

CAPACIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA SATISFACER
LA DEMANDA DE ATENCION ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA
EMERGENCIA CAUSADA POR EL TERREMOTO DEL 4 DE FEBRERO DE
1976

I. INTRODUCCION

Este documento sintetiza los resultados de una encuesta que se realizó en los servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, durante el mes de agosto de 1976, motivada por la situación nacional de emergencia causada por el terremoto del 4 de febrero de ese mismo año.

II. OBJETIVO

Conocer la capacidad de los servicios de salud para satisfacer la demanda de atención en la situación de emergencia, abarcando los siguientes aspectos: recursos humanos, suministros, organización, condiciones de trabajo y participación de la comunidad.

III. PERSONAL QUE REALIZO LA ENCUESTA

La encuesta fue realizada por el personal de los departamentos de programación, Estadística y Servicio Social de la División de Programación y Servicios Técnicos Generales, de la Dirección General de Servicios de Salud.

IV. METODOLOGIA

A. SELECCION DE LA MUESTRA

La selección de la muestra se realizó de acuerdo a los siguientes criterios.

1. Area de Desastre

Se incluyeron los servicios ubicados dentro de la extensión territorial declarada como área de desastre.

2. Niveles de atención

Los servicios seleccionados corresponden al primero y segundo nivel o sea, puesto y centro de salud respectivamente

3. Accesibilidad

Dentro de los niveles mencionados, se tomaron servicios de las áreas urbanas y rurales excluyendo la capital, considerando los factores distancia, vías y medios de comunicación como los principales determinantes de la accesibilidad durante la emergencia.

4. Mayor demanda de atención

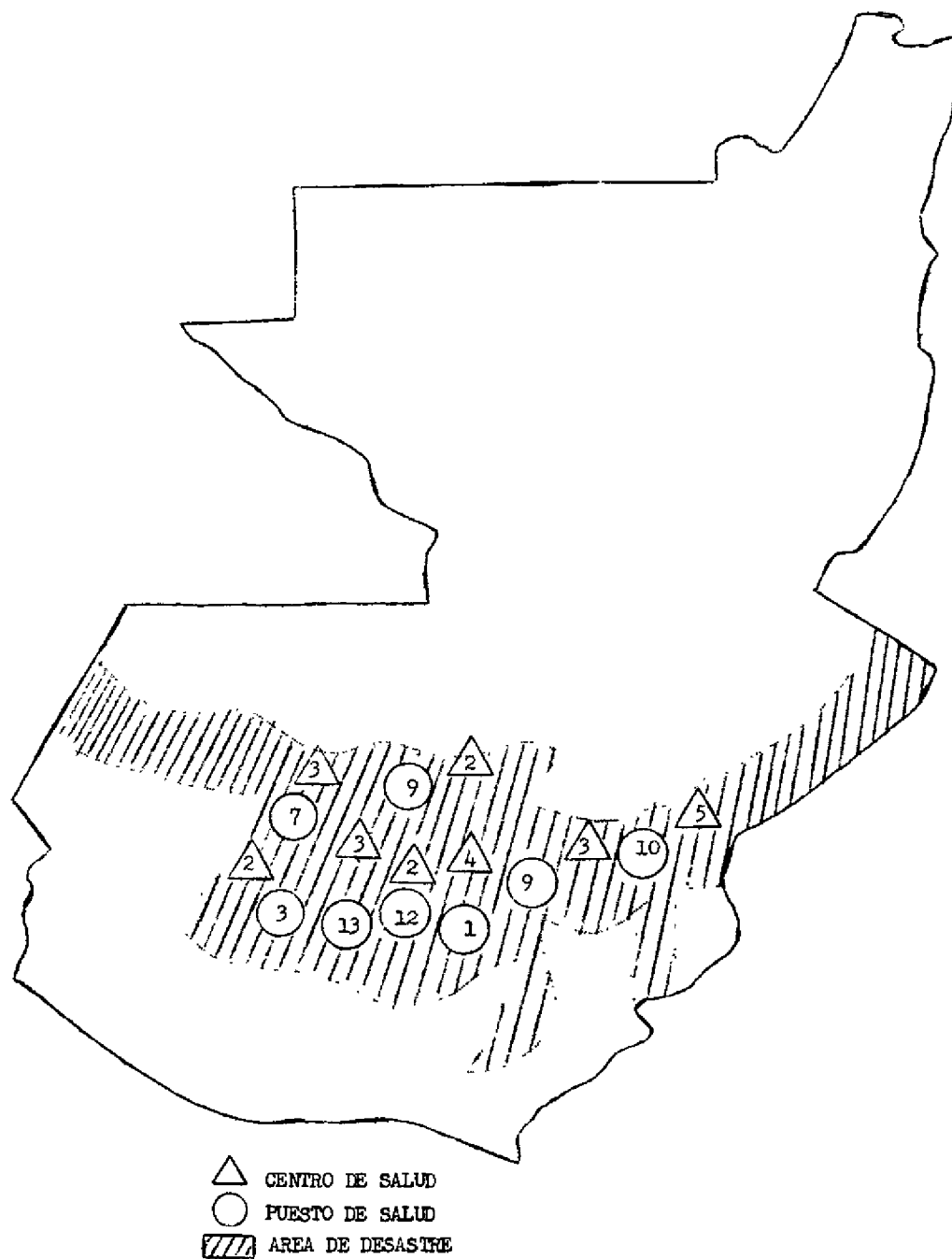
De la muestra previamente establecida, finalmente se seleccionaron los centros y puestos de salud que tuvieron mayor demanda de atención de acuerdo al número estimado de heridos. (1)

5. Servicios cubiertos por personal de trabajo social

Para el aspecto de participación comunitaria se tomaron únicamente los lugares cubiertos por trabajadores sociales.

