9.4	71.1
Honduras	8.5	41.2
Nicaragua	7.3	51.1
Panamá	7.2	44.9

Fuente: (4)

Estas cifras nos dan una idea muy general de las condiciones de salud del país, que analizadas a nivel de una localidad como el Municipio de Samayac, permiten entender más claramente sus causas y consecuencias, pues Samayac reproduce las contradicciones fundamentales propias de la sociedad guatemalteca. Este trabajo no pretende ser un análisis exhaustivo de las condiciones socioeconómicas del municipio, sino únicamente recopilar la mayor información existente en el renglón de salud y algunas de las situaciones que influyen directamente en ésta y así demostrar cómo las condiciones y sistemas socioeconómicos son causa determinante del estado de salud o enfermedad de una población.

2.1 Generales:

- Corroborar, a partir del mejor conocimiento de las condiciones de una comunidad, como las condiciones del medio ambiente, factores económicos, sociales y culturales, influyen en la salud-enfermedad de una población.
- Dar información útil para el desarrollo y orientación del Ejercicio Profesional Supervisado, tanto a nivel de las Ciencias Médicas como a nivel universitario, para un equipo que redunde en mejoras y mayor prestación de servicios a la comunidad.

2.2 Específicos

- El mejor conocimiento de las condiciones de salud de la comunidad en este caso Samayac, ya que éstas reflejarán el estado de la comunidad.
- Lograr ese mejor conocimiento de las condiciones de la comunidad para que, a partir de él, se intenten y planifiquen tanto inmediatas y parciales, como a largo plazo y más generales.
- Obtener la información más detallada acerca de las causas de la mortalidad y mortalidad más comunes, lo que puede ser un elemento de base para futuros programas de salud.
- Con base en las conclusiones y recomendaciones que se puedan obtener, hacer planes de docencia con la comunidad.

Nuestro país pertenece al grupo de los "subdesarrollados" o "en vías de desarrollo," que agrupa a los países en donde las condiciones de desarrollo económico y nivel de vida son infrahumanos. Este bajo nivel de vida incluye la mala distribución de la riqueza, la mala alimentación, los altos índices de analfabetismo, la mala vivienda.

En Guatemala la mortalidad es básicamente una consecuencia del subdesarrollo, y por eso vemos que nuestro país compite por los primeros lugares en los renglones de alta mortalidad infantil y desnutrición, así como de las enfermedades que serán consecuencia de las malas condiciones de higiene y de la ignorancia.

A lo largo de los años, Guatemala mantiene la más alta tasa de mortalidad en Centroamérica. Aun cuando ha disminuido de 24.4×1000 en 1965 a 16.1×1000 en 1968, sigue a la cabeza, ya que los otros países habían logrado en 1968 las siguientes tasas:

	1968 mortalidad general	1965 mortalidad infantil $\times 1000$ nacidos vivos
Guatemala	16.1×1000	92.6
Costa Rica	8.2	79.9
El Salvador	9.4	71.1
Honduras	8.5	41.2
Nicaragua	7.3	51.1
Panamá	7.2	44.9

Fuente: (4)

Estas cifras nos dan una idea muy general de las condiciones de salud del país, que analizadas a nivel de una localidad como el Municipio de Samayac, permiten entender más claramente sus causas y consecuencias, pues Samayac reproduce las contradicciones fundamentales propias de la sociedad guatemalteca. Este trabajo no pretende ser un análisis exhaustivo de las condiciones socioeconómicas del municipio, sino únicamente recopilar la mayor información existente en el renglón de salud y algunas de las situaciones que influyen directamente en ésta y así demostrar cómo las condiciones y sistemas socioeconómicos son causa determinante del estado de salud o enfermedad de una población.

2.1 Generales:

- Corroborar, a partir del mejor conocimiento de las condiciones de una comunidad, como las condiciones del medio ambiente, factores económicos, sociales y culturales, influyen en el estado de salud-enfermedad de una población.
- Dar información útil para el desarrollo y orientación del programa de Ejercicio Profesional Supervisado, tanto a nivel de la Facultad de Ciencias Médicas como a nivel universitario, para un futuro trabajo de equipo que redunde en mejoras y mayor prestación de servicios a la comunidad.

2.2 Específicos

- El mejor conocimiento de las condiciones de salud de una comunidad, en este caso Samayac, ya que éstas reflejarán el estado de salud de la comunidad.
- Lograr ese mejor conocimiento de las condiciones de salud de la comunidad para que, a partir de él, se intenten y planeen soluciones tanto inmediatas y parciales, como a largo plazo y más definitivas.
- Obtener la información más detallada acerca de las causas de mortalidad y mortalidad más comunes, lo que puede ser un elemento orientador de base para futuros programas de salud.
- Con base en las conclusiones y recomendaciones que de este trabajo puedan obtener, hacer planes de docencia con la comunidad.

3

MATERIAL Y METODOS

Para la obtención de la información que se presenta en este trabajo hubo necesidad de recurrir a varios tipos de fuentes de información. Estas pueden agruparse en:

- Oficiales locales
- Particulares locales
- Oficiales nacionales
- Información directa (entrevistas con personal de los Servicios de salud y otros).

Entre las fuentes oficiales locales se consultaron las papeletas del registro civil municipal en cuanto a defunciones y nacimientos. En la población existe un dispensario parroquial, que cuenta con archivo de fichas clínicas del cual también se tomaron datos. Otros datos de morbilidad fueron obtenidos en base a mi trabajo en el Centro de Salud.

A nivel departamental se consultaron memorias y archivos del Centro de Salud de Mazatenango, del Hospital Nacional de Mazatenango, de la División de Tuberculosis, del SNEN, de la Supervisión regional de educación, de la ANACAFE.

Muchos datos fueron recabados de una manera directa, mediante entrevistas a distintos funcionarios de los Servicios de Salud, a administradores de fincas, a profesores, etc., así como por la observación personal. Otras informaciones fueron obtenidas en la Unidad de Planificación y Estadística del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El resto fue recopilado en bibliografía que mencionaremos al final.

En cuanto a la metodología seguida para la obtención de esta información, son todos datos retrospectivos, parciales, circunstanciales y en ocasiones arbitrariamente presentados en cuanto a su cronología, ya que no existe una concordancia en las fechas de diferentes informaciones.

Uno de los principales problemas de la información obtenida era la falta de confiabilidad de dichos datos, ya que rara vez coincidían datos de un mismo hecho pero provenientes de distinta fuente de información, siendo

ambas "oficiales". Esto planteaba cierta contradicción, aún cuando las diferencias no eran muy grandes.

En el renglón de economía todos los datos son de hace una década, y aún cuando no se hayan modificado esencialmente las relaciones de producción existentes, cronológicamente hay una discordancia en relación a otro tipo de informaciones más actualizadas. Esto podría llevar a conclusiones erróneas por ser una situación irreal.

4
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

4.1 Descripción:

- 4.1.1 Datos generales
- 4.1.2 La población
- 4.1.3 El nivel de salud
- 4.1.4 Factores condicionantes y determinantes.
- 4.1.5 Recursos y servicios de salud

4.1.1 Datos generales

Samayac es un municipio del Departamento de Suchitepéquez. Tiene una extensión aproximada de 16 Kms. cuadrados. Colinda al norte con Santa Catarina Ixtahuacán (Sololá); al este con San Pablo Jocopilas, San Antonio Suchitepéquez y San Bernardino (Suchitepéquez); al sur con San Bernardino (Suchitepéquez); al oeste con Mazatenango, San Francisco Zapotitlán y Zunilito (Suchitepéquez).

4.1.2 La población

Samayac tiene una población total de 9.250 habitantes, según el censo de 1973. Estos están repartidos de la siguiente manera:

TABLA No. 1
POBLACION TOTAL, SEGUN SEXO Y LUGAR DE
ORIGEN DEL MUNICIPIO DE SAMAYAC, 1973

Hombres	4,688
Mujeres	4,562
TOTAL, Población	9,250

Continuación de Tabla No. 1

Población	Total		Hombres		Mujeres	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Rural	4,316	46.6	2,159	50	2,157	50
Urbana	4,934	53.4	2,529	51.2	2,405	48.8

FUENTE: D.G.E., censos 1973.

Samayac es uno de los municipios más densamente poblados de todo el país. Tiene una densidad de población de 578.1 habitantes por kilómetro cuadrado.

