

UNIVERSIDAD NACIONAL — FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA, CENTRO AMERICA

GUATEMALA Y EL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO

--

TESIS

PRESENTADA A LA

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL

POR

CESAR MEZA

EN EL ACTO DE SU
INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

TIPOGRAFIA NACIONAL
GUATEMALA, C. A.—1944

INDICE

	PAGINA
Prólogo...	11
Introducción...	15

PRIMERA PARTE

Estado vital de la ciudad de Guatemala...	19
Estado económico-social nuestro...	21
Alimentación obrera...	41
Salario, ignorancia y miseria...	60
Nuestro indio...	62
Estadísticas...	63
Mortalidad total del país...	65
Nuestra legislación asistencial...	66

SEGUNDA PARTE

Seguro social obligatorio...	81
Concepto del seguro social...	83
Del seguro social y el Estado...	95

TERCERA PARTE

Epílogo...	105
Conclusiones...	107
Sugestiones...	109
Bibliografía...	111
Proposiciones...	115

PROLOGO

El autor de esta tesis la concibió y, en gran parte, la elaboró mientras imperaba en Guatemala una dictadura que fué rotundamente hostil al simple intento de preocuparse por los problemas sociales de nuestro país. Eso sólo es ya un gran mérito del presente trabajo: su mérito inicial. La inquietud patriótica que revela podría llamarse "incorregible" y los sentimientos, tendencias y afanes que descubre no son nada comunes en nuestro medio y lo eran mucho menos en los tiempos de la dictadura ubiquista.

Preparado por su inquietud, el joven profesional —tal una antena que se alza sobre la indiferencia y la medrosidad circundantes— capta la noticia de la obra social que en otros países están realizando, se conmueve, siente que en Guatemala, donde todo está por hacerse, es más apremiante que en parte alguna la necesidad de emprender la tarea gigantesca del Seguro Social y pone manos a la obra, con el ardoroso entusiasmo del que ha tropezado con un rico filón espiritual o ha conocido una nueva manera —más eficaz, más amplia— de hacer el bien a sus compañeros de viaje en la vida.

De seguir la situación como estaba, la tesis habría tenido que aparecer toda llena de disculpas y plagada de disimulos, convencionalismos, rodeos u omisiones. De lo contrario, no habría salido a luz. Pero el destino feliz de nuestra patria quiso que, mientras se la escribía, pasáramos de aquel régimen funesto a uno en el que no solamente era lícito ocuparse en cuestiones relacionadas con el bienestar colectivo, sino hasta oportuno y bien visto, porque dentro de la nueva tendencia política, dentro del clima democrático reinante, se comprendía que la mejor realización de esa tendencia y el aprovechamiento más seguro de ese clima, estribaban en la creación de una obra de asistencia social bien organizada, modernamente dispuesta y capaz de satisfacer las aspiraciones, las necesidades y las ansias largamente reprimidas.

Ahora bien: la obra no puede tener el éxito apetecible, ni vida siquiera, sin un conocimiento exacto de los hechos; sin una valiente exhibición de las desgracias; sin un estudio científico de las lamentables condiciones económico-sociales que han de remediarse: de ahí que, en nuestro concepto, otro gran mérito del trabajo que prologamos consista en ofrecer a los futuros organizadores del Seguro Social ese estudio, verificado con la conciencia plena de que sólo viendo claro, y hablando más claro, es posible penetrar en la trágica realidad del problema y atacarlo denodadamente.

Cuando, al ordenar y resumir de una manera escueta las cifras y proporciones que aparecen en el correr de la tesis, queda expuesta numéricamen-

le esa tragedia, espanta su ponderación y, por muy indiferente o miope que uno sea, debe sentir la urgente e inaplazable necesidad de hacer "algo" para aliviar un estado social tan desastroso. Es imposible contemplar, sin agitarse, tamaño infortunio, existente en nuestra inmediación, sufrido por gentes de nuestra sangre.

Esa letanía de males, computados en números que son la expresión gráfica de una miseria nacional increíble, deberían aprenderla de memoria todos los guatemaltecos y recitársela en coro a los demagogos cuando nos vienen con sus promesas, para que sepan en dónde se les espera. La falta de resonancia que el general sufrimiento tiene entre la minoría afortunada (el 97.29 por ciento de los pobladores activos de nuestra capital son proletarios), se explica únicamente por su ignorancia de lo que está pasando. El criminal prejuicio de que cualquier esfuerzo desplegado para remover las tremendas lacras es comunismo puro —y, por lo tanto, execrable como todo lo que tiende a borrar la desigualdad social—, no se comprende si no es admitiendo que los prejuizantes viven cómodamente, con su despreocupación y su indolencia, su egoísmo y su hipocresía, sus prejuicios, sus "salvadores" prejuicios, al lado de la catástrofe, en medio de las calamidades, sin verlas, sin oírlas, sin creerlas. Por eso, una exposición veraz, como la que este trabajo se propuso hacer, y en la que desfilen los hechos reales, apreciados con el criterio objetivo del médico y la deducción aritmética del sociólogo, debe ser conocida por todos y atendida en el acto por los interesados.