B. UBICACION DE LOS SERVICIOS ENCUESTADOS

Gráfica No.1. Ubicación geográfica de los servicios seleccionados para la encuesta
Guatemala, agosto de 1976



De acuerdo a la gráfica No.1, los servicios encuestados se encuentran ubicados en las siguientes áreas de salud:

Departamento de Guatemala (rural)	El Quiché
El Progreso	Baja Verapaz *
Sacatepéquez	Zacapa
Chimaltenango	
Sololá	

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA

1. Universo

Para la selección del universo se tomaron los servicios de los municipios en los cuales se reportaron emergencias (1)

Está constituido por 54 centros y 118 puestos de salud haciendo un total de 172 servicios, distribuidos según el cuadro No.1

Cuadro No.1. Centros y puestos de salud existentes en el
área de desastre
Guatemala, agosto de 1976

Área de Salud	No. de Centros	No. de Puestos	Total	%
Guatemala	18	42	60	34.9
Progreso	3	8	11	6.4
Sacatepéquez	2	14	16	9.3
Chimaltenango	3	15	18	10.5
Santa Rosa	1	0	1	0.6
Sololá	1	4	5	2.9
Totonicapán	3	7	10	5.8
Quezaltenango	1	0	1	0.6
Quiché	5	16	21	12.2
Baja Verapaz	2	1	3	1.7
Alta Verapaz	1	2	3	1.7
Izabal	3	4	7	4.1
Zacapa	5	3	8	4.7
Chiquimula	2	1	3	1.7
Jalapa	2	1	3	1.7
Jutiapa	2	0	2	1.2
TOTAL	54	118	172	100.0

2. Muestra

La muestra seleccionada está formada por 24 centros y 64 puestos de salud, que hacen un total de 88 servicios, que representan el 51.2 % del universo existente (ver cuadro No.2). Dicha muestra se considera estadísticamente significativa para el presente estudio.

* Área no cubierta por trabajador social

Cuadro No. 2 Número y porcentaje de centros y puestos que constituyen la muestra, distribuidos en las áreas de salud de la zona de desastre.
Guatemala, Agosto de 1976.

AREA DE SALUD	No. de Centros	No. de Puestos	TOTAL	% del Universo
Depto Guatemala (rural)	4	1	5	2.9
El Progreso	3	9	12	7.0
Sacatepéquez	2	12	14	8.2
Chimaltenango	3	13	16	9.3
Sololá	2	3	5	2.9
El Quiché	3	7	10	5.8
Baja Verapaz*	2	9	11	6.4
Zacapa	5	10	15	8.7
TOTAL	24	64	88	51.2

* Área no incluida en el estudio de participación comunitaria.

D. INSTRUMENTO UTILIZADO

El grupo de trabajo elaboró un formulario precodificado de acuerdo a los objetivos de la encuesta, así como el instructivo para el manejo de dicho formulario, (ver anexo No. 1) y una guía para la elaboración de un informe específico para los aspectos de participación comunitaria, a ser enviado por el personal de trabajo social. anexo No. 1-A

E. PROCEDIMIENTO

El procedimiento seguido para realizar la encuesta, abarcó los siguientes aspectos:

1. Información previa y motivación del personal de las áreas y distritos de salud, mediante entrevistas.
2. Requerimiento de información preliminar para facilitar las respuestas del cuestionario, para lo cual se utilizó la guía respectiva (ver anexo No. 2)
3. Coordinación con las Jefaturas de Área para obtener la asistencia del personal de los servicios seleccionados en la sede del área respectiva, para realizar la encuesta.
4. Revisión de la información
5. Tabulación e interpretación
6. Elaboración del informe final.

V. RESULTADOS Y DISCUSION

La información presentada es el resultado de una globalización de los datos de todos los servicios encuestados.
Para la interpretación correcta de los resultados en lo que se refiere a los períodos de tiempo que abarcó la encuesta, se utilizaron los siguientes criterios:

Antes de la emergencia: Período comprendido entre el 10. de enero al 3 de febrero de 1976.

Durante la emergencia: del 4 al 28 de febrero de 1976., por ser el período de mayor actividad por demanda de atención de emergencias en los servicios de salud encuestados.

Actualmente: Al momento de efectuar la encuesta.

A: RECURSOS HUMANOS

Se analizaron los recursos humanos antes y durante la emergencia y actualmente, utilizando la relación recurso por cada 100,000 habitantes. Esta relación se obtuvo tomando los recursos humanos y la población de los municipios encuestados. Ver cuadros No. 3, 4 y 5.

Cuadro No. 3 Relación recurso por 100,000 habitantes, antes de la emergencia en los servicios encuestados.
Guatemala, Agosto de 1976.

PERSONAL	NUMERO POR 100,000 HAB.
MEDICO	2.89
MEDICOS E.P.S.	2.39
ENFERMERAS	2.09
AUXILIARES DE ENFERMERIA	14.83
INSPECTOR DE SANEAMIENTO	2.49
TRABAJADORES SOCIALES	0.90
TECNICOS EN SALUD RURAL	2.79
EPS OTRAS PROFESIONES	1.99
PROMOTORES	22.89
VOLUNTARIOS	4.28

El analizar la situación anterior a la emergencia, llama la atención la relación entre personal y población, la cual es extremadamente baja, que sin lugar a dudas condiciona en gran parte la deficiente cobertura de los programas regulares de salud.

Particularmente resalta la desproporción entre el recurso médico 6 médico EPS y enfermera (menor número de enfermeras que de médicos. También es evidente la escasez de personal capacitado para ejecutar programas de saneamiento ambiental y desarrollo de la comunidad.

Cuadro No. 4. Relación recurso por 100,000 habitantes, durante la emergencia en los servicios encuestados.
Guatemala, Agosto de 1976.

PERSONAL	NUMERO POR 100,000 HAB.
MEDICO	16.02
ENFERMERAS	5.58
AUXILIARES DE ENFERMERIA	16.62
INSPECTORES DE SANEAMIENTO	4.58
TRABAJADORES SOCIALES	1.89
TECNICOS EN SALUD RURAL	4.68
EPS OTRAS PROFESIONES	7.66
PROMOTORES	5.08
VOLUNTARIOS	39.21
OTRO PERSONAL	2.79
OTROS PROFESIONALES	5.97
ESTUDIANTES	33.14

Durante la emergencia pudo observarse un aumento global de la relación personal 100,000 habitantes, debido a la inmediata movilización de los recursos hacia el área de desastre. Se sumaron al personal permanente, tres grandes rubros como voluntarios, otros profesionales y estudiantes. Con relación a personal médico hubo un aumento significativo debido a la llegada de recursos provenientes en su mayoría, de otros países. En esta situación no fué posible obtener por separado el número de médicos en práctica supervisada, por lo que se encuentra globalizado dentro del rubro " otros profesionales en práctica supervisada ".

Cuadro No. 5 Relación recurso por 100,000 habitantes, actualmente en los servicios encuestados.
Guatemala, Agosto de 1976.

PERSONAL	NUMERO POR 100,000 HAB.
MEDICO	3.98
MEDICOS E.P.S.	3.39
ENFERMERAS	2.09
AUXILIARES DE ENFERMERIA	17.52
INSPECTOR DE SANEAMIENTO	2.79
TRABAJADORES SOCIALES	1.89
TECNICOS EN SALUD RURAL	4.88
EPS OTRAS PROFESIONES	1.99
PROMOTORES	22.89
VOLUNTARIOS	4.28

Actualmente la relación ha aumentado debido al incremento de plazas especialmente de médicos, EPS, auxiliares de enfermería, inspectores de saneamiento, trabajadores sociales y técnicos en salud rural.