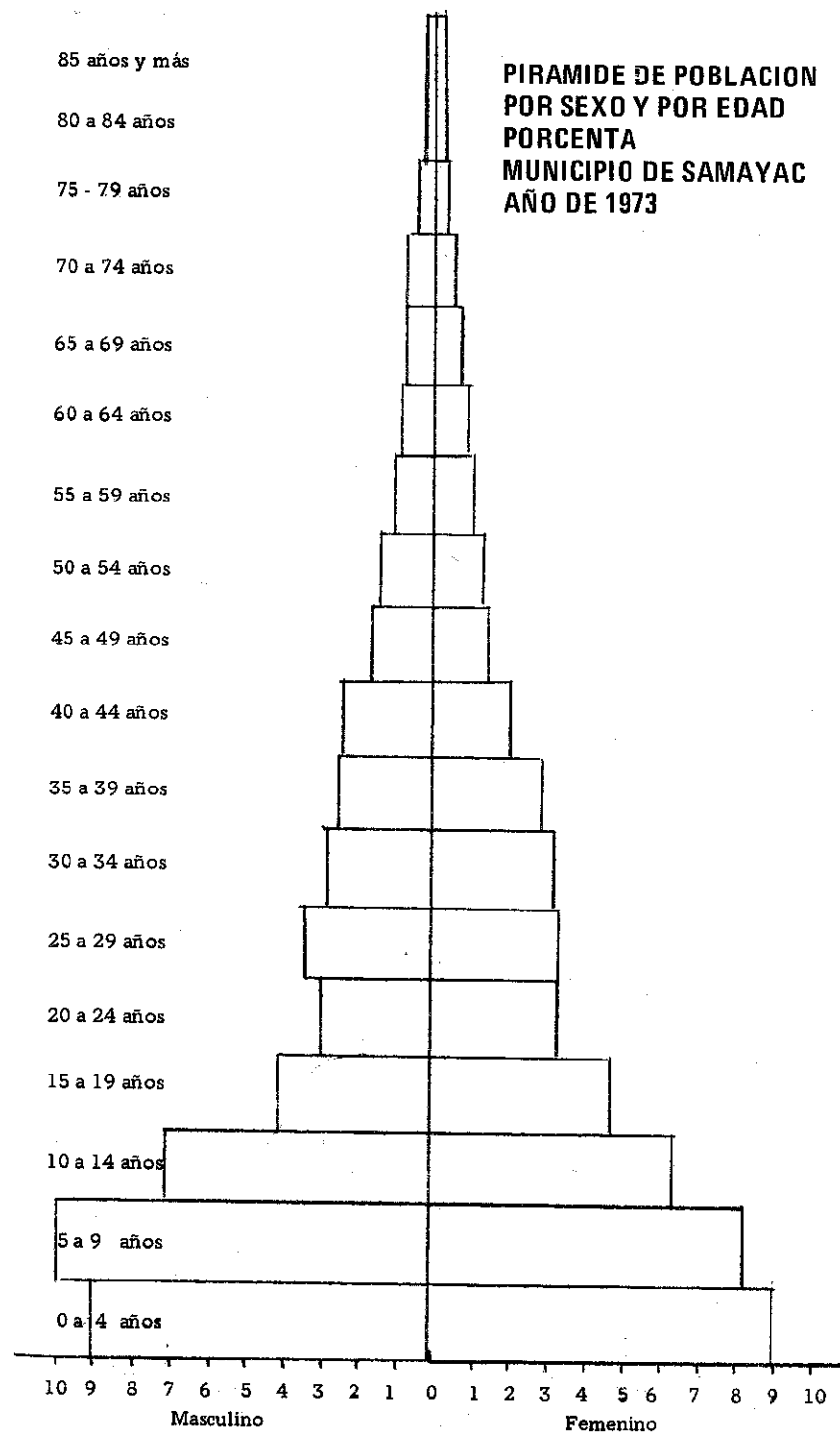
Este municipio tiene una población más o menos constante durante todo el año. Por ser en su gran mayoría minifundistas, sólo a una finca vienen trabajadores temporales durante los meses de septiembre, octubre y noviembre, en un promedio de 130 familias.

A continuación presentaremos las cifras y gráfica de la población analizada por grupos etarios.

TABLA No. 2
POBLACION TOTAL POR GRUPOS ETARIOS
Y SEXOS. SAMAYAC, 1973

Grupo Etario	Total		Hombres		Mujeres	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
0- 4	1,847	18.0	824	9.0	823	9.0
5- 9	1,742	18.7	947	10.1	795	8.6
10-14	1,224	13.3	639	7.0	585	6.3
15-19	809	8.8	377	4.1	432	4.7
20-24	604	6.4	298	3.1	306	3.3
25-29	582	6.5	284	3.2	298	3.3
30-34	540	5.9	256	2.8	284	3.1
35-39	495	5.3	232	2.5	262	2.8
40-44	409	4.4	225	2.4	184	2.0
45-49	270	2.9	140	1.5	130	1.4
50-54	236	2.5	112	1.2	124	1.3
55-59	178	2.9	90	1.0	88	0.9
60-64	172	1.8	86	0.9	86	0.9
65-69	146	1.5	68	0.7	78	0.8
70-74	115	1.2	65	0.7	50	0.5
75-79	43	0.5	26	0.3	17	0.2
80-84	24	0.2	11	0.1	13	0.1
85 y más	15	0.2	8	0.1	7	0.1
TOTAL	9,250	100.0	4688	50.7	4562	49.3

FUENTE: M.S.P. y A.S., oficina de planificación.



Como vemos en la pirámide de población, el hecho de que casi el 50 o/o de la población total tenga menos de 14 años es un elemento al que hay que ponerle mucha atención, no tanto a nivel local como a nivel nacional, ya que esta proporción en la distribución de la población es a nivel nacional. Este dato es importante para los programas económicos que debe hacer el gobierno en previsión de una suficiente producción de alimentos y fuentes de trabajo para esa mayoría que dentro de pocos años será el sector económicamente activo.

La tasa de natalidad en Samayac es similar a la promedio en todo el país.

Tasa de Natalidad	<u>No. de nacidos vivos en 1 año</u> población total	x 1000	<u>299</u> 9250
	31 x 100 habitantes		
Tasa de Mortalidad	<u>No. muertos en 1 año</u> población total	x 1000	<u>106</u> x 1000
	11 x 1000 habitantes		

La población tiene un crecimiento vegetativo de 20 x 1000.

En 1973 hubo en Samayac un total de 299 nacimientos. Estos están distribuidos de la siguiente manera según sexo y lugar de ocurrencia.

TABLA No. 3
NACIMIENTOS SEGUN SEXO Y LUGAR DE OCURRENCIA, SAMAYAC, 1973

Sexo	Total		Urbano		Rural	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Masculino	156	52.1	102	53.7	54	49.5
Femenino	143	47.9	88	46.3	55	50.5
ambos	299	100	190	100	109	100

FUENTE: M.S.P. y A.S., oficina de planificación.

De los nacimientos que hubo en 1973 fueron atendidos por comadrona el 99 o/o y atendidos en su domicilio el 99 o/o. Es de hacer notar la falta de atención médica durante el parto.

En la población existen aproximadamente 20 comadronas, de las cuales por lo menos 10 han recibido el curso de adiestramiento de comadronas impartido por el Centro de Salud de Mazatenango durante los últimos dos años. Este curso no pretende modificarles sus costumbres respecto a la atención del parto sino únicamente inculcar ciertas normas de higiene.

Respecto a la atención domiciliaria del parto, esto no es criticable, pero hace falta hacer mayor énfasis en las medidas higiénicas mínimas indispensables.

A pesar de la falta de atención médica, como veremos más adelante, las cifras de morbi-mortalidad durante el parto o postparto inmediato es mínima en este municipio.

TABLA No. 4

NACIMIENTOS SEGUN EDAD DE LA MADRE Y LUGAR DE OCURRENCIA. SAMAYAC, 1973

Edad de la madre	Urbano	Rural
Menor de 15 años	0	0
15-19	31	19
20-24	52	43
25-29	41	20
30-34	35	18
35-39	18	2
40-44	2	4
45-49	1	0
50 y más	1	0
Ignorado	1	1

FUENTE: M.S.P. y A.S., Oficina de Planificación.

En base a los datos mencionados arriba, ahora obtendremos los índices de fecundidad.

TABLA No. 5
TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD
SAMAYAC, 1973

Edad de la madre	No. de mujeres	No. Nacimientos	Tasa x Mil
15-19	432	50	115.7
20-24	306	95	310.4
25-29	298	61	204.6
30-34	284	53	186.5
35-39	262	30	114.5
40-44	184	6	32.6
45-49	130	1	7.5

Es de hacer notar la alta tasa de fecundidad en el grupo de jóvenes madres entre 15 y 19 años; esto las llevará a un desgaste físico prematuro ya que generalmente en estas madres veremos una gran multiparidad. También es notoria la alta tasa en el grupo entre 35 y 39 años de edad; este es un fenómeno no estudiado y difícil de explicar. Se han dado argumentos como la ignorancia y el desconocimiento de métodos anticonceptivos, o como una reposición, a la larga, de los hijos que se han ido perdiendo; madres que han tenido 7 a 12 hijos pero de los cuales sólo 4-5 sobrevivirán.

4.1.3 El nivel de salud

Los únicos datos que tenemos para medir el nivel de salud de esta población es medir su nivel de enfermedad ya que esto podemos lograrlo a través de los registros de mortalidad y de las atenciones por enfermedad prestadas a la población, así como con el conocimiento de sus condiciones sanitarias.