Analizándola con serenidad se convencerán de su exactitud. Los datos, por ejemplo, relativos a las condiciones antihigiénicas de la capital, que fueron los que el autor pudo recabar y analizar directamente, parecerán muy recargados de su color sombrío. Lo que dice acerca de la vivienda, de la alimentación, de las instalaciones sanitarias, etcétera, es tan horroroso que difícilmente habrá quien quiera o pueda admitirlo, sin segundo pensamiento. Sin embargo, no son más que un pálido, aunque muy fiel, trasunto de lo que ocurre. ¡Quien quiera convencerse y calificar por sí mismo, vaya y se entere! Quien no quiera —aunque deba— hacerse cargo de la situación, persista en la política de avestruz llevada hasta ahora y siga proclamando que entre nosotros, a Dios gracias, no hay los problemas de miseria y de injusticia social que existen en las grandes urbes. ¡Es tan fácil atenerse al lugar común para acallar la conciencia!

Hay, es cierto, una disculpa invocada en todos los tiempos por los que se sienten aludidos como responsables del desastre: legislación no falta. Buena, moderna y completa legislación. Por lo menos hasta donde pudo servir hace un cuarto de siglo, cuando cayó Estrada Cabrera, que fué el gran legislador de la farsa. Pero ¿en dónde está la aplicación práctica de todas esas leyes? ¿Qué frutos puede ostentar, por ejemplo, la famosa Ley Protectora de Obreros, emitida en 1906, cuando muchos de los países que ahora van a la cabeza del movimiento regenerador ni pensaban siquiera en iniciarlo? Teóricos o embaucadores, los que han lanzado esas leyes sin vida, lo único que hicieron fué cohonestar la injusticia y el abandono con un aparato legal destinado a la exportación... o a eso: a echar tierra en los ojos de los que reclamaran justicia y solicitud.

Nuestra esperanza es que ahora, a partir del 20 de octubre, el movimiento reivindicador comienza a tomar vuelo, aunque muy tímidamente y provocando la infalible alharaca de los muchos interesados en que la miseria se perpetúe, para provecho de ellos. Los salarios han comenzado a subir y ya se proyecta la construcción de habitaciones higiénicas y baratas. Por lo menos, en la capital. Es cierto que el costo de la vida ha crecido, y había crecido desde antes del alza en los salarios; pero siempre hay una ventaja en ella, pues habría sido trágico y catastrófico que, con subsistencias mucho más caras, los obreros hubieran seguido ganando como antes.

Lo deplorable es que, no habiendo una institución que utilice para beneficio, protección y salvaguardia del obrero y de su familia el aumento de sus modestos ingresos, buena parte de él se está consumiendo en alcohol. Creyendo que lo incrementado es un sobrante y no un pequeño ajuste en el apretado presupuesto doméstico, se lo beben. De ahí que se haya registrado un vergonzoso aumento en la renta de licores, en el espectáculo de los beodos en las calles, en la pequeña criminalidad, en las entradas de alcohólicos al Manicomio. Al mismo tiempo disminuye en algunas partes el número de horas laborables, porque el obrero se contenta con ganar lo que antes creía suficiente, y, al llegar al límite, descansa.

Esta situación anómala —que no es, por supuesto, general y absoluta— se corregirá rápidamente al crearse entre nosotros el Seguro Social. Este absorberá lo que actualmente está dilapidándose, para ofrecer, en cambio, asistencia médica, seguros contra desempleo, enfermedad, vejez, etcétera, y todo cuanto queda comprendido en el área beneficentísima del seguro. Entonces, al ponerse en marcha la organización más admirablemente democrática de nuestro siglo, será el gran momento para la intención humanitaria y cordial que inspiró la confección de esta tesis, cuya mejor recompensa será, sin duda alguna, el ver puestas en práctica o utilizadas, sus pesquisas y sus conclusiones.

No es con estadísticas de otros países ni con observaciones ajenas con lo que vamos a construir nuestro organismo de seguro y protección: es con nuestras propias estadísticas y observaciones. Es con el estudio atento de la realidad social guatemalteca. Lo establecido en otras partes nos servirá de norma, claro está, porque no habríamos de inventar nuevos procedimientos cuando ya existen tantos y tan buenos; pero tendremos que adaptarlos a las condiciones del medio en que van a ser útiles. Por lo tanto y en vista de esas conveniencias tenemos que desear ardientemente dos cosas: que esta tesis sea ampliamente conocida, meditada, criticada, consultada y sentida; que, como ella misma lo pide, se estimule a los futuros profesionales a que elaboren trabajos de esta índole, desentendiéndose de trabajillos, con muy dudosa originalidad y muy seguro saqueo de opiniones extranjeras, que en nada nos hacen adelantar ni mucho menos contribuyen a que sean resueltos los graves problemas de Guatemala.

La labor realizada por el doctor Meza es labor de honda sinceridad. Verdaderamente vivida. Los resultados que extrajo de sus personales investigaciones nos interesan a todos sobremanera. Señalar lo más importante sería repetir el índice. Apadrinarla era innecesario, ya que lleva en sí misma el respaldo de su enorme importancia nacional. Pero el autor quiso que

la apadrinara quien ha sentido como él, aunque con más tiempo de experiencia, la tragedia de nuestra masa proletaria, y no podía defraudarlo. Ojalá que el grito de alarma sea oído esta vez: son demasiado graves las circunstancias y muy oportuno el momento para intervenir en su remedio. Necesitamos, pues, de quienes sean capaces de descubrir la verdad y quienes sean también capaces de inspirarse en ella.

Carlos Federico Mora

INTRODUCCION

"Mi deseo ha sido y es marcar una inquietud."—Bengoa Lecanda.

SEGURO SOCIAL, es el organismo que ha venido a señalar una nueva etapa en la vida de los pueblos.