No obstante el incremento, de personal, la relación con la población sigue siendo muy baja.

B. PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA EMERGENCIA.

GRAFICA No.2. Principales actividades realizadas por los servicios de salud durante la emergencia. Número de servicios y tiempo en que se iniciaron.

Guatemala, agosto de 1976

ACTIVIDADES	TIEMPO DE INICIO DE LAS ACTIVIDADES				
	0 - 3 Días	4 - 7 Días	2 Semanas	3 - 4 Semanas	4 Semanas
ATENCION DE EMERGENCIAS	66	10	7	0	1
INMUNIZACIONES	9	13	10	10	5
PROGRAMA DE ATENCION MEDICA GENERAL	23	5	2	4	11
SANEAMIENTO BASICO	22	11	5	0	5
TRATAMIENTOS	15	2	0	0	1
REFERENCIA DE PACIENTES	15	2	0	0	1
REINSTALACION DEL LOCAL PARA DAR ATENCION	12	1	2	0	3
DISTRIBUCION DE ALIMENTOS Y ROPA	6	8	2	1	0
ORGANIZACION Y COORDINACION COMITES LOC.	12	1	3	1	0
ORIENTACION A LA COMUNIDAD	8	4	1	1	2
LOCALIZACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES	4	5	3	0	2
RECOLECCION, CENSO E INCINERACION DE CADAVERES	7	2	0	0	0

Puede observarse que en el período de 0 a 3 días se encuentran concentradas la mayor parte de las actividades.

El 75% de los servicios inició la atención de emergencias inmediatamente después de la catástrofe. Un 20% la inició en los días siguientes, y el 5% que informó no haber ejecutado la actividad, corresponde a los servicios que no tuvieron demanda de atención, cuyo personal se trasladó a otros establecimientos donde fue requerido.

El programa de atención médica general, no fue suspendido durante la emergencia, aunque fue alterado por la prioridad de la atención de emergencias.

Las actividades de saneamiento básico que incluyen (diagnóstico de la situación del medio, control de focos infecciosos, introducción de agua potable, disposición de excretas y descombramiento), en un 37.5% de los servicios se iniciaron durante los primeros siete días y en el 11.4% durante el período posterior. Llama la atención que el 51.3% de los servicios no reportó actividades de saneamiento básico, debido a la escasez de personal técnico en la materia. Esto viene a confirmar los resultados del análisis de recursos humanos (cuadro No. 3,4 y 5)

Las actividades para reinstalar el local para dar atención, se iniciaron durante los primeros tres días en el 13.6% de los servicios, que reportaron haber tenido daños serios en la planta física de los mismos.

La organización y coordinación con los comités locales de emergencia y la orientación para la comunidad, se realizó inmediatamente después de la catástrofe en un 23% de los servicios.

Las inmunizaciones que comprenden los programas regulares de mantenimiento (DPT, Sarampión, Polio), y la vacuna contra la tifoidea, se iniciaron en la mayor parte de los servicios entre los 4 días y las 4 semanas posteriores.

La distribución de alimentos y ropa fue ejecutada en términos generales por autoridades y otras entidades en la comunidad, y solamente 17 servicios realizaron este tipo de actividad.

C. INICIO DE LABORES DEL PERSONAL DURANTE LA EMERGENCIA

Cuadro No.6 Tipo, número y porcentaje de personal que inició sus labores durante los primeros tres días después de la catástrofe Guatemala, agosto de 1976

PERSONAL	TOTAL	Personal que inició labores de 0 - 3 días	
		NUMERO	%
MEDICOS	161	118	73.29
ENFERMERAS	56	42	75.00
AUXILIARES DE ENFERMERIA	167	124	74.25
INSPECTOR DE SANEAMIENTO	46	35	76.08
TRABAJADOR SOCIAL	19	8	42.11
T.S. RURAL	47	27	57.45
OTRO PERSONAL	20	17	85.00
OTROS PROFESIONALES	67	25	37.31
E.P.S.TODAS PROFESIONES	77	26	33.77
ESTUDIANTES	333	177	53.15
PROMOTORES	51	33	64.71
VOLUNTARIOS	394	335	85.03

De este cuadro se deduce que, la comunidad fué la que con mayores recursos contribuyó a la atención de emergencias inmediatamente, siendo también relevante la participación de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, inspectores de saneamiento y otros profesionales.

D. DURACION DE LAS LABORES DEL PERSONAL DURANTE LA EMERGENCIA.

Cuadro No.7 Tipo, número y porcentaje de personal que laboró
por más de un mes durante la emergencia.
Guatemala, agosto de 1976

PERSONAL	TOTAL	DURACION POR MAS DE 30 DIAS	
		NUMERO	%
MEDICO	161	64	39.75
ENFERMERA	56	24	42.86
AUXILIAR DE ENFERMERIA	167	105	62.87
INSPECTOR DE SANEAMIENTO	46	27	58.69
TRABAJADORES SOCIALES	19	16	84.21
T.S.R.	47	30	63.83
OTRO PERSONAL	20	12	60.00
OTROS PROFESIONALES	67	21	31.34
EPS TODAS PROFESIONES	77	57	74.03
ESTUDIANTES	333	159	47.75
PROMOTORES	51	21	41.18
VOLUNTARIOS	394	252	63.96

En el análisis del cuadro número 7 se pone de manifiesto que, el grupo de trabajadores sociales mantuvo su actividad en mayor duración con relación a los otros recursos. Dentro de los grupos relevantes destaca la participación de los estudiantes en ejercicio profesional supervisado de todas las profesiones, estando constituido en su gran mayoría por el EPS de medicina.