A continuación presentaremos los datos de mortalidad, obtenidos de los archivos municipales.

CAUSAS DE MORTALIDAD, SAMAYAC, 1973

1. Mortinato	8
2. Infección intestinal	28
3. Parasitismo intestinal	9
4. Diarrea infecciosa	4
5. Disentería amebiana	3
6. Gastritis	1
7. Congestión intestinal	1
8. Bronconeumonía	18
9. Bronquitis	9
10. Neumonía	2
11. Pulmonía	1
12. Amigdalitis	1
13. Tosferina	1
14. Hepatitis	1
15. Cirrosis hepática	3
16. Insuficiencia cardíaca	1
17. Anemia	2
18. Parto	1
19. Paludismo	1
20. Intoxicación alcohólica	1
21. Politraumatizado	1
22. Senilidad	1
23. Sin informe	8
TOTAL	106

Como ya se ha visto en muchas otras estadísticas, en Guatemala o en otros países con similares condiciones socio-económicas, la "infección intestinal" y los problemas broncopulmonares ocupan los primeros puestos como causas de muerte. Visto por grupos de edades tenemos, como principales causas:

Antes de comentar la incidencia de las distintas causas de muerte, quisiera hacer notar la categoría de la persona que ha dado estos diagnósticos de causa de muerte.

Médico	5.5 o/o
Empírico (farmacéutico, secretario, comadrona, etc.)	90.8 o/o
Autoridad (policía o alcalde)	1.8 o/o
Ignorado	1.8 o/o

El hecho de que la mayoría de los diagnósticos hayan sido dados por "empíricos", nos hace dudar en algunas ocasiones respecto a la veracidad del diagnóstico; pero pensamos que agrupadas las causas de muerte en aparato gastrointestinal o aparato respiratorio, se elimina en gran parte ese margen de error o ambigüedad que podría existir en diagnósticos como "infección intestinal" ó "diarrea infecciosa", y que para fines estadísticos y de programación para salud pública puede ser válida esta agrupación. En las estadísticas que presentamos, estos dos grupos abarcan aproximadamente el 75 o/o del total de las muertes en el año 1973.

Revisando las principales causas de muerte, vemos como dijimos antes, que aproximadamente el 75 o/o quedan entre el grupo de gastrointestinales y respiratorias. Como suele suceder, los grupos más débiles son los más afectados, o sea los niños y los ancianos. En Samayac vemos que esto se repite y vemos en las estadísticas de mortalidad por grupos de edad:

Niños de 0 a 1 año	24.5 o/o
Niños de 1 a 4 años	12.2 o/o
Adultos de 60 y más	20.7 o/o

Es lamentable ver esas cifras de mortalidad infantil. En este caso tienen predominancia las enfermedades del aparato respiratorio, pero también con una incidencia alta de gastroenterocolitis y enteritis en sus distintas formas. Hay que hacer notar que la mortalidad por enfermedades infectocontagiosas prevenibles es mínima: no hay muertes por sarampión y únicamente 1 por tosferina. Ha habido campañas de vacunación, pero no tenemos cifras de mortalidad de años anteriores para comparar y ver si en efecto es resultado de dichas campañas. Tampoco tenemos cifras de morbilidad para correlacionarlas.

Revisando la totalidad de la casuística de la mortalidad en Samayac,

TABLA No. 6
MORTALIDAD POR CAUSAS Y GRUPOS DE
EDAD. SAMAYAC 1973

Causas de Muerte	GRUPOS DE EDAD							Total
	0-28d	28d-1a	1-4	5-14	15-44	45-60	60 y +	
Todas las causas	9	16	15	9	8	8	25	90
Infección Intestinal		4	4	2	3	1	14	28
Parasitismo Intestinal		2	3	4		1	5	9
Diarrea infecciosa							1	4
Disenteria amebiana				2		3	3	3
Bronconeumonía	6	4	3	1			2	18
Bronquitis	2	2	2					9
Neumonía		2	1					2
Pulmonía								1
Tosferina		1						1
Amigdalitis	1		2					1
Las demás causas		1			5	3	3	14

FUENTE: Archivos Municipales.

también es notoria la baja incidencia de muerte por "parto". Sólo hubo un caso.

Dentro del grupo de los ancianos la causa de muerte predominante es la "infección intestinal".

En lo que respecta a la morbilidad tendremos una mayor gama de informaciones. Al puesto de salud de Samayac llegó más o menos regularmente el médico UAMAS* una vez por semana; de ahí tenemos la siguiente información. Los siguientes cuadros corresponden a la morbilidad clasificada en base a los códigos establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

* UAMAS se le denomina a la unidad móvil que supervisa, y en este caso, da consultas en los distintos puestos de salud de un área.

TABLA No. 7
MORBILIDAD POR CAUSAS Y GRUPOS DE EDAD. SAMAYAC, 1973

Código de enfermedad	GRUPOS DE EDAD												Total	
	0 - 1		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 y más					
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
30	4	1.57	15	5.9	21	8.26	43	17	11	4.33	94	37.0		
12	1	0.39	14	5.51	12	4.72	9	3.54	3	1.18	39	15.35		
34	3	1.18	7	2.75	5	2	9	3.54	6	2.36	30	11.81		
33	--	--	--	--	--	--	27	10.6	--	--	27	10.63		
19	3	1.18	10	4	4	1.57	9	3.54	--	--	26	10.24		
23	2	0.78	14	5.5	5	2	1	0.39	1	0.39	23	9.06		
15	--	--	5	2	2	0.78	--	--	1	0.39	8	3.15		
32	--	--	1	0.39	--	--	1	0.39	3	1.18	5	1.97		
31	--	--	--	--	1	0.39	1	0.39	--	--	2	0.79		
TOTAL	13	5.74	66	26.05	50	19.63	100	39.1	25	9.83	254	100		

FUENTE: Registros de consultas de UAMAS. Archivos Centro de Salud de Mazatenango, 1973.

MORBILIDAD POR CAUSAS Y GRUPOS DE EDAD. EPS, 1974.