Es la máxima creación económico-social formada para proteger a la gran masa proletaria, sacándola de la angustia del salario estrecho al facilitarle dinero bajo forma de subsidios ante las diarias contingencias, y servicios médicos cuando los necesita.

Todo un sistema económico-financiero de minuciosa y delicada intimidad matemática, base indiscutiblemente principal del organismo, sostenido por la contribución tripartita del Estado, del patrono y del obrero, bajo forma de cuotas mínimas porcentuales.

Conjunto que acumula dinero en las amplias proporciones necesarias para sostener instituciones hospitalarias con las funciones de la medicina general y especial; facultativa y medicamentosa; de enfermeras clínicas y visitadoras sociales; de asilamiento, de consultorios y domiciliaria; de unidades sanitarias y postas rurales; y, sobre todo, un grandioso organismo dispuesto a constituirse en el portavoz de la higiene y de la medicina preventiva.

Este conjunto de aspectos asistenciales asido de las manos al socorro en dinero, forman los fundamentos básicos y las columnas más sólidas del efectivo y loable templo palpado hoy como el fruto de las preocupaciones que han alterado el mundo al anhelar el mejoramiento del asalariado, obrero o trabajador —en una palabra— del pueblo.

Esta masa de individuos encadenados en falanges interminables de seres que trabajan y enferman sucesiva y continuamente, en alternancia fatal de maldición demoníaca, hasta caer sin recibir nunca o raras veces el auxilio médico que cuando llega es malo o incompleto, no logrando más que el alivio temporal del padecimiento y permitiendo la evolución implacable de la enfermedad.

Enfermedad que es precisamente la causa más frecuente, la habitual, del desequilibrio económico del hogar obrero. La subvención de los elementos indispensables que deben intervenir en la curación de uno de los individuos de la familia asalariada es, prácticamente, problema sin solución para el obrero que con ingresos escasos mantiene a flote el hogar. Intentar subvencionar uno de todos esos elementos curativos, es inclinarse al hambre, a las inclemencias ambientales y a la inutilidad de sus esfuerzos, tambaleándose

de esa manera la lábil economía del trabajador hasta desquiciarse en la infinita continuidad de miseria, hambre y enfermedad.

Esas miserias y esos males han encontrado desde hace sesenta años la gigantesca oposición del seguro social, nacido de la genialidad de estadistas y de la cooperación, en comunión hermosa, de técnicos de las matemáticas de seguros —actuarios— economistas, sociólogos, legisladores y médicos hasta concluir en el máximo monumento social del mundo.

Se reflejan sus consecuencias sobre los individuos que trabajando sin las angustias asfixiantes de la miseria y la enfermedad son dueños de la paz espiritual que les da fe en sí mismos; alegría en el trabajo; rendimiento máximo; favorables consecuencias sobre la industria al elevar la calidad del producto y las riquezas de su consumo y alza económica del país con elevación del nivel de vida nacional.

En los terrenos de la enfermedad, el servicio médico, la higiene y el saneamiento disminuyen la morbilidad y mortalidad, se sostienen sanos y vigorosos los individuos en trabajo activo; se prepara el ambiente para el ser que nace y se protege al que ha rendido con la senectud sus años al trabajo.

La no concluida serie de consecuencias benefactoras no menos importantes, serán expuestas durante el desarrollo de la divulgación.

Observado así el amplísimo campo del seguro social, justo será admitir las advertencias referidas a la limitada extensión tratada en el desarrollo actual, concretado a una visión superficial y fugaz de las bondades de una empresa gigante.

De otra parte, la evolución de la exposición es precedida del estudio del caótico estado social obrero en nuestro país, cuya mayoritaria población es puramente trabajadora, asalariada, tanto de obreros blancos o mestizos como indígenas. Este aspecto es enfocado con la mayor exclusividad posible a los terrenos de nuestra ciudad capital, entendiendo necesario poner de relieve la cruda realidad de la masa humana productora para exaltar así la urgencia del seguro social y la indignidad que significa seguir cual hoy. Así la utilidad práctica del seguro social permite ser mejor palpada, al observar como iniciales en el estudio los males que deben condenarse.

La exposición enfocará en términos generales, al obrero como eje central del asunto, sin olvidar por eso que una situación inferior en todos los valores bio-sociológicos es ocupada por el pequeño trabajador, más familiarizado entre nosotros como el operario de la pequeña y grande industria, y asimismo el indio.

Las primeras advertencias nacidas del título y argumento del asunto, nunca muchas veces dicho inalcanzable, merecen acompañarse de otras debidas a la dificultad de complementar el estudio económico-social nuestro, con datos estadísticos demográficos, bionosológicos, etcétera, que le conciernen y que es absolutamente imposible adquirir, como no sea en datos parciales, en nuestro ambiente biosociológicamente estéril. Además, debe advertirse la personal unilateralidad científica que obliga a observar con superficialidad profana los múltiples aspectos económicos, sociales, financieros, etcétera, que **deberán ser tratados con estudio y meditación adecuados por especialistas indicados.**

Razones son estas que con otras muchas expansiones argumentaria del asunto, hicieron redondear los límites del tema hacia el espacio de concepción médica. Es decir, que si durante la exposición hay partes de especulación de ciencias ajenas a la medicina es porque constituyen porciones importantísimas, igualmente básicas, del complicado organismo del seguro social y que aun insuficientemente deberán hacerse notar. Son elementos que no pueden dejarse inadvertidos sin desmembrar ese gran organismo, pero también son elementos que cederán continuamente lugar al asunto médico.