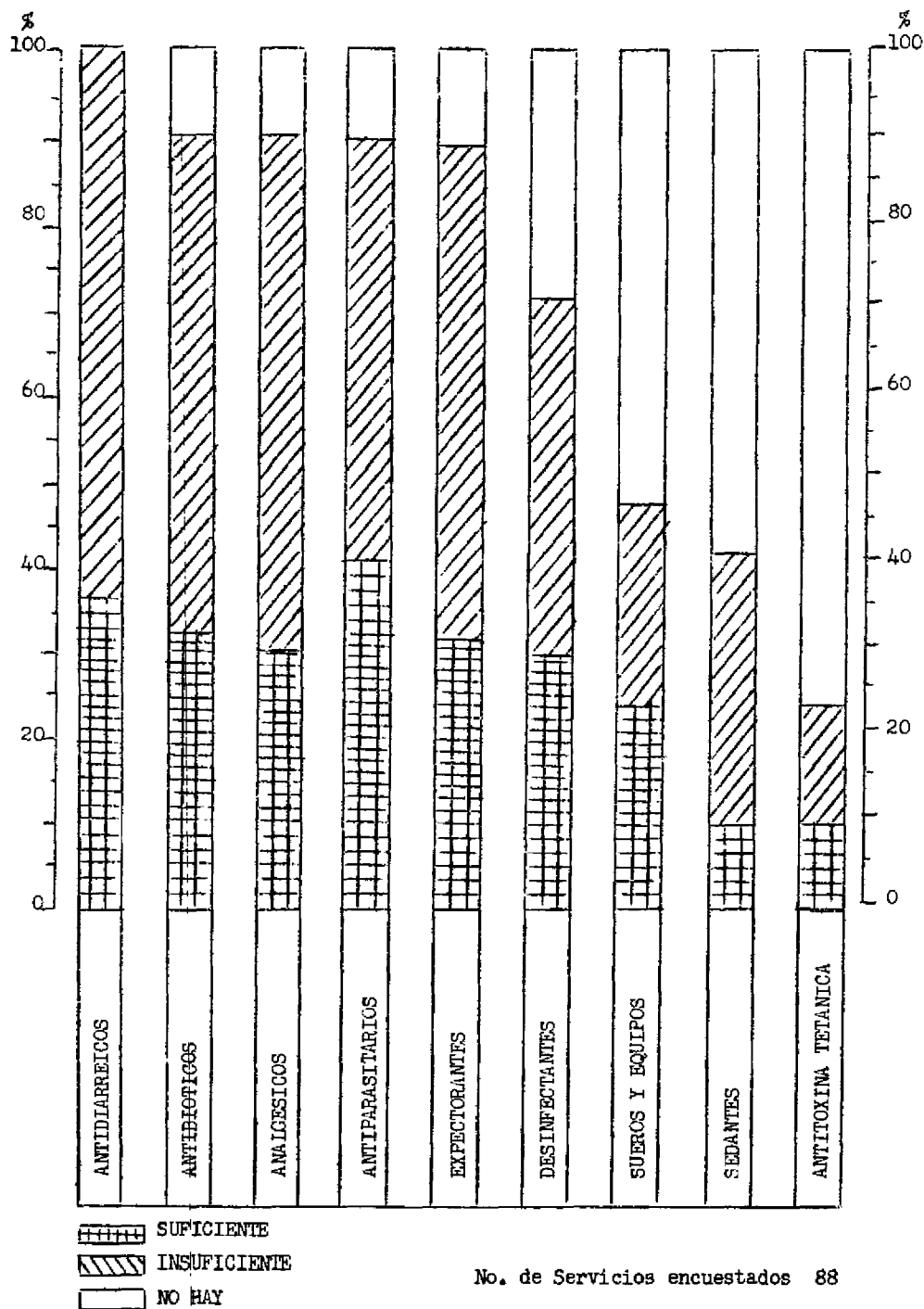
La comunidad participó también en la atención de la emergencia con evidente duración.

Los grupos de técnicos en salud rural y de Auxiliares de Enfermería permanecieron un tiempo considerable prestando atención, mientras que el grupo de médicos un número significativo era extranjero y volvió a su lugar de origen pasada la fase aguda de la emergencia. Por esta razón solamente el 39.7% prestó atención durante más de un mes, el cual incluye al personal permanente.

E. EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS.

Para estimar la existencia de medicamentos en los servicios antes de la emergencia, se establecieron los criterios suficiente, insuficiente y no hay, para atender una cobertura normal.

Gráfica No.3 Existencia de los medicamentos en los servicios de salud antes de la catástrofe, de acuerdo a criterios de suficiente, insuficiente y no hay para atender una cobertura normal en porcentaje de servicios
Guatemala, agosto de 1976