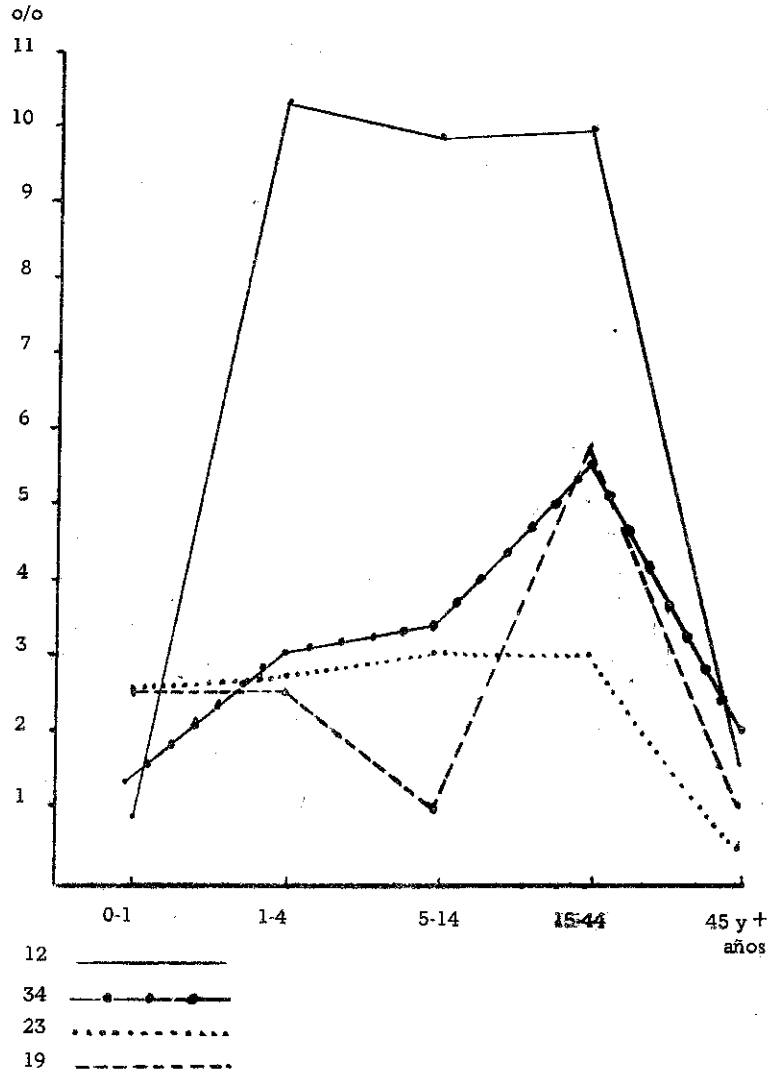


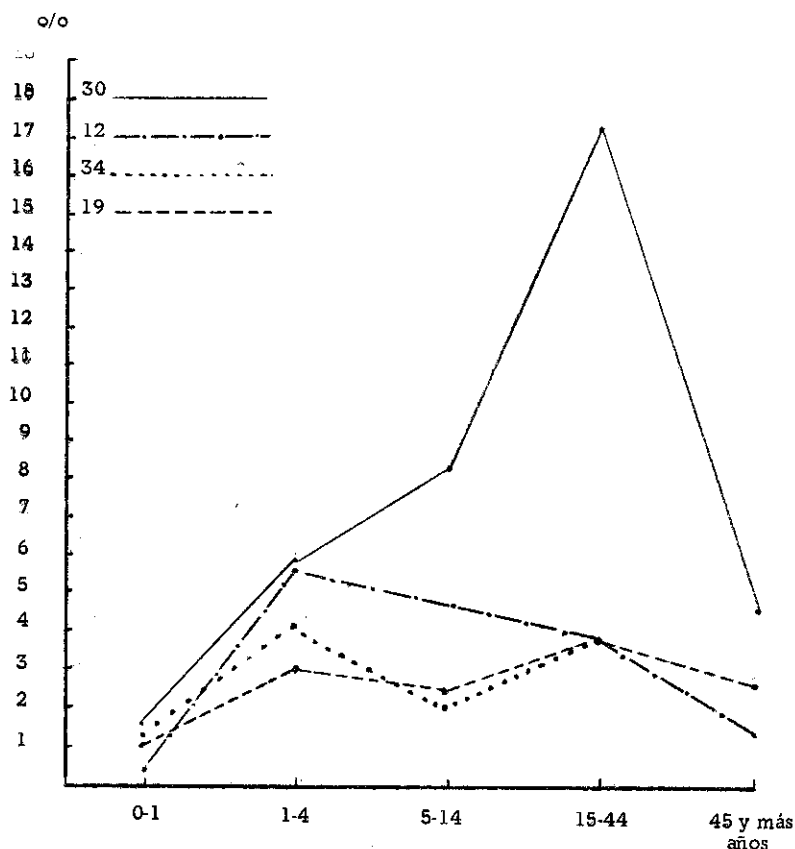
TABLA No. 8

MORBILIDAD POR CAUSAS Y GRUPOS DE EDAD. SAMAYAC, 1974

Código de enfermedades	GRUPOS DE EDAD									
	0 - 1		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 y más	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
12	3	0.75	41	10.30	38	9.6	39	9.80	6	1.5
34	5	1.25	12	3	13	3.3	20	5	7	1.75
23	10	2.5	10	2.5	3	0.75	22	5.6	4	1
19	10	2.5	11	2.8	12	3	12	3	2	0.5
30	---	---	2	0.5	6	1.5	21	5.3	3	0.75
33	---	---	---	---	---	---	27	6.8	---	---
32	6	1.5	4	1	---	---	8	2	---	---
03	---	---	---	---	3	0.75	12	3	1	0.25
15	---	---	6	1.5	2	0.5	4	1	1	0.25
31	---	---	2	0.5	2	0.5	7	1.75	1	0.25
TOTAL	34	8.50	88	22.1	79	19.9	172	43.25	25	6.25
									398	100

FUENTE: Registros de consultas dadas por E.P.S., en el puesto de Salud; febrero-mayo, 1974.

MORBILIDAD POR CAUSAS Y GRUPOS DE EDAD. UAMAS, 1973.



Las causas de enfermedad mencionadas en los cuadros y gráficas anteriores corresponden según el código dado por la OMS a:

- 03 Tuberculosis todas sus formas
- 12 Resto de infecciosas y parasitarias
- 15 Desnutrición y malnutrición.
- 19 Infecciones agudas de las vías aéreas superiores, influenza o gripe.
- 23 Gastritis, gastroenteritis, colitis, enteritis.
- 30 Senilidad, mal definidas y desconocidas.
- 31 Accidentes, envenenamientos y violencias.
- 32 Exámenes practicados en ausencia de enfermedad (sanos).
- 33 Control de embarazo y puerperio.
- 34 Demás causas (las no comprendidas en la clasificación anterior).

La enfermera lleva un libro de control de las "consultas" que ella da, pero por la manera en que está anotado, es imposible recabar cualquier tipo de información.

Un aspecto importante que debe ser tomado en cuenta para evaluar el nivel de salud de nuestra población en estudio, es la tuberculosis. Más tarde hablaremos de los programas previstos y cómo se llevan a cabo éstos, por ahora sólo quisiera hacer énfasis en la importancia que tiene este padecimiento como índice del estado de salud de una colectividad. La tuberculosis es el resultado de una serie de factores que todos ellos van en detrimento de la salud: mala nutrición, hacinamiento, ausencia de medicina preventiva. La tuberculosis es la muestra más patente del subdesarrollo. Nuestro país tiene altos índices de enfermos tuberculosos. En Samayac no existen cifras oficiales de índices de enfermos tuberculosos, aún cuando sí existe un relativo control de estos enfermos, por lo menos en alguna medida. Existía una lista de 190 enfermos aproximadamente, pero esta lista incluye población de municipios vecinos como Santa Catarina Ixtahuacán (Sololá); pero lo más importante de esta lista es que sólo una mínima proporción está bajo control y el resto son enfermos que no reciben tratamiento y que por lo tanto siguen siendo focos de contagio.

Un elemento importante que no está cuantificado en ninguna de las gráficas de mortalidad o morbilidad, es la DESNUTRICION. Practicamente se podría partir de la base que el 90 o/o de la población está desnutrida en sus diferentes grados, y que cuando van a hacer una consulta al médico en la hoja estadística no se apunta ese diagnóstico como principal, pero se asume que la gran mayoría de las veces existe.

La desnutrición es una enfermedad que por su cronicidad y lenta instalación no es tomada en cuenta por la mayoría de personas, pero es evidente que sí interfiere en la vida y rendimiento físico y económico de la persona que la padece.

En el caso de los niños, es en donde vemos los casos más severos, afortunadamente pocos, pero en la casi totalidad de los niños del área rural vemos algún grado de desnutrición que se manifiesta principalmente por un retraso en su desarrollo pondoestatural. Aun con las tablas hechas para nuestro país, es lo común que nuestros niños campesinos tengan un déficit del 10 ó 20 o/o en su desarrollo.

El INCAP ha hecho estudios sobre el estado nutricional de la población de Guatemala, tanto urbana como rural. Comprobaron que en el área rural los niños empiezan a mostrar déficit pondoestatural por desnutrición desde los 4-6 meses de vida. Como dijimos antes, los casos severos afortunadamente no son los más frecuentes; ellos encontraron un 1.9 o/o entre la población infantil estudiada. Estos niños que inician su déficit pondoestatural a tan temprana edad, llegarán a la edad adulta, a la edad productiva, con ese mismo déficit y, en la mayoría de los casos, continuarán con la malnutrición que incidirá en su rendimiento físico.

El hecho de que la desnutrición esté presente en la gran mayoría es un elemento, que aún cuando no está cuantificado, es de vital importancia al hablar de nivel de salud de una población. Su existencia debilita las defensas de la población, es decir siempre será un agravante de cualquier patología que se presente, a cualquier edad. Un ejemplo claro son las cifras de mortalidad por enfermedades infectocontagiosas que en realidad no deberían ser mortales, pero que por atacar a niños con muy pocas defensas y en malas condiciones generales, fácilmente se desarrollan complicaciones.

Es evidente que la desnutrición incide en la economía nacional. De esto hablaremos más adelante.

4.1.4 Factores determinantes y condicionantes.

4.1.4.1 Descripción del ambiente.

Samayac, antiguamente Tzaamayac, palabra cakchiquel que significa: Tzaam nariz y yac gato de monte, nombre que ya figura en el Popol Vuh y que sería nariz de gato de monte. Como ya mencionamos antes, es un municipio pequeño, aproximadamente 16 kilómetros cuadrados. Está aproximadamente 620 metros sobre el nivel del mar, en "la bocacosta". La topografía del municipio es casi plana, y está cruzado y dividido de otros municipios por varios ríos: Nimá, Ixtacapa, Cusamá, Zarza, Bolas, Pixcum, Pumá, Quilá y Sacobá.

Tiene una Municipalidad de 3a. categoría. Cuenta con una villa que es la cabecera, Samayac y cuatro caseríos: Quilá, Chiguaxté, San Antonio Ixtacapa y San Antonio Nimá.

Está comunicado por carreteras de terracería transitables en todo tiempo con Mazatenango a una distancia de 7 kms.; a San Bernardino a una distancia de 8 Kms. y a San Francisco Zapotitlán a una distancia de 6 Kms.

El clima es húmedo y cálido; tiene una estación de lluvias desde el mes de mayo hasta el mes de octubre, alcanzando en estos meses de 5 a 7 metros de precipitación pluvial. Tiene suelos poco profundos, desarrollados sobre material volcánico mezclado; suelos bien drenados, fáciles de trabajar y muy fértiles. Por ser poco profundos son aconsejables para el cultivo del café y pastos; no se adaptan al cultivo mecanizado.

Aspectos culturales.