Hasta aquí los conceptos con que finaliza esta introducción de un estudio que pretende insinuarse en los terrenos de una de las condenas nacionales, envolviendo la importancia y trascendencia primordiales dentro de la desorientación bio-sociológica-económica de esta hora de nuestro pueblo.

14 de octubre de 1944.

PRIMERA PARTE

ESTADO VITAL DE LA CIUDAD DE GUATEMALA

"Entraña una responsabilidad criminal el matar a otra persona con un puñal, decía Aznar, y no sabemos por qué no es delito engendrar a sabiendas seres degenerados, lanzar a la prostitución una mujer, colocar en medios insalubres al obrero, pagar un salario insuficiente y tantos hechos que la sociedad tolera y muchas veces ampara."

(Cita de Bengoa Lecanda en la introducción a la "Medicina social en el medio rural venezolano".)

ESTADO ECONOMICO-SOCIAL NUESTRO

El censo general de la población de la república de Guatemala, levantado el 7 de abril de 1940, acusa 3.283,209 habitantes como el total de la población de ese día.

El grupo que deberá enfocarse para el desarrollo de este asunto de tesis está formado por la población activa que, en capítulo aparte del censo citado, es estimado en un total de 1.846,977, o sea 56.42 por ciento de la población total de la república.

Pero, aún cuando se trate de población activa deben eximirse los individuos que por la labor diaria que desempeñan no forman parte de los azotados por la miseria, sin dejar de comprender por eso las excepciones de toda regla.

Ese grupo que debe deducirse es, siempre conforme a la clasificación del censo, el de los individuos clasificados en las casillas de profesionales (liberales y religiosos, maestros de educación primaria y tenedores de libros), comerciantes, estudiantes incluyendo rentistas que no se encuentren en la clasificación oficial pero existen en la realidad, sucediendo igual cosa con los militares que no forman parte de la población activa, según el concepto oficial adoptado, sumando un total de 50,060 o sea 1.52 por ciento de la población total de la república, fantástica cifra en la relatividad del estado social de una población activa, desgraciadamente de características universales.

De manera que el mayor número, después de deducido el 1.52 por ciento anterior, es de 1.796,917, equivalente al 54.90 por ciento de la población total de la república, constituido exclusivamente por la masa obrera, asalariada, trabajadora o proletaria en su neta expresión de población activa, porque en sus labores intervienen principalmente fuerza y cansancio físicos remunerados con jornales, toda esa población que para hacer trabajo necesita de sus manos y su fuerza.

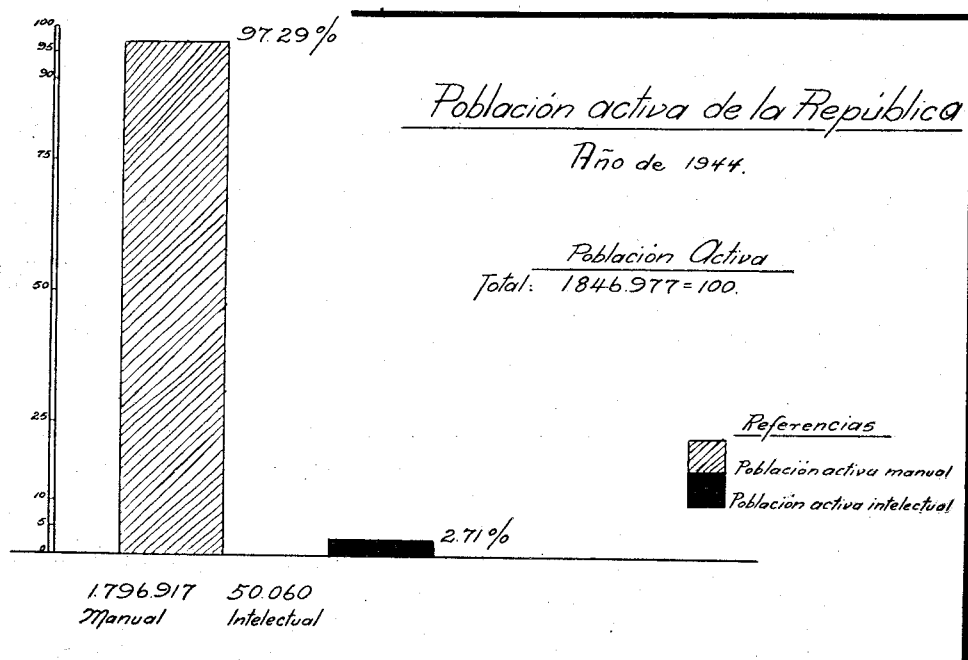
La gran diferencia que falta mencionar para completar la suma total de la población de la República, está representada en su mayoría por niños de 0 a 14 años de edad, cuyo número total es de 1.431,014, igual al 43.58 por ciento, incluyéndose la pequeña fracción de individuos llegados a la senectud y la familia femenina del no miserable.

En síntesis, la proporción es la siguiente:

Población activa intelectual	50,060	1.52% de población total;
Población activa manual	1.796,917	54.90% de población total;
Población no activa	1.431,014	43.58% de población total;
Total	3.283,209	100.00%

Conociendo el número total que será objeto de análisis, cabe aún advertir que existe cierto número de trabajadores que, aunque laboren en la forma del grupo de interés, gozan de un pequeño grado más alto de nivel de vida, no sufren franca miseria, pero son tan pocos y, además de escasos se incluyen todos dentro de la población urbana, que no merecen deslindarse.