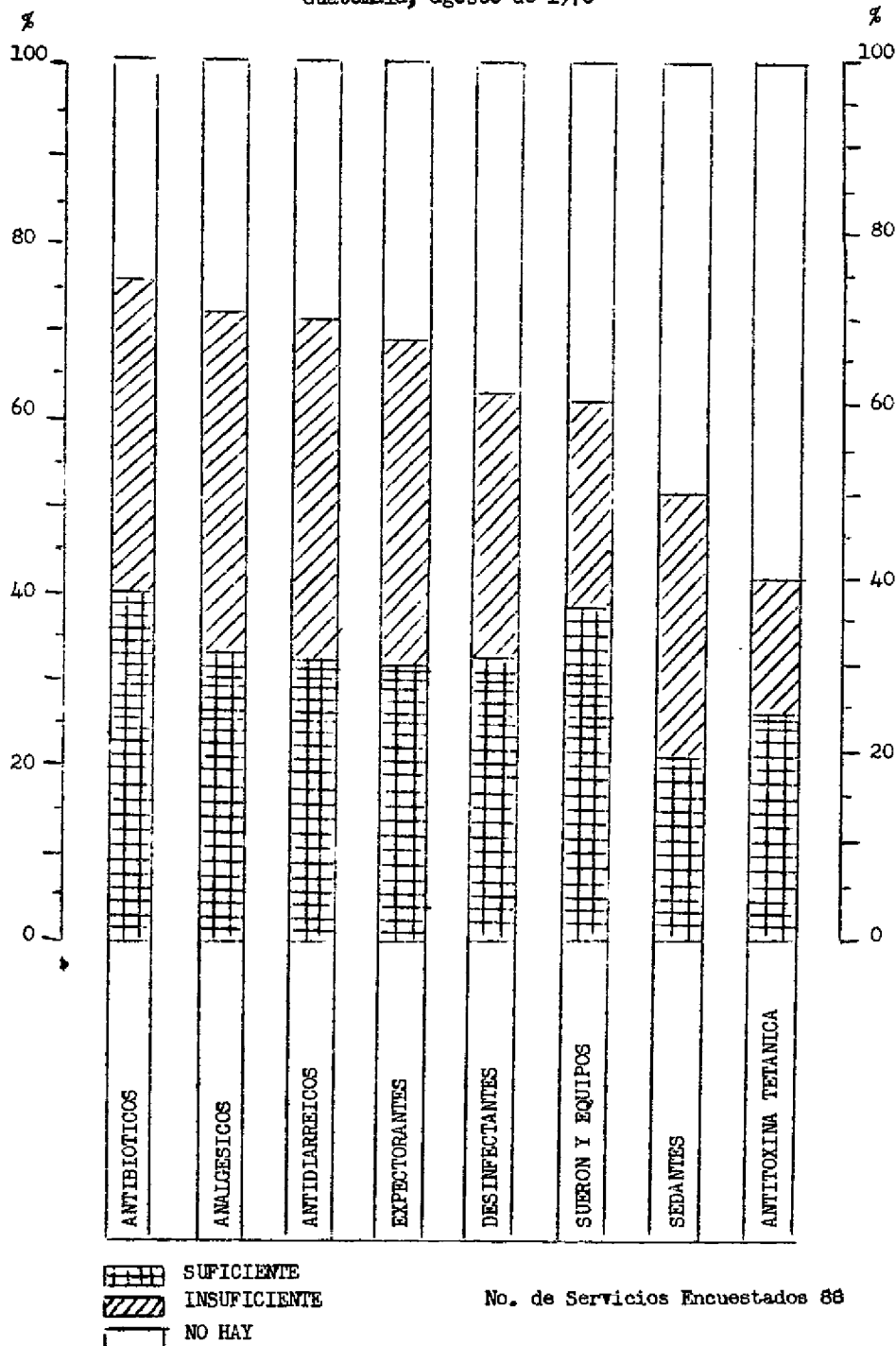


Resalta la existencia insuficiente de medicamentos tradicionales para atender los programas regulares, no digamos ya, para afrontar una situación de emergencia. Esta deficiencia se acentúa más en medicamentos tales como: antibióticos, analgésicos, desinfectantes, sueros, sedantes y antitoxina - tetánica, pues se observa un elevado porcentaje de servicios que reportaron no tener existencias de los mismos.

F. MEDICAMENTOS RECIBIDOS POR LA SITUACION DE EMERGENCIA.

Se utilizaron los mismos criterios valorativos, los cuales permitieron cuantificar la ayuda recibida en medicamentos.

Gráfica No.4 Medicamentos recibidos en los servicios de salud por la situación de emergencia, de acuerdo a los criterios suficiente insuficiente y no recibieron para atender la demanda. En porcentaje de servicios.
Guatemala, agosto de 1976



Es evidente que al considerar la magnitud de la demanda; la ayuda recibida fue insuficiente.

De los medicamentos recibidos, un 28% de los servicios reportó haber tenido problemas para utilización de los mismos, debido a que una parte considerable tenía fecha de expiración cumplida, sin indicaciones sobre su uso o estaban en otro idioma.

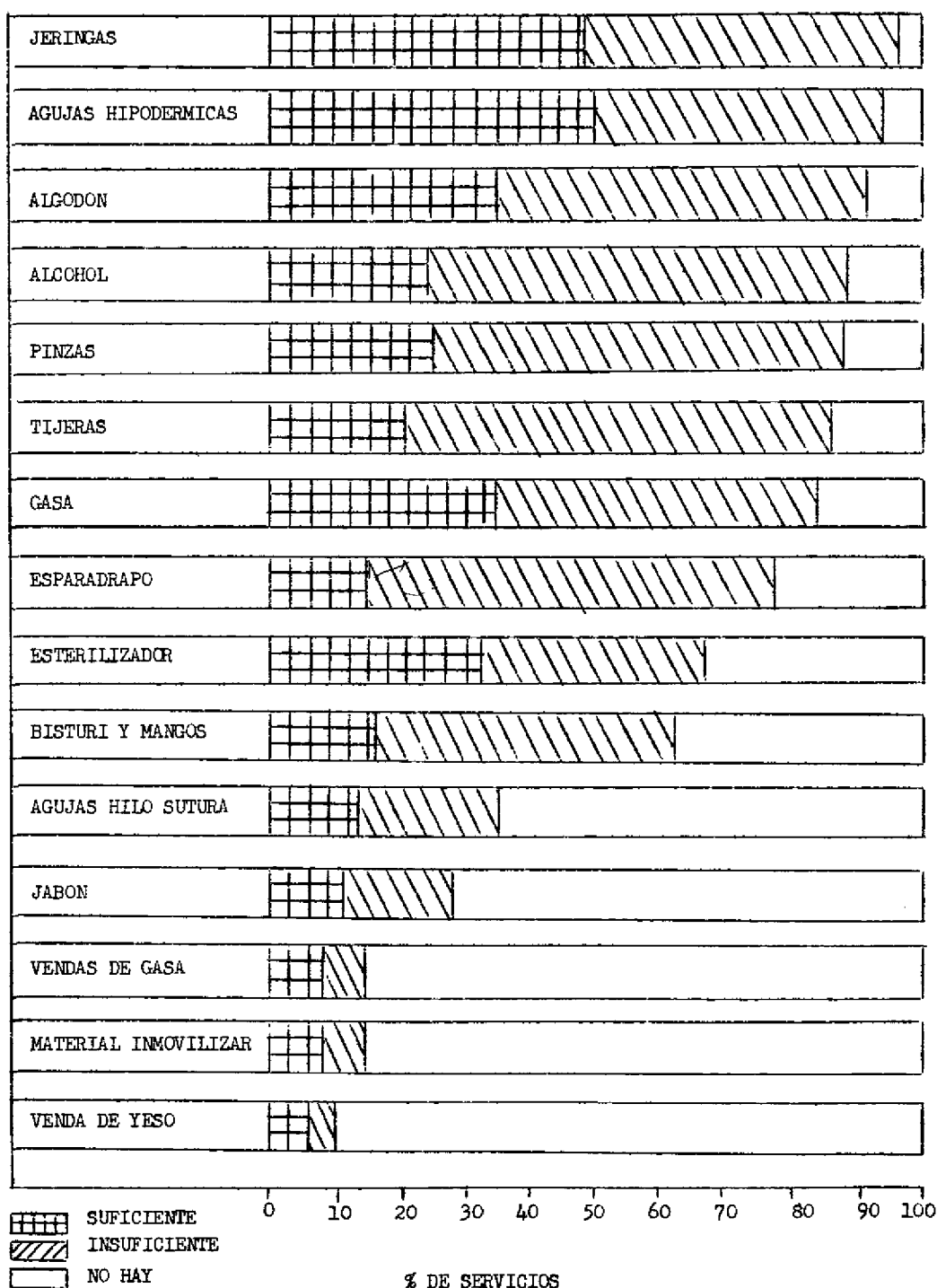
La gráfica nos revela que de los servicios encuestados, el 60% no recibió antitoxina tetánica, el 55% no recibió sedantes y el 40% no recibió sueros, equipos descartables y desinfectantes.