La población de este municipio en su mayor parte es indígena, Es

notorio que casi toda la población indígena es bilingüe, aunque hay algunos casos en que sólo hablan "la castilla". La lengua indígena que se habla en esta zona es el cakchiquel.

Es una población que mantiene algunas tradiciones y fiestas, casi siempre alrededor de fiestas religiosas como la cuaresma. Aisladamente, se observa la idolatría al "Maximon". La fiesta titular se celebra el 8 de diciembre.

No se puede hablar de un día de mercado pues en realidad no hay un día de especial importancia. Probablemente por la vecindad con la cabecera departamental no existe un mercado fuerte sino únicamente ventas para el consumo diario.

No se puede hablar de que haya una música o un folklor de la zona; tampoco hay una tradición de artesanía.

Para continuar describiendo el ambiente en que vive la población del municipio de Samayac, nos trasladamos ahora al área urbana en donde analizaremos las condiciones de vivienda, drenajes, etc. La villa de Samayac, cabecera municipal, cuenta con aproximadamente la mitad de la población del municipio; en en donde están concentrados el mayor número de servicios.

Respecto a la vivienda existe una encuesta hecha en 1963. Hubo una posterior en 1972 pero "se perdió"; la efectuaron un grupo de maestros que la perdieron y no existía una copia oficial. Por lo tanto, los datos que presentamos aquí no están actualizados ya que los datos del censo de 1973 todavía no están disponibles. A continuación presentaremos únicamente los totales, correspondientes a 1963, que son la suma de los datos de 34 manzanas del casco urbano del municipio.

Total de viviendas 691

Total de dormitorios 801

Este dato nos revela que la mayoría de las viviendas son de una única habitación que por lo general es utilizada para dormir y también para cocinar; este es un dato muy relativo si se quieren juzgar las condiciones higiénicas pues no conocemos la dimensión ni las condiciones de ventilación de dicha habitación. Claro está que de una manera empírica y por apreciación personal podríamos decir que estas habitaciones no son nunca muy amplias y mucho menos ventiladas. Creo que la ventilación es uno de los aspectos en que más hay que hacer énfasis cuando se emprendan campañas educacionales.

La encuesta a la que hemos hecho referencia no menciona materiales de construcción, tipos de pisos y techos, o cómo están construidas las viviendas. Por apreciación personal, podríamos decir que hay una amplia gama de tipos de construcción; en las periferias de la población las viviendas son con techos de palma, paredes de bajareque y pisos de tierra. Suelen ser nuestros tradicionales ranchos, que rara vez tienen ventana.

Hacia el centro de la población la mayoría de las viviendas son de ladrillo o lepan, con techos de lámina o lozas, algunas con cielos de machimbre o cartón, en general con pisos de cemento.

Con las cifras mencionadas y la población de aquel entonces, nos da un promedio de: 4.5 habitantes por vivienda.

En el resto de caseríos y población rural, las condiciones de vivienda son similares a las del resto del país: ranchos con paredes de bajareque o caña, techo de palma, pisos de tierra, mala ventilación y un alto índice de hacinamiento (no contamos con ninguna cifra al respecto).

Respecto a las otras condiciones sanitarias los datos también corresponden a 1963, pero es obvio que las condiciones no se han modificado en mayor medida.

Agua intradomiciliaria:

Si tiene	55.5o/o
no tiene.	45.5o/o

El resto de la población que no tiene agua intradomiciliaria tiene pozos y recogen agua en el río. Dentro de la encuesta habitacional vemos que el 100 o/o de los pozos existentes son insanitarios.

Hay pozos en el 56.1 o/o de las viviendas.

El sistema de agua potable es deficiente en cuanto a calidad y cantidad. Tienen sistemas de sedimentación y clorinados, pero ninguno de los dos son correctamente aplicados.

Respecto a la cantidad, no existe una buena distribución y en la época de secas hay escasez en el sistema de distribución. Se podría corregir el sistema y ampliarlo ya que existen fuentes de agua no utilizadas, pero haría falta colocar medidores y reparar fugas, a lo que la población no ha estado dispuesta.

En lo referente a la disposición de excretas, los datos de la encuesta de 1963 ya no tienen validez porque en 1966 se diseñó un sistema de alcantarillado combinado para aguas servidas y para agua de lluvia; este sistema canaliza por un drenaje común el agua de lluvia y los drenajes domiciliarios.

La instalación de este tipo de sistemas de alcantarillado es una obligación municipal, la que debe de lograr el financiamiento de este tipo de proyectos. Este sistema de alcantarillado en Samayac fue diseñado para 3,192 beneficiarios; actualmente es insuficiente a pesar de que la población no lo ha utilizado en la medida en que debería.

En 1964 el 74.7 o/o no tenían ningún tipo de sistemas para la disposición de excretas. Actualmente esta cifra ha bajado, pero aún sigue siendo muy alto el porcentaje; en general la gente utiliza los ríos que cruzan la población y si no "el monte". En las áreas urbanas no se debe fomentar la letrinización sino los sistemas de alcantarillado.

En el área rural del municipio no existe ninguno de estos sistemas. Es evidente que por la gran dispersión de las viviendas no es costeable realizar proyectos de agua potable o alcantarillado. Los ríos y los pozos serán comúnmente las fuentes de agua.

En el cantón Quilá existe un proyecto para la introducción del agua potable. Actualmente se está trabajando con un Comité de Vecinos para iniciar la tramitación oficial, ya que existe una muy buena fuente de agua.

La disposición de excretas en el área rural forzosamente debe hacerse en base a la letrinización. Esta es una obligación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social quien debe fomentar y financiar este tipo de proyectos. En el Municipio de Samayac no existe ni siquiera el proyecto para su realización.

Ni en el área urbana ni en el área rural existe servicio de desechos sólidos (basura); la mayor parte es biodegradable y es utilizada como abono después de algún tiempo. Esto tiene su contraparte negativa y es que estos depósitos generalmente están al aire libre y son criaderos de insectos portadores de enfermedades.

Hace falta el elemento educacional para el enterramiento o incineración de la basura, tanto en área urbana como en la rural.

La población cuenta con un rastro dentro del área urbana en malas

condiciones higiénicas. Existe el proyecto de un nuevo rastro que se supone será construido con mejores normas higiénicas.

También en el casco urbano existe un mercado que fue ampliado en 1967 y que durante 1974 ha sido remodelado, por medio de préstamos con el INFOM.

El comentario que se pudiera hacer a las condiciones sanitarias descritas arriba es bastante obvio. Las condiciones son deficientes y esto va en detrimento de la salud de la población. A los ojos de cualquiera es evidente que si una persona va "a afuerear al río", como dice la gente, y río abajo otra persona utilizará el río como fuente de agua potable, esa agua no será lo más puro e idóneo para beberse. Este tipo de elementos son los que cobran importancia cuando vemos las cifras de morbilidad con sus altos índices de padecimientos gastrointestinales.

Respecto a los controles sanitarios en los mercados, tiendas y farmacias, son funciones del centro de Salud de Mazatenango.

4.1.4.2 Educación

El factor educación es un coadyuvante muy importante para el nivel de salud de una comunidad. Cuando hablamos de educación no nos referimos únicamente a alfabetismo o analfabetismo, sino a todo lo que esto conlleva así como hábitos de higiene, conocimientos para la alimentación de los niños, para la construcción de viviendas, etc. La escuela no debe enseñar únicamente a leer y escribir, sino que debería enseñar a cómo vivir mejor.

En el Municipio de Samayac existen varias escuelas:

Escuela urbana oficial	1
Escuela rural oficial	3
Escuela rural particular	1

Estas son escuelas primarias, pero además existe un Instituto Básico por cooperativa.

	Hombres	Mujeres
Maestros oficiales urbanos	3	9
Maestros Educación media	2	6
Maestros rurales oficiales	2	1
Maestros rurales particulares	--	1

Vemos un total de 5 escuelas en el municipio, con un total de 16 maestros para la enseñanza primaria, para una población de 3006 niños en edad escolar, lo que da un promedio de: 185.3 alumnos por maestro.

Es evidente que esto no lo vemos en la realidad, ya que no hay una asistencia del 100 o/o de los niños en edad escolar, pero debemos hacer el análisis de por aquí no hay una alta asistencia a la escuela.

En la población escolar del municipio hay un total de:

En 1973:	urbana	559
	rural	118
	TOTAL	677 inscritos

En 1974:	urbana	604
	rural	173
	TOTAL	777 inscritos

Estas cifras de niños inscritos equivalen a:

En 1973 al 22.52 o/o de la población en edad escolar

En 1974 al 25.84 o/o de la población en edad escolar.

Estos son los niños inscritos pero también debemos tomar en cuenta el índice de deserción escolar; lo haremos analizando las cifras de las distintas escuelas.