Si de tales cifras se concretan los porcentajes al total de población netamente activa y miserable, cuyo análisis será el objetivo de este estudio, se concluye que está representado por el 97.29 por ciento de los clasificados como población activa. El dato fué obtenido del total de población activa menos los intelectuales.



Este grupo de tan fuerte densidad es el que trabaja en el campo y labora en la pequeña y grande industria, privada o pública; este grupo es el pueblo del país, el que representa el nivel de vida de la nación.

En el centro de la asfixiante atmósfera económica y social en que vive, se yergue la enfermedad inamovible en el presente, pasado y futuro del trabajador.

Estrechamente unidas, en fatídico círculo vicioso, la enfermedad y la miseria, han ido rodando secularmente pisando los talones de pobreza del trabajador.

En los momentos de enfermedades agudas, ya que las crónicas las vive con su miseria, el salario estrecho del obrero no le permite enfrentar el mal; si paga alivios se expone a restringir sus malos alimentos, si no los paga el círculo se cierra con fatalidad. El o la familia obrera han sido en todas las agrupaciones humanas los individuos más amenazados por la enfermedad. Se impone en ellos más que en las otras clases sociales aprove-

chándose del terreno propicio determinado por la ingénita debilidad orgánica y ambiental de que estos individuos gozan.

La enfermedad en estos organismos débilmente constituidos es la simple expresión de la tremenda naturaleza, que construye y destruye constantemente y en todo su mundo.

TRAYECTORIA VITAL DEL OBRERO

El análisis de todas y cada una de las etapas de la penosa vida de estos seres arroja siempre resultados sombríos.

Si tratando de buscar un orden en la sucesión de sus etapas, se conviene en examinarle desde el hogar de donde nació el obrero adulto, se debe sentar, porque la realidad sencilla no permite buscar otro estado, que ha nacido de un hogar sin otro patrimonio que el sueldo de asalariado de su antecesor.

De esa familia obrera sostenida con los pequeños dineros del jornal, con mala vivienda y con mala alimentación, ha nacido un niño que no puede ser vigoroso cuando su penosa gestación se efectuó en un antro materno que si no estaba infectado tenía deficiencias orgánicas.

Ese niño pasará su primera infancia lactándose de la nada que incesantemente succionará de los magros e insustanciales senos maternos. Recorre la segunda infancia con la misma pobreza y con las casi absolutas probabilidades de ser ya un infectado, adquisición nueva lograda del ambiente en que vive para llegar a ser sorprendido por la pubertad y concluir, complementada por el desarrollo, en un individuo constitucionalmente deficiente.

Ese organismo estigmatizado de generación en generación, alcanza la categoría de obrero para laborar en medios insanos; durante tiempos agotadores; reponiéndose durante las horas libres en viviendas acumuladas de familia o expuestas a las inclemencias del lugar o del tiempo; tomando alimentación insuficiente; manteniendo así, con gran aporte de factores dañinos su congénita debilidad y su menor resistencia orgánicas.

Continuando la visión superficial de la miserable trayectoria vital de asalariado, se puede afirmar que con todos los antecedentes citados nada es más fácil que enfermar, y enfermar significa insuficiencia de capacidad productiva con pérdida del capital industrial que, antes de exponerse a sufrirla, suspende al órgano productor que no rinde lo pedido, suspende al capital humano, al obrero. Esta suspensión del obrero es llamada dentro de la egoísta terminología industrial: "descanso", desplazamiento forci voluntario hacia la tranquilidad del hambre y la miseria puesto que descanso tiene por cruda equivalencia el paro automático del ingreso del salario por suspensión del trabajo.

Esta realidad contrasta con la doctrina del economista que infiere de la incapacidad obrera, proyecciones de consecuencias directamente sobre la industria que pierde su órgano productor y no sobre el trabajador o su familia elegidas por el sarcasmo de nuestra explotación patronal.

Las alternativas del obrero enfermo, suspendido y sin subsidios con-

por demás catastróficas. Una vez enfermo, recurre para su tratamiento, o a la medicina empírica de los curanderos de suburbio o a la pseudocientífica de los que se doctoraron nada más que para hacerle daño al crédito profesional y a los que solicitan sus cuidados remunerando honorarios bajos, pero "...el hombre ha preferido siempre, más morir por equivocación que por abandono" (Bengoa Lecanda).

Otras veces recurre a los establecimientos de beneficencia reconocidos como insuficientes para lograr un total restablecimiento clínico. Es sabido que estas formas incompletas e ineficaces de tratamiento no hacen más que dejar secuelas patológicas irreparables.

Aparentemente restablecido, según el caso, vuelve a sus labores si no ha tenido la suerte de radicarse en el desempleo o la incapacidad física; rinde menos en el trabajo y es dueño de un organismo en el que fácilmente se cebarán la insalubridad y la enfermedad hasta terminar un destino...

El obrero de apariencia sana, el buen terreno para la explotación patronal, no goza, por poseer esta única cualidad, de ningún privilegio en la industria. Su salud será para la enfermedad tan fatal como al anterior. El día que la sufra pasará las mismas zozobras y terminará en idéntica situación.

NUESTRA GRANDE Y PEQUEÑA INDUSTRIA

Ambos grupos son calificados de grande y pequeño dentro de la relatividad del ambiente.

Analizadas con respecto a la asistencia médica que merecen sus obreros, siempre adolecen de toda o parte y cuando la poseen los gastos invertidos son más infructuosos que beneficiosos.