G. EXISTENCIA DE MATERIAL Y EQUIPO MENOR MEDICO QUIRURGICO, PARA SATISFACER UNA COBERTURA NORMAL.

Con relación a la existencia de material y equipo menor médico quirúrgico antes de la emergencia, se utilizaron los mismos criterios que para estimar la existencia de medicamentos.

Gráfica No. 5 Existencia de material y equipo menor médico quirúrgico en los servicios de salud* de acuerdo a criterios suficiente insuficiente y no hay para atender una cobertura normal, en porcentaje de servicios.

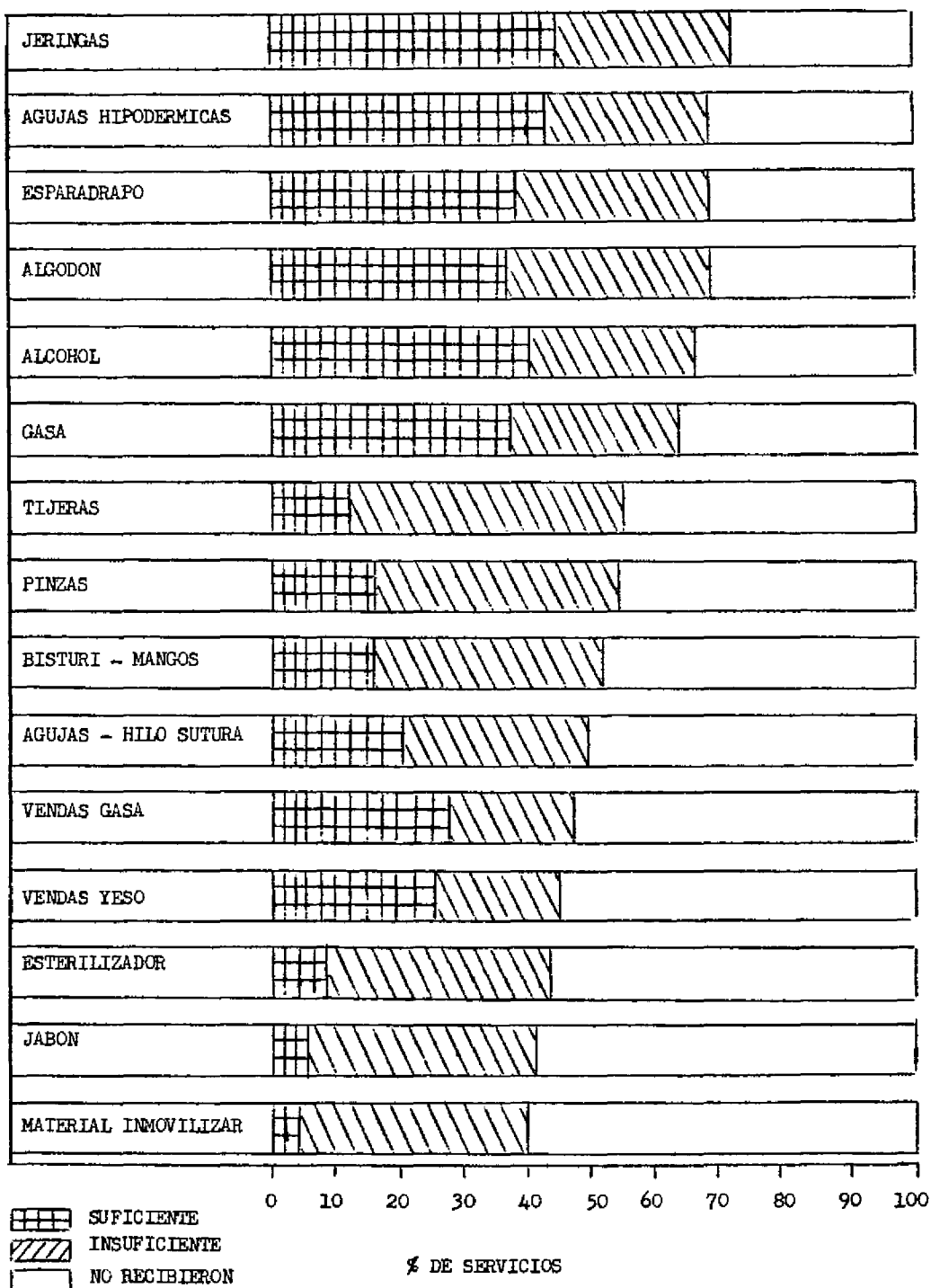
Guatemala, agosto de 1976



La gráfica muestra que una minoría de servicios contaba con una existencia suficiente. Por el contrario, la mayoría de ellos la consideró insuficiente o nula. Puede deducirse que los servicios de salud, desde el punto de vista de material y equipo menor médico quirúrgico, no están preparados para afrontar una emergencia.