Escuela urbana:

	Hombres	Mujeres
inscritos	326	233
aprobados	275	188
reprobados	29	20
Ausentes	22	25

Indice de Deserción es de 8.4o/o

Escuela rural del cantón Quilá:

	Hombres	Mujeres
Inscritos	22	14
Aprobados	12	7
Reprobados	3	2
Ausentes	7	5

Indice de Deserción es de 33.3o/o

Escuela rural del Cantón Chiguaxté:

	Hombres	Mujeres
Inscritos	24	11
Aprobados	11	3
Reprobados	4	1
Ausentes	9	7

Indice de Deserción es de 45.7o/o.

Escuela rural del Cantón San Antonio Nimá:

	Hombres	Mujeres
Inscritos	10	9
Aprobados	6	3
Reprobados	0	3
Ausentes	4	3

Indice de Deserción es de 36.8 o/o

Escuela rural de la Finca Parraxé:

	Hombres	Mujeres
Inscritos	18	10
Aprobados	15	8
Reprobados	3	0
Ausentes	0	2

Indice de Deserción es de 7.1 o/o

Englobando todas las cifras del municipio tenemos como promedio:
INDICE DE DESERCIÓN 26.26 o/o.

Es de hacer notar que el índice de abandono de la escuela entre los hombres y las mujeres es el mismo. Dentro del total de alumnos inscritos en 1973, el 41 o/o son mujeres, y el resto varones.

Respecto a la calidad y nivel de estudios que se imparte en estas escuelas es obvio que deja mucho que desear. En la escuela urbana existen los seis años de la primaria, en dos de las rurales hasta tercer año, y en las otras dos sólo primero y segundo año.

El que un niño llegue al segundo año de la primaria no modificará esencialmente su futura vida a diferencia que no hubiera ido; tal vez aprendió a leer y escribir, pero la escuela no le ha abierto los ojos a nuevas formas de vida, a nuevos conocimientos para aprovechar mejor los recursos que le rodean, y aspirar a mejores condiciones de vida, le habla muy poco de

elementos de su vida cotidiana y no le abre ninguna posibilidad de mejora dentro de su vida.

Es por eso que el niño del área rural asiste poco a la escuela, pues para él la verdadera enseñanza de lo que le será más útil como una cosa inmediata, será ir al lado de su padre a labrar la tierra o quedarse al lado de su madre aprendiendo a preparar la masa y a echar las tortillas. Es la necesidad inmediata que ven y no hay mayor aliciente para que los padres manden a sus hijos a la escuela cuando en cambio sí les pueden ser útiles en el trabajo.

4.1.4.3 Economía

Propiedad de bienes de producción.

En el municipio de Samayac la tierra está dividida en muchas manos, la mayor parte pequeños propietarios, algunos medianos propietarios y únicamente una finca grande, de 6 caballerías.

Según los censos de 1964, existían 484 fincas, con un total de 2967 manzanas. De éstas, la mitad o más son menores de una manzana y solamente 5 fincas miden 10 caballerías.

Durante los meses de mayo en adelante, en 1974, la Anacafé estuvo trabajando en este municipio en la campaña contra la broca del café y con ese objeto se hicieron listados de los pequeños productores. En esos listados encontramos un total de 643 pequeñas propiedades distribuidas de la siguiente manera:

De 1 a 10 cuerdas	62.55 o/o
De 11 a 20 cuerdas	19.40 o/o
De 21 a 40 cuerdas	10.27 o/o
De 41 a 100 cuerdas	2.25 o/o

Además estaban registrados 6 propietarios con propiedades que se encuentran entre 100 y 500 cuerdas.

Esta estructura de la propiedad privada básicamente en forma de minifundio determinará la economía, las fuentes de trabajo y nivel de vida del municipio. Vemos que en este municipio el minifundio alcanza sus mínimas proporciones como es el que el 62 o/o de los propietarios tengan menos de 10

cuerdas, que evidentemente no es una extensión cuyos frutos pudieran alcanzar para abastecer siquiera el autoconsumo.

En el municipio de Samayac se siembra fundamentalmente café; los pequeños propietarios no tienen hortalizas y la mayoría tiene que comprar su maíz. Los medianos productores también siembran café, pero algunos de ellos tienen pastos, caña y, en muy pequeña proporción, se han iniciado siembras de citronela y hule. El cacao es consumido por toda la población pero, con algunas excepciones, es sembrado únicamente para el autoconsumo.

Por ser un municipio productor de un producto netamente para la exportación, y por ser la gran mayoría pequeños productores, existe un fuerte grupo de comerciantes y revendedores, generalmente indígenas.

Composición de las fuerzas de trabajo.

Para 1973 se calculó la población en edad productiva de la siguiente manera:

TABLA No. 9

POBLACION EN EDAD PRODUCTIVA POR SEXO Y LUGAR DE ORIGEN, SAMAYAC, 1973

	Hombres		Mujeres	
	Absoluto	o/o	Absoluto	o/o
Rurales	948	10.24	988	10.68
Urbanos	1066	11.52	1120	12.10
TOTAL	2014	21.76	2108	22.78

FUENTE: M.S.P. y A.S., oficina de planificación.

Esta fuerza de trabajo disponible, encajada dentro de la estructura de la propiedad privada que hemos descrito arriba, trabaja en sus pequeñas parcelas durante un período del año pero, junto con la gran mayoría de desposeídos, debe vender su fuerza de trabajo a los medianos y grandes propietarios del

municipio e incluso viajar diariamente a otras fincas o al ingenio Palo Gordo que queda a 27 Kms., de distancia.

Existe una gran mayoría que no poseen ni siquiera esas "miniparcelas" y que por lo tanto serán trabajadores asalariados o "jornaleros" durante todo el año. Los salarios para los jornaleros en el municipio de Samayac son en general de 70 centavos diarios, excepto en una de las fincas grandes que continúa pagando 60 centavos por jornal. Aún existen en algunas de las fincas más grandes "los peones" de la finca, los que además de su jornal reciben casa y en ocasiones ración; hay una gran tendencia a suprimir este sistema de reminerencias feudales, y cada tanto se sabe que sacan a estos peones de la finca y en adelante se convertirán en simples jornaleros sujetos a la demanda de mano d obra.

Hay un alto índice de desempleo que, como sucede en toda la región, se agudiza durante los meses de marzo a finales de mayo, debido a la época de cosecha, de limpia, etc.

En el municipio hay un pequeño grupo de artesanos que se dedican principalmente a la talabartería y carpintería. Su importancia no llega a substituir o mejorar la ausencia de fuentes de trabajo

Producción

Respecto a la producción agrícola y pecuaria no contamos con cifras actualizadas. El censo de 1964 nos reporta 146 cabezas de ganado vacuno; en la actualidad sabemos que hay aproximadamente 600 cabezas en manos de 3 propietarios. Existen dos granjas avícolas cuyos productos son vendidos principalmente fuera del municipio.

Consumo de alimentos

No existe ningún estudio en este municipio. Por la observación clínica podríamos decir que en general la población lleva una dieta insuficiente, en parte por la ignorancia del valor nutritivo de distintos alimentos, pero fundamentalmente por las limitaciones que imponen los bajos ingresos familiares. La dieta diaria es de maíz y "hierbitas", principalmente el chipilín. El frijol por su elevado costo ha dejado de ser un alimento de consumo diario en un gran sector de la población. La ingesta de proteínas animales es muy

pobre por las razones mencionadas anteriormente, aún cuando sí se producen en el municipio.

4.1.5 Recursos y servicios de salud

En este punto analizaremos con qué recursos cuenta el municipio y a los que tiene acceso la población en el resto del área.

En el municipio existe un Puesto de Salud desde hace aproximadamente 3 años. Este había sido atendido por una enfermera adiestrada hasta febrero de 1974 que llegó el primer estudiante E.P.S. Este Puesto de Salud, como suelen hacerlo todos, daba una atención muy deficiente por falta de recursos y bajo nivel del personal.

También en la cabecera municipal, existe un Dispensario Parroquial desde hace aproximadamente 6 años. Este fue fundado e inicialmente subvencionado por una agrupación inglesa, OXFAM, que lleva trabajadores voluntarios a países del tercer mundo. Cuenta con un edificio amplio y adecuado, y es atendido por dos enfermeras graduadas (australiana e inglesa respectivamente) quienes dan la consulta. Además hay un promotor social, adiestrado por el Dr. Berhorst de Chimaltenango, quien da consulta, extrae muelas y hace exámenes de laboratorio. A lo largo de su estancia han formado personal paramédico para hipodermia, curaciones y laboratorio; éstas son muchachas indígenas de la comunidad, que además sirven de intérpretes. Además hay una muchacha inglesa "profesora del hogar", quien da clases de costura y cocina.

Esta clínica parroquial ha jugado un papel muy importante dentro de la población en el aspecto de atención médica, educativa y preventiva. Han logrado establecer programas de control prenatal, control de clínica infantil, control de tuberculosos y han llevado a cabo los cursillos de adiestramiento de comadronas propuestos por el Centro de Salud de Mazatenango. A esta clínica acuden en mayor proporción pacientes provenientes de las aldeas de Nahualá, y en menor proporción los del municipio de Samayac.