Los obreros de la pequeña industria no tienen ningún auxilio. De toda la gama de servicios que puede prestar la medicina, desde el alivio hasta el completo restablecimiento del individuo enfermo, ellos, los asalariados, no gozan de ninguno. El desamparo es completo, debiendo recurrir a la beneficencia con toda la serie de fatales consecuencias desprendidas de su ineficacia.

La familia obrera sufre idénticas alternativas que serán descritas más adelante.

En la gran industria el estado es diferente. De diez fábricas, industrias o similares visitadas en la localidad, siete auxilian a su trabajador y cada una como lo ha juzgado conveniente.

Analizadas desde la que no les da ningún apoyo hasta la que más, se encuentra toda la escala.

Después del primer y mayor grado de abandono e indiferencia continúa la que les reconoce, con toda la buena voluntad del patrón —cuando la tiene—, y, a quien le parece sea por haber merecido las restringidas deferencias de los largos años de servicio a la empresa, o porque se ha prestado a esto o lo otro; etcétera. Con ese criterio, se le facilita la recomendación escrita para su mejor atención en el Hospital General, que bien puede recibir

infinito número de recomendaciones, suplicas, etcétera, que nunca podrá dar lo que no posee; o se le facilitan unos pocos dineros para el transporte a dicho centro o para el primer día de indigencia familiar.

La fábrica que continúa en la escala aumenta todas estas formas de bondad patronal en un pequeño grado.

Luego surge la primera fábrica que tiene establecida una visita semanal de un determinado médico "el médico de la fábrica", al centro fabril en el que una habitación mal equipada cumple las excelencias del centro clínico; se le suministran ciertos medicamentos relativos al valor económico que involucren, y nada más. Si necesitare reposo, cama, etcétera, el Hospital General se brindará acogedor con toda su insuficiencia. En cuanto a la familia, deberá subsistir de otras fuentes, las inexistentes.

Continuando la escala, se coloca en el término medio entre las industrias que cuidan la maquinaria bruta y suponen cuidar la humana, una de las dos únicas que exigen del obrero su cooperación económica para el sostenimiento del servicio. El asalariado paga por gozar de un futuro patológico menos azaroso y sin embargo, la ironía quiere que sea precisamente ahí, en donde al lado de deficiente atención médica por ellos remunerada, se les suministre buena dosis de mal trato, conducta "necesaria para que no olviden su debilidad social". Los datos oficiales de la administración de la industria con respecto a la atención médica, disienten la mayoría de las veces de los obtenidos directamente del obrero que los recibe. Es una prueba universal ese fenómeno reflejo de la explotación patronal. En el caso de esta última fábrica, la administración dice: "No escatimamos un centavo en pro de la salud de nuestros operarios"; y éstos dicen: "No tenemos derecho sino a medicamentos cuyo precio no ascienda de un quetzal y, nuestras recetas son frecuentemente de mayor valor". Semejante parangón de opiniones expresa suficientemente los recursos con que cuenta el obrero y responde el patrón.

Las tres empresas que continúan en la enumeración, tienen establecido un consultorio a donde acuden el obrero y el empleado enfermos. Pero, decir consultorio en nuestro medio ya es significar deficiencias desde luego que son establecimientos con equipos y personal insuficientes para las exigencias clínicas, por tanto los diagnósticos y los tratamientos serán igualmente incompletos. El enfermo es examinado, recetado, recibe medicación gratuita total o parcialmente; le sostienen en el trabajo por algún tiempo o hasta su desenlace fatal, después de varios años de enfermedad. La familia puede ocurrir al consultorio gratuitamente; los medicamentos correrán por cuenta propia, excepto en una de ellas en la cual gozan de los mismos derechos del obrero. En las tres el trabajador recibe íntegramente su salario.

NUESTRAS OBRAS PUBLICAS

Le suministran al obrero todas las atribuciones de que goza el trabajador de la pequeña industria; en una palabra: ninguna.

Son trabajadores expuestos generalmente a las inclemencias del tiempo y la distancia. Azotados por la lluvia, ardidos por el sol, cubren grandes distancias del trabajo a la barraca del suburbio en que habitan, para mal alimentarse y continuar la brega sin tregua ni reposo.

Si estos individuos enferman, la vida de ellos y la de sus familiares son puntos suspensivos llenados por la Providencia. Si mueren, el caos familiar se harta de enfermedad y miseria, enfermedad y más miseria.

AMBIENTE DE TRABAJO

El lugar donde labora el obrero es la mayoría de las veces, si no todas, lugar de insalubridad. Hay suciedad en los elementos con que se trabaja, en los elementos trabajados y en el ambiente donde ese noble destino se cumple.

Los grados de industrias observadas constaron de fábricas grandes, medianas y pequeñas. Estas que por su misma categoría prejuizgaban su estado, no fueron peores que las mayores. Así como las hay de relativa limpieza, existen carentes de la más absoluta higiene. Pero, se uniformizan cuando se inspeccionan los servicios sanitarios, depósitos o lugares de evacuación de las materias orgánicas de eliminación del individuo. El mal estado de estos sitios es de lo más lamentable. Colocados en el ambiente mismo del trabajo —observación notada en todas las categorías y clases de labores— sumando las pestilencias de ahí emanadas a las del aire estancado del taller o fábrica; en apartados llamados casetas, que desconocen la más elemental higiene reglamentaria, formados por un tabique o pequeña pared sin puerta y sin techo; poseyendo raramente inodoros —nombre dado por la pretendida justicia patronal— que cuando existen las más de las veces están en mal funcionamiento, inodoros donde el agua corre al impulso del cubo de agua lanzado por el que sufre las pestilencias. Otras veces son originales inodoros a la turca formados de un agujero y dos pretendidas mesetas, conjunto siempre plétórico de inmundicias. Y, finalmente, fétidos espacios ocupados por tablonés sobre pozos negros.