H. MATERIAL Y EQUIPO MENOR MEDICO QUIRURGICO RECIBIDO DURANTE LA EMERGENCIA

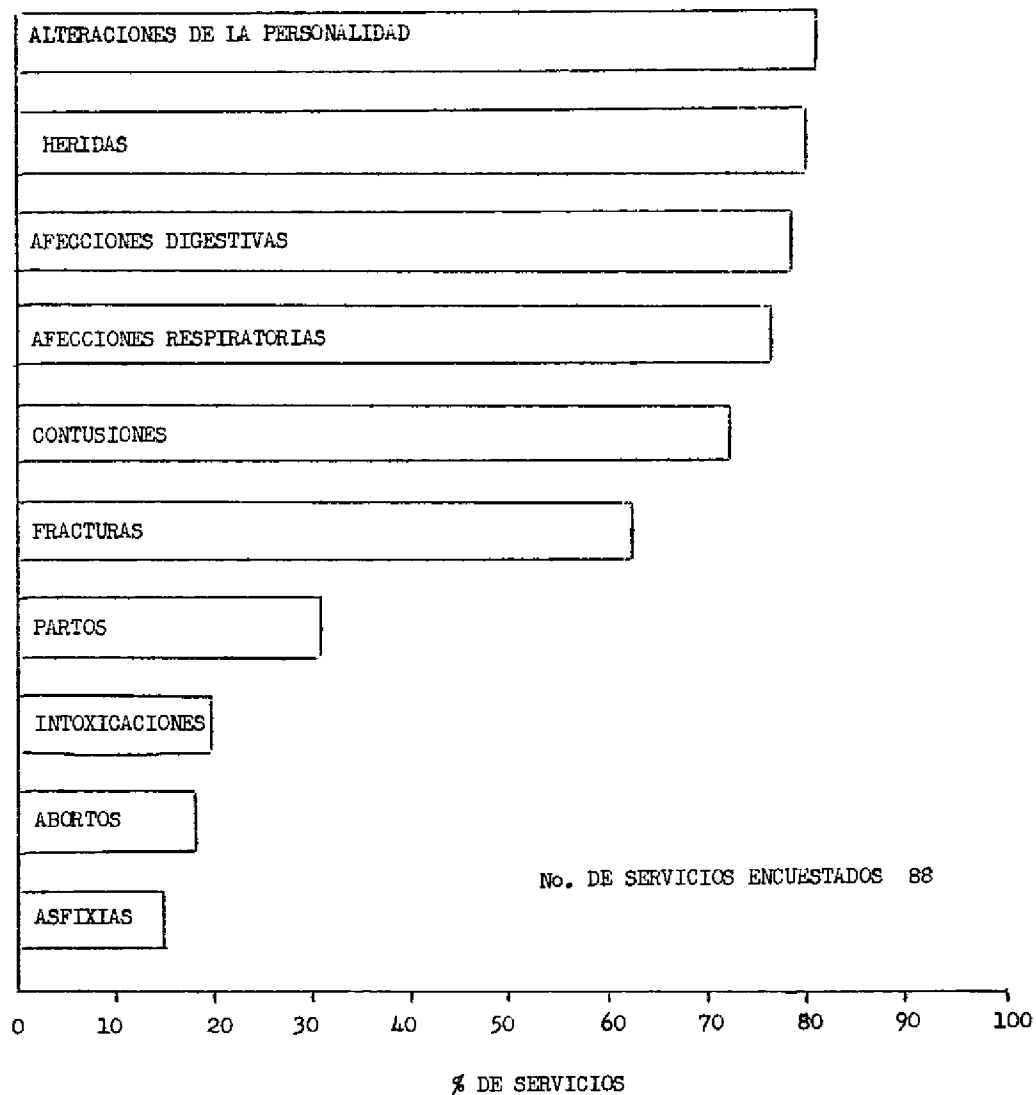
Gráfica No.6 Material y equipo menor médico quirúrgico recibidos por los servicios de salud* durante la emergencia, con criterios suficiente, insuficiente y no recibieron, para afrontar la demanda y porcentaje de servicios
Guatemala, agosto de 1976



Observando la gráfica deducimos que, la ayuda recibida por los servicios con relación a materiales y equipo durante la emergencia, fue insuficiente y una gran proporción de servicios no recibió ayuda. Es importante hacer mención del equipo para esterilizar, pues se encontró que alrededor del 35% de los servicios encuestados no contaban con esterilizador propio (o en su defecto con equipo para hervir los instrumentos) antes de la emergencia. Tampoco se implementó durante la misma. Esto refleja una incapacidad para suministrar estos artículos a los servicios antes y durante la emergencia.

I. TIPO DE EMERGENCIAS ATENDIDAS.

Gráfica No.7 Tipo de emergencias atendidas en los servicios de salud en porcentaje de servicios.
Guatemala, agosto 1976



Al analizar el tipo de emergencias atendidas, viene a confirmarse que el suministro insuficiente de medicamentos, material y equipo menor médico quirúrgico, hace imposible un efectivo afrontamiento a una emergencia, especialmente en lo que se refiere a alteraciones de la personalidad, heridas y fracturas.

J. CONDICIONES DE TRABAJO DEL PERSONAL DURANTE LA EMERGENCIA.

1. Local

Cuadro No.8 Local donde el personal de los servicios de salud* prestó atención durante la emergencia, número y porcentaje de servicios.

Guatemala, agosto de 1976

LOCAL	NUMERO SERVICIOS	%
Servicio de Salud	53	60.2
Escuela o casa particular	7	8.0
Tienda campaña	10	11.4
A la intemperie	10	11.4
Edificio municipal	8	9.0
Total	88	100.0

* Total de servicios encuestados: 88

Las condiciones en que el personal de los servicios de salud laboró durante la emergencia, no contribuyeron al logro de una atención óptima, ya que solamente el 60% dio atención en el propio local del servicio (que eran de construcción reciente), y el 40% tuvo que improvisar un local según los recursos con que contaron en ese momento.

2. Servicios Básicos

Cuadro No.9 Servicios básicos con que contó el personal para dar la atención en los servicios de salud* número y porcentaje de servicios.

Guatemala, agosto de 1976

SERVICIO	NUMERO SERVICIOS	%
Agua	72	81.8
Energía eléctrica	42	47.7
Transportes	44	44.0
Comunicaciones	27	30.7
Desagues	28	31.8
Letrinas	58	65.9

* Total de servicios encuestados: 88

Con relación a los servicios básicos con que contó el personal para la atención de emergencias, solamente un 81% de los servicios contó con agua inmediatamente, la cual fue abastecida por diferentes medios y proveniente de diversas fuentes. Además solamente una minoría contó con energía eléctrica, transporte, comunicaciones y disposición adecuada de excretas.

K. PARTICIPACION COMUNITARIA

1. Organización Comunal

A la fecha del desastre todas las comunidades a su nivel se encontraban regidas por la organización política administrativa existente en el país:

- A nivel departamental:

Gobernador	Representante del gobierno central
Alcalde Municipal	Representante de la comunidad por elección
Corporación Municipal	Generalmente 12 miembros de la comunidad

- A nivel municipal

Representante del Gobernador
Alcalde Municipal
Corporación Municipal

- A nivel de aldea:

Comisionado Militar
Alcalde Auxiliar

Dependiendo de su idiosincracia, fungían también organizaciones tradicionales conscientes e inconscientes como: cofradías y agrupaciones indígenas.

También se encontraban organizaciones con diferentes nominaciones y fines, surgidas de acuerdo a intereses y necesidades sentidas de la población, las cuales no pueden considerarse representativas de la misma:

- Comités:

- Pro-mejoramiento de salud
- Parroquiales
- Pro-introducción de agua
- Pro-caminos vecinales, pro-construcción de escuelas
- Clubes de madres, adolescentes, de Leones, sociales, deportivos
- Asociaciones de estudiantes, trabajadores, profesionales
- Patronatos de salud, de padres de familia
- Grupos de scouts, alcohólicos anónimos.

Existían formados también grupos representantes de distintas instituciones u organizaciones del país como: Cooperativas, sindicatos, ligas campesinas, Movimiento Nacional de Población, partidos políticos.

Además se encontraban representados distintos sectores gubernamentales por medio de agentes de la comunidad, entre ellos el sector: educación, salud, agricultura, desarrollo de la comunidad y otros.