Esta clínica tiende a disolverse en un plazo no muy lejano ya que con la llegada del estudiante E.P.S. consideran fortalecidos los servicios del ahora Centro de Salud tipo "C", que aún no existía cuando estos voluntarios llegaron a Samayac.

El Centro de Salud tipo "C" estuvo durante el año 1974 en la fase de organización de los programas que impulsan las distintas divisiones de la Dirección Nacional de Servicios de Salud como lo son la atención materno infantil, control de enfermos tuberculosos, distribución de anticonceptivos, control de la rabia, etc., etc. Este trabajo se ha hecho fundamentalmente con la población de la cabecera municipal que es la que más fácil acceso tiene a los servicios que se ofrecen. La población de los cantones y en general del área rural acuden en menor medida y su asistencia está más sujeta a factores de trabajo, de época de cosecha, de época de lluvias, etc. La receptividad al nuevo tipo de atención médica que se brinda ha sido buena, aunque en un principio lenta. Será determinante el interés personal que le ponga cada estudiante E.P.S. a los programas de medicina preventiva para que éstos lleguen a modificar o a influir de alguna manera en el estado de salud de esta comunidad. Más adelante nos referiremos al programa de control de la Tuberculosis.

Respecto a los recursos de salud en el área de Mazatenango, haremos un breve recuento. Es de hacer notar que por la vecindad (7 kms. Q.0.20 de camioneta) la población del municipio de Samayac acude a la cabecera departamental en busca de atención médica, ya sea ésta institucional o privada.

Encontramos en Mazatenango el hospital nacional que cuenta con 344 camas. Unicamente mencionaremos los datos principales respecto a este hospital:

Disponibles	1004.448
Total días estancia	207,471
Promedio días estancia	35
Porcentaje ocupacional	20.65 %

Estas cifras nos muestran que la mayor parte del tiempo el hospital se encuentra sirviendo a la mitad de su capacidad, y que el promedio de estancia de los pacientes es demasiado prolongado.

TABLA No. 7

EGRESOS HOSPITALARIOS POR SERVICIO, HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO, 1973

Servicio	Vivos	Muertos	% Mort.
Medicina	2146	96	4.28
Cirugía	1189	40	3.25
Obstetricia	1308	9	0.68
Pediatría	774	106	12.04
Emergencia	---	5	
TOTAL	5417	256	

FUENTE: M.S.P. y A.S., oficina de planificación.

Analizando el tipo de servicios que solicita, o por el que acude con mayor frecuencia la población nos encontramos que son los servicios de adultos los más frecuentados. Es extraño que siendo la población infantil el mayor grupo dentro de nuestra pirámide de población sea el que muestra una menor asistencia, pero eso sí, la mayor mortalidad.

Las conclusiones que se puedan sacar son bastante conocidas pues se repiten en muchos lugares del país. La población indígena tiene muchos temores de ir al hospital; en parte estos temores son por el rudo enfrentamiento a un mundo tan desconocido y hostil, en parte por que no pueden abandonar sus trabajos por que es la única fuente de ingresos, o no tienen con quien dejar a los hijos, o tienen miedo de morir en el hospital y los gastos y molestias que esto conlleva para la familia.

Otra posible causa de la baja asistencia al hospital es por que se dan cuenta que los servicios brindados muchas veces son incompletos por falta de medicinas o recursos de otro tipo. Por estas circunstancias la población prefiere, si está en posibilidades, pagar una consulta particular, o si no, recurrir a tratamientos empíricos.

Otro servicio de salud con que cuenta el área es el Centro de Salud de

Mazatenango. Es de tipo "B" ya que no tiene encamamiento; es ahí en donde se centraliza toda la planificación de programas y campañas para los municipios correspondientes, entre ellos Samayac. Es de ahí de donde han surgido los cursos de adiestramiento a comadronas, las campañas de vacunación, supervisión al personal médico y paramédico. También se encuentra el departamento de saneamiento ambiental el cual se encarga de los programas de control de la rabia, de control de alimentos, de introducción de agua potable, de instalación de letrinas, etc. La labor de este departamento se ve dificultada por la escasez del personal que cubre un área muy extensa y con muy escasos recursos. Respecto a Samayac, se estaba impulsando la introducción del agua potable en uno de los cantones, pero es un trabajo que encuentra muchos obstáculos a nivel de la población y de las autoridades.

Del Centro de Salud de Mazatenango dependen los U.A.M.A.S., o sean las unidades médicas móviles que supervisan y atienden los diferentes puestos de salud. El papel de estas unidades móviles ha sido muy discutido pues los resultados de su trabajo son muy cuestionables. Se supone que en el vehículo sale un equipo médico y paramédico; en realidad lo que sucede es que sale un médico, llega a cualquier Puesto de Salud, atiende algunas consultas y se va, sin intentar mejorar el tipo de atención que se brinda en ese Puesto durante el resto de la semana o del mes. Es una acción aislada que no beneficia a la comunidad a la que llega. Dentro de los nuevos planes y programas de salud se tiende a modificarle su papel y probablemente a que desaparezca.

Un aspecto importante de la atención médica del Centro de Salud podría ser en el renglón odontológico. Ahí hay un dentista que da atención médica, pero no se lleva a cabo ningún programa preventivo.

A este Centro de Salud de Mazatenango acude un sector de la población de Samayac, especialmente las mujeres a los programas de Control prenatal y Planificación familiar. Ahora estos servicios ya existen en el Centro de Salud de Samayac por lo que se supone que cada día los servicios que se brindan en la cabecera departamental serán menos indispensables para la población.

Programa de Tuberculosis

El programa que lleva a cabo la División de Tuberculosis en el Departamento de Suchitepéquez responde a una nueva orientación y programación de un plan piloto que tiende a revolucionar los planes

diagnósticos y terapéuticos de la tuberculosis.

Anteriormente se llevaba a cabo un programa de tuberculosis que tenía como objetivos principales el reducir la prevalencia de la morbilidad por TB, obtener índices de prevalencia de la infección por encuestas tuberculínicas, la protección por medio de la vacuna BCG, dar quimioprofilaxis a todos los contactos de los portadores, y proyectar la educación higiénica sobre la población en general.

Para lograr esto se planearon campañas de encuestas tuberculínicas, de vacunación antituberculosa con BCG, fotofluoroscopia a todos los mayores de 15 años y a los menores de esa edad tuberculino positivos, y radiografía e investigación bacteriológica a los que presentaran sombras anormales en la fotofluoroscopia.

Se hizo este programa con una meta de trabajo de una cobertura del 70 o/o de la población total de tuberculino positivos con fluoroscopia, y una cobertura del 40 o/o en la vacunación con BCG que es el porcentaje calculado que es tuberculino negativo.

Los resultados en el municipio de Samayac fueron los siguientes:

- Se cubrió el 64.4 o/o de la población total.
- Se descubrió una alta prevalencia de tuberculino positivos, el 66.9 o/o, pero que a su vez dio una baja incidencia de enfermos descubiertos, que en total dieron un 1.1 o/o como prevalencia de morbilidad.
- Se vacunó con BCG al 33.1 o/o de la población total, que fueron los que resultaron tuberculino negativos.

Después de haber llevado a cabo este programa se continuó el tratamiento de los pacientes detectados en la Clínica de Tórax en la ciudad de Mazatenango.

El programa antituberculoso que actualmente está en vigencia fue sugerido por la OMS, y se hizo el primer ensayo en el departamento de Quezaltenango hace aproximadamente cuatro años. En Suchitepéquez se inició en junio de 1973. Hasta antes de esa fecha funcionó, con serias deficiencias el programa elaborado en 1966 mencionado al principio. Muchas de estas deficiencias intentan ser solucionadas con el nuevo programa. Algunas de ellas

son la falta de control de la administración de los medicamentos, el alto costo y dificultad para el diagnóstico.

El nuevo programa se basa en la pesquisa de pacientes tuberculosos a partir de exámenes de baciloscopia en esputo en todos los sintomáticos respiratorios. Se lleva a cabo a nivel de todos los puestos de salud en donde se detectan los sintomáticos respiratorios y a los que se les efectúa una serie de baciloscopías.

En el caso de Samayac se ha impulsado esta pesquisa de casos nuevos, pero es muy importante la regularización en el tratamiento de los casos conocidos. Uno de los mayores problemas es el que el enfermo pocas veces ha comprendido la importancia de la enfermedad y la importancia de un correcto tratamiento por lo que se ven muchos casos irregularmente tratados y que desarrollan resistencia a las drogas primarias.

Con el nuevo programa se logra tener un mejor control sobre la administración de la medicina pero de todas maneras se presentan problemas de inasistencia al Centro de Salud para recoger la medicina.

Uno de los puntos débiles de este programa es que no cubre los casos que presentan resistencia, no hay medicina para ellos y, por lo tanto, se vuelven una fuente de contagio de bacilos resistentes.

Es un programa que necesita un mayor respaldo por parte de las autoridades para proporcionar más recursos humanos, médicos y materiales. La tuberculosis sigue siendo un serio problema de salud en nuestro país y en ocasiones parece que no se tomara en cuenta. Es una de las muestras más patentes de nuestro subdesarrollo y del bajo nivel de vida que tiene la mayoría de la población.

Otros de los servicios de Salud con que cuenta el área es el Hospital del IGSS que, como en el resto del país, cubre exclusivamente accidentes. También existe una oficina del SNEM, Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, que trabaja en algunos municipios en donde aún es endémico ese padecimiento. En Samayac no se han reportado casos diagnosticados desde hace varios años.

Junto al Centro de Salud de Mazatenango está la guardería del CERN, Centro de Educación y Recuperación Nutricional. Es una guardería que funciona bien pero con un número muy reducido de niños en relación a la

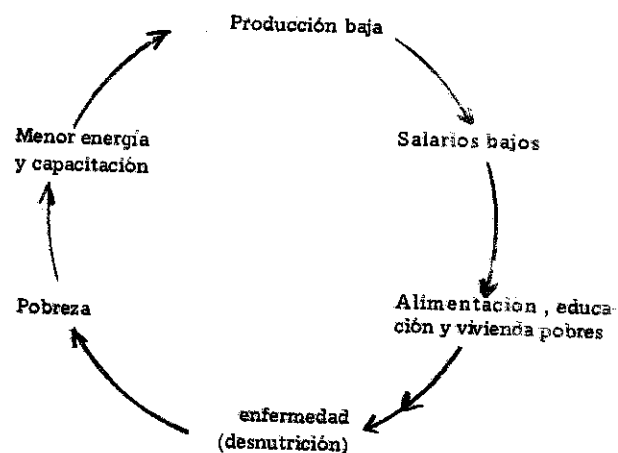
población que lo necesitaría. En relación a Samayac no tiene mayor utilidad ni influencia ya que por los horarios que tiene no le resuelve el problema del cuidado de los hijos a la mujer trabajadora del campo. Podría ser de mucha más utilidad si tuviese internado.

Estos son, en rasgos generales, los servicios de salud a que tiene acceso la población de Samayac. Evidentemente son escasos y no de óptima calidad, pero somos concientes de que a nivel local no se podrán modificar substancialmente pues son parte de un gobierno, de una estructura socioeconómica cuyo fin no será nunca el máximo beneficio para la mayoría. Por de pronto los cambios que se introducen en los programas de salud son alrededor de los "Servicios Integrados", es decir, el funcionamiento coordinado de centros de consulta externa y medicina preventiva con los centros de encamamiento. Durante 1974 esto no sucedía en Mazatenango sino que más bien existía un divorcio entre los diferentes centros de atención médica. En 1975 hubo modificaciones administrativas con el fin de tratar de resolver esto.

5 CONCLUSIONES

En base a los datos que hemos presentado y analizado, creo que uno de los aspectos que sobresalen es la relación que existe entre economía y salud. Más claramente, podríamos decir la interrelación que existe entre el nivel de vida de una comunidad y su estado de salud-enfermedad. Al referirnos al nivel de vida van implícitos en este término todos los elementos de la producción, servicios de salud, etc., y cómo estos llenan las necesidades de una comunidad.

A continuación presentaremos el cuadro estudiado desde hace muchos años y que nos muestra esta interrelación.



Círculo Vicioso de la pobreza, la ignorancia y la enfermedad.
(Horwitz, 1960)

En nuestro país, y en Samayac como comunidad representativa, vemos que para que se de esta baja producción y los salarios bajos, y por consiguiente un mayor estado de enfermedad, son el sistema socioeconómico, la distribución de las tierras y la ausencia de fuentes de trabajo, los elementos fundamentales. Con los datos de tenencia de la tierra que hemos analizado para el municipio de Samayac, en donde el 62 o/o de los propietarios tienen menos de 10 cuerdas de terreno, nos damos cuenta de que este elemento va a determinar todos los elementos que se le encadenan y que, en última

instancia, determinarán el estado de salud o enfermedad de este municipio. No podemos olvidar que el nivel de ingresos de una familia determinaran las posibilidades de recibir educación, no sólo porque se disponga del dinero para asistir a la escuela sino porque el que los hijos vayan a la escuela implica renunciar a la fuerza de trabajo que ellos aportarían para mejorar los ingresos familiares.

Es evidente que un ingreso familiar bajo incide directamente en la dieta diaria. Vemos que el consumo de proteínas animales es bajísimo, que la dieta es desbalanceada y escasa, lo que repercutirá, a corto o a largo plazo, en problemas nutricionales que, como ya dijimos, en nuestro país alcanzan altos índices. Aunque no exista la desnutrición como una enfermedad aguda, es un padecimiento crónico que abarca a grandes sectores de la población y por lo tanto incide en la economía nacional. El círculo vicioso de Horwitz presentado arriba es claramente aplicable para el problema de la desnutrición. Es difícil cuantificar cuales son las pérdidas por la baja producción de una población desnutrida, pero ha sido ampliamente estudiado el problema y es evidente su influencia.

Otro aspecto en relación a la salud y en el que incide directamente un ingreso familiar bajo, es el acceso a la atención médica y a las medicinas. Hemos descrito que los servicios de salud existentes en el área son insuficientes y de discutible calidad. Agregado a ese factor tenemos el que la persona que asistió para recibir atención médica necesitará medicamentos que únicamente en contadas ocasiones podrá adquirir, por lo que se continúan aportando elementos para confirmar cómo un sistema socioeconómico incide directamente en la salud.

Estos aspectos mencionados a nivel familiar se reproducen a nivel de la comunidad y a nivel nacional. A nivel nacional veremos que, como país subdesarrollado, no se cuenta con los recursos necesarios para elevar el nivel de vida de la población, de brindarle mayores servicios de atención médica, de saneamiento ambiental, de agua potable, etc.

Hemos, pues, vuelto a nuestro punto de partida, corroborar como las condiciones del medio ambiente, los factores económicos, sociales y culturales, influyen en el estado de salud-enfermedad de una población.

6
BIBLIOGRAFIA

1. Ferrara, F., E. Acebal y J. Paganini. Medicina de la comunidad. Buenos Aires, Inter-Médica, 1972.
2. Guatemala. Dirección General de Servicios de Salud. División de Tuberculosis. Informe del Programa de control de la Tuberculosis en el Depto. de Suchitepéquez, Enero-Junio 1966. Guatemala, Septiembre de 1970.
3. INCAP. Evaluación nutricional de la población de Centro América y Panamá. Guatemala, 1969. (INCAP. V-25).
4. _____. El problema de la desnutrición proteínico-calórica en el istmo centroamericano. Guatemala, 1971. (INCAP monografía No. 7).
5. Monteforte Toledo, Mario, Rolando Collado. Salud y enfermedad. En su: Centro América, subdesarrollo y dependencias. México, U.N.A.M., 1972. t. I pp 107-166.

ANEXO No. 1

NORMAS DE CLASIFICACION DE LOS DIAGNOSTICOS
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Código	Diagnóstico
01	Fiebre tifoidea y para tifoidea
02	Disenteria todas sus formas
03	Tuberculosis todas sus formas
04	Difteria
05	Tosferina
06	Escarlatina y angina estreptocócica
07	Poliomielitis
08	Varicela
09	Sarampión
10	Rabia humana
11	Sífilis en todas sus formas
12	Resto de infecciones y parasitarias
13	Tumores malignos
14	Tumores benignos y no especificados
15	Desnutrición y mal nutrición
16	Fiebre reumática con y sin mención de complicaciones cardíacas
17	Enfermedades del corazón con y sin mención de hipertensión
18	Lesiones vasculares del sistema nervioso central
19	Infecciones agudas de las vías aéreas superiores, influenza o gripa
20	Neumonía y bronconeumonía
21	Bronquitis
22	Enfermedades de los dientes
23	Gastritis, gastroenteritis, colitis, enteritis
24	Cirrosis hepática
25	Nefritis y Nefrosis
26	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio
27	Parto sin complicaciones
28	Prematuridad
29	Propias de la primera infancia (lesiones debidas al parto)
30	Senilidad, mal definidas y desconocidas
31	Accidentes, envenenamientos y violencias
32	Exámenes practicados en ausencia de enfermedad (sanos)
33	Control de embarazo y puerperio

- 34 Demás causas (las no comprendidas en toda la clasificación anterior)
- 35 Rubeola
- 36 Desequilibrio hidroelectrolítico
- 37 Trabajo de parto
- 38 Clínica de profilaxia sexual sin patología
- 39 Malaria
- 40 Oncocercosis

Silvia Solórzano F.
Br. Silvia Solórzano Foppa

Carlos Waldheim
Dr. Carlos Waldheim
Asesor

Victor Manuel Lopez
Dr. Victor Manuel Lopez
Revisor

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

Mariano Guerrero
Dr. Mariano Guerrero
Secretario General

Vo. Bo.

Carlos A. Soto
Dr. Carlos A. Soto
Decano