En general, los servicios sanitarios agregan a su mal estado su insuficiencia numérica en relación a la cantidad de operarios, complementados por la escasez de agua corriente.

Sin entrar en mayores detalles se puede concluir que en la ciudad existe alta proporción de insalubridad en los sitios que absorben el organismo del asalariado. Hay atmósferas, en esos lugares, que se palpan sin desplazarlas ante el hacinamiento de individuos y elemento industrial.

Asfixiantes de calor y olores raros, sin luz y sin aire, constantemente ahogados en ese ambiente, al organismo del trabajador debe preguntársele qué gases transporta a los tejidos la sangre de esos seres, sumidos en tal ambiente horas, días, semanas, y, ¿porqué no, años?

Doloroso es encontrarse con que adolecen en general de una forma humana de ingerir agua. Hay un tácito acuerdo patronal en olvidar que el trabajo de fuerza o de hacinamiento reclama el agua que el organismo transpira reconstituyéndose con el agua de bebida.

La fuente de agua en los lugares de observación es un chorro dispuesto en un lugar cualquiera, rara vez precedido de un pequeño filtro; otras veces el mismo chorro de la pileta sucia en donde se lavan las manos y alguna cosa más; otras veces es un depósito improvisado, etcétera; pero nunca se premia

el trabajo con unos sorbos de agua dignos de las condiciones de la especie. El obrero que, durante las horas de trabajo, necesita ingerir el agua reclamada por el organismo lo debe hacer sea en los chorros comunes a todas las bocas, ya que no es posible negar la frecuencia con que se adopta esta actitud; sea la oquedad de la mano sucia de trabajo, o, en fin, la taza común, y la comunidad de fuentes de agua lo es de enfermedades.

AMBIENTE FAMILIAR

Es el hogar obrero la prueba más elocuente de la miseria de los seres socialmente débiles.

Es la necesidad incorporada en andrajos de suciedad, asfixiante con el hedor de pobreza, amenazante en la palidez enfermiza de los hijos de abultado vientre parasitado con toda la gama de la zoología intestinal. La esposa y los hijos son los dos brazos miserables que estrangulan la voluntad y la esperanza de los débiles sociales. El reposo compensador de la monotonía sudorosa del trabajo del día, es alimentado por la insalubre atmósfera en que viven él y sus seres queridos. Atmósfera incambiable que por generaciones ha venido incubando enfermedades orgánicas y psíquicas. No hay mejor ambiente para la tuberculosis que la barraca sin sol; para la tifoidea los desagües a flor de tierra y las aguas estancadas; para la sífilis la promiscuidad de niños y adultos, parientes y no parientes, en esas casas de habitación única; para el débil mental la hipoalimentación hasta la morbosidad intelectual que van haciendo suya desde niños todos esos oprimidos.

Ese panorama agobiante martillea constantemente en la lábil psicología del asalariado que reclama de la embriaguez más inconsciencia. El alcoholismo, azote de tantos adeptos y de tan graves estragos, es el absurdo recurso a tanta miseria.

1.—ESPOSA OBRERA

Verdadera compañera de trabajo y sufrimientos del proletario, agrega a las miserias ambientales sus cualidades fisiológicas que, desde la menarquía hasta el don glorioso de la maternidad, son, en sarcasmo biológico, otro obstáculo para salvar sus miserables necesidades.

En el estudio de «La mujer en el campo», por el doctor Epaminondas Quintana, se observan las distintas fases bio-sociológicas de ese abnegado género de especie humana, cuyo trazo en el campo es paralelo de mínimas variantes con la esposa de nuestro trabajador. "...no representa en realidad más que un solo enorme esfuerzo vital hacia el logro de menesteres intrascententes para la evolución progresiva de la sociedad. Trabajo muscular, trabajo abrumador, trabajo excesivo, rutinario y sin descanso, resume en su sola significación toda la vida y el esfuerzo de la mujer campesina".

Principiando por sondear su espíritu, estas señoras parecen haberlo olvidado en la naturaleza que las gestó. El ensayista clamando por la dignidad que hasta hoy se le ha negado o se le ha olvidado dar por considerarle exclusivamente y solamente como el complemento necesario para encontrar calor en el lecho y calor en el alimento diario, propugna por darle oportunidad

de educarla hacia la educación y la decisión en el hogar; por darle descanso y ocio; y luego clama por "emitir leyes protectoras que hagan posible su plena madurez corporal y el logro de una personalidad influyente en el destino de sus hijos". Esta personalidad influyente en los hijos será real e indiscutiblemente la razón que logre en ellos el desarrollo de una propia personalidad, guía única y único valor positivo en el trato con la sociedad en que habite. El criterio propio y el juicio claro son adquiridos, decididamente y en gran parte, por la continuada lactancia espiritual en el regazo materno. "Así, mayor dignidad de la mujer campesina —obrero en este caso— significa ganancia segura en favor del hombre del mañana".

La realidad grita que esa dignidad no la alcanzará nunca mientras no goce la satisfacción de los cuidados indispensables para cumplir con la lógica de la fisiología normal: su gran destino materno.

Hasta que la maternidad deje de ser un azar con su cortejo de ilegitimidad, abandono e indiferencia; o una consecuencia de la fugaz satisfacción instintiva; o que aún siendo estas dos cosas, sea, por lo menos después de la concepción, un estado noble que haga conciencia en la sociedad, hasta entonces se despejará la sombría situación de esas gentes.

Entendido que la trayectoria vital del individuo es la misma hasta que hace sexos, hasta cuando hace diferencias, hasta la edad puberal, ha de ser lógicamente en ella cuando se encuentren las primeras inconsecuencias. Y, sin aventurar demasiado, muchas veces antes, todavía en edad de prepubertad es objeto de tratos sexuales la mujer del pobre. "Todavía no han acabado de calcificarse sus huesos; resta aún crecimiento en estatura y ensanchamiento horizontal del tórax y de la taza pelviana, cuando los suyos disponen de su vientre y de su destino entero." Verdad cruda que, como tantas otras que irán desfilando, pasma sin dejar comentario pero sin dejar tampoco de perfilarse grotescas las causas de un enorme descuido educacional. Así, ese organismo de antecedentes sombríos, lábil a todo proceso infeccioso (corizas y gripes frecuentes; toses tenaces), hábito pálido, ligeramente demacrado; de reservas orgánicas inexistentes y tasas constitucionales bajas, va a enfrentarse con la gran remoción orgánica que impone la maternidad.

Pronto se encuentra la alarma médica al constatar tantos embarazos y tantos partos sin una sola consulta prenatal, no se diga un *record* de asistencia obstétrica durante las fases de la gestación. Es penosa la cifra porcentual apuntada por O. Juárez Aragón ⁽¹⁾ en sus conclusiones de tesis en marzo de este año; en el material de su investigación (material escaso, por cierto, pero que bien puede dar idea aproximada del asunto)

78.5 POR CIENTO DE MADRES CARECEN DE ASISTENCIA PRENATAL.

Es de todos conocida la vital importancia de la asistencia prenatal. El futuro del niño en gestación y del parto, residen en gran porcentaje en los exámenes periódicos de la próxima madre. Si éste no es lugar para insistir en sus beneficios, sí es lugar para insistir en sus tremendas consecuencias sobre el niño y sobre la parturienta cuando de él se carece.

(1). Natalidad y mortalidad infantil en la ciudad de Guatemala.

El número de niños muertos *in utero* y madres que sufren las graves consecuencias del "mal parto", son proyecciones sin lugar a discusión de la ausencia de asistencia prenatal.

El caso concreto de la embarazada sifilítica que asciende al 7 por ciento en esta ciudad capital, según la reciente tesis de E. Azmitia R., ⁽¹⁾ embarazo cuyos resultados son desastrosos en 62.4% de las veces. Embarazo del cual

16.9% SON ABORTOS; 26.3% NACEN MUERTOS

Consecuencias alejadas de esta misma causa son el 50.6% que mueren en los dos primeros meses de vida.

Realmente la fatal elocuencia de los números es una condena a esa masacre de imprevisión. Si durante el embarazo, por medio de la asistencia prenatal en uno de sus múltiples aspectos, se aplicaran y condujeran tratamientos adecuados, ¿quién nos dice que estas cifras no serían menores? ¿Cuántos seres con estigmas sifilíticos vivirían sin ellos? ¿Cuántas madres no tendrían horror de su concepción?

Luego de la azarosa y agitada época de la gestación de la madre desvalida, sobreviene el parto sin previo período fisiológico de reposo.

La ciencia obstétrica exige e impone el período de reposo antes del parto y después del parto; las ciencias económicas y jurídicas reconocen este mismo reposo durante un tiempo prudencial y reconocen también el subsidio necesario.

Entre nosotros la bolsa de las aguas se rompe durante las labores diarias y el niño nace pocas horas después

61.98 POR CIENTO DE LAS MADRES NO PUEDEN GUARDAR REPOSO ⁽²⁾

Cifra, igualmente que la anterior, de consecuencias graves para la madre, y que, con fuerte contribución más, asciende los ya altos porcentajes de mortalidad infantil.

Llegados al momento del parto la catástrofe biológica y social de la mujer obrera es múltiple.

Naturalmente consideradas como individuos de una comunidad obrera en la que nadie ahorra porque no tienen qué ahorrar, se ven expuestas a la caridad del empirismo o al socorro hospitalario.

Vuelven las cifras a permitir apreciar el pequeño número de embarazadas que recurren a la asistencia médica y el enorme número de damnificadas del empirismo. De 100 partos extrahospitalarios

65.5 POR CIENTO CARECEN DE ASISTENCIA OBSTETRICA CIENTIFICA ⁽³⁾

La cifra restante está representada por partes de toda clase social.

Las consecuencias biológicas son la enfermedad y la muerte. Las sociales son una maraña intrincada de hijos pequeños en abandono de insalu-

(1) Contribución al estudio de la sífilis congénita precoz en Guatemala, 1944.

bridad y hambre, y un esposo, si es que existe, incapaz de conducir la intimidad hogareña.

Mientras tanto la alimentación de la madre es por de más defectuosa en cantidad y calidad.

Terminado el primer embarazo surge el otro. "No ha concluido todavía la lactancia del primer hijo y ya el vientre se abulta con el segundo... y, no habla bien el primero cuando ya apunta el tercero..." Con esta misma sencillez elocuente con que se describe la continuidad de