Ante el tremendo impacto y conmoción causado en las comunidades por el desastre, éstas tuvieron que afrontar grandes problemas sociales como fueron el casi total desmoronamiento de la organización existente, la no organización inmediata y la falta de asistencia material y técnica oportuna.

Cuando principió a llegar la ayuda a las comunidades, surgió la falta de coordinación entre instituciones y organizaciones y se observó competencia de liderazgo interinstitucional, no hubo delimitación de campos y áreas de acción, y se encontró duplicidad de recursos y división entre grupos culturales de las propias comunidades.

Pasada la etapa crítica y conforme las personas fueron serenándose, principiaron a surgir organizaciones nuevas, casi todas con el nombre de " comité de emergencia".

Fueron asignándose campos y áreas de acción, así como delegando responsabilidades específicas a los vecinos. La situación de anarquía, desorganización y pasividad fué transformándose en trabajo ordenado, de acuerdo a planes que aunque improvisados fueron mostrando resultados positivos.

La estructura encontrada en casi todas estas nuevas organizaciones fué la siguiente:

A nivel urbano y semi-urbano se nombraron coordinadores por cada cuadra, manzana, barrio o cantón.

A nivel de comunidad rural (aldea) se formaron sub-comités integrados por dos o más líderes comunales, que fueron designados por su propia comunidad o autonómbrados.

Estos comités y sub-comités, conforme la organización nacional fué consolidándose, fueron enlazándose con el Comité Nacional de Emergencia.

La mayoría de estos comités locales se dividieron en comisiones de trabajo se gún sus propias necesidades y características particulares.

Para la realización del trabajo material, se formaron grupos de 5, 10 o 15 personas, dirigidos por un jefe, que a su vez era el enlace con la comisión respectiva.

2. Relación de la comunidad con el servicio de salud, antes, durante y después de la emergencia.

Antes de la emergencia, la relación que mantenía la mayoría de servicios con su comunidad, era únicamente la derivada de la prestación de servicios y ejecución de programas salvo en los casos en donde existía un comité de salud, que en cierto modo, aunque con fines y funciones muy específicas, podría considerarse como un enlace entre el servicio de salud y su comunidad.

En un porcentaje considerable también se encontró que los servicios, conscientes de su deber de proyección y de promoción de la participación comunal, proyectaban sus programas a través del apoyo de agentes propios de la misma como son los promotores de salud y las comadronas tradicionales.

Con las acciones desarrolladas durante y después de la catástrofe la relación del servicio de salud y la comunidad se estrechó, ya que en la mayoría de los casos, la actuación de estos fué considerada positiva, pues aún dentro de las grandes limitaciones con que trabajaron, cumplieron lo mejor posible sus funciones de atención médica, saneamiento del medio y vigilancia epidemiológica. Aproximadamente en el 50% de los casos, fueron impulsores de la organización comunal durante la etapa más crítica, que corresponde a los tres primeros días después del terremoto. Posteriormente los servicios de salud fueron delegando funciones en los comités de emergencia y asumiendo el papel de coordinadores de la Comisión de Salud a través del personal médico, enfermera, inspector de saneamiento, trabajador social, T.S.R. y en la mayoría de los casos en el puesto de salud, la auxiliar de enfermería.

El servicio de salud asumió también responsabilidades que podrían con
siderar fuera de su campo de acción, pero no habiendo otras instituciones
o sectores que pudieran asumirlas, se vió comprometido a realizarlas. Pue
den mencionarse las siguientes:

- Funcionar como centro de operaciones de los comités de emergencia
- Coordinador interinstitucional

Los servicios de salud ganaron prestigio situación muy positiva
que debe aprovechar para el futuro.

Sin embargo, con algunas excepciones y por situaciones especiales, algunos servicios se mantuvieron al margen, dedicándose únicamente a proporcionar el servicio de acuerdo a la demanda y a sus posibilidades.

Cumpliendo su función de responsable y coordinador de las acciones de salud locales a través de la comisión respectiva, el equipo de salud asignó a la comunidad funciones de dirección y ejecución. Dentro de las funciones se cuenta la responsabilidad de su propia organización y como consecuencia de esta, la distribución de tareas como:

- Rescate y traslado de heridos
- Incineración o enterramiento de cadáveres
- Descombramiento y limpieza
- Estadística y censos
- Vigilancia epidemiológica
- Aporte de todos los recursos humanos, institucionales y materiales que quedaron disponibles.
- Recibo, control y canalización de ayuda
- Trabajos de letrínización
- Colaboración en vacunación y divulgación de medidas preventivas e higiénicas y consecución de nuevos recursos

3. Actividad de la Comunidad

El impacto del terremoto conmocionó de tal manera a la población, que como era lógico esperar, las primeras horas fueron de confusión, desconcierto y caos.

Las personas actuaron casi únicamente impulsadas por el instinto de conservación personal, y en esta tarea hicieron acoplo de toda su fuerza física y mental. De ésta actitud, la comunidad pasó a otra que puede calificarse de pasiva, mezcla de temor y ansiedad, a la expectativa de actuaciones más afectivas y de ayuda. Posteriormente se concentró en una actitud de dependencia y auto-defensa en el aspecto humano y material.

En todas estas fases sucesivas, que en algunas comunidades duraron relativamente pocas horas y en otras, algunos días y hasta semanas, prevaleció el individualismo e interés personal, sobre el colectivo o comunal.

Afortunadamente éstas actitudes negativas, pero comprensiblemente humanas y naturales, fueron transformándose a medida que se superaba el impacto sufrido. Entonces se observaron actitudes positivas de cooperación y participación hacia todas las instituciones presentes, poniendo a la disposición del servicio de salud todos sus recursos disponibles como vehículos, instrumentos de labranza, madera y todo lo que pudiera ser útil para hacer frente a la difícil situación.

Lo más valioso de todo fué el aporte del recurso humano comunal que con su fuerza de trabajo y en forma coordinada permitió salir adelante a la comunidad en los momentos más críticos

Hubo también actitudes de rechazo y protesta de la comunidad hacia los servicios de salud, sobre todo a nivel de puesto, en donde debido a la falta de material y equipo la atención proporcionada, a pesar del esfuerzo del personal, fué deficiente.

B I B L I O G R A F I A

- 1) Departamento de Estadística. República de Guatemala. Área de
Destrucción por el terremoto 1976. Guatemala, División de Pro-
gramación y Servicios Técnicos Generales de la Dirección Gene-
ral de Servicios de Salud 1976. 24 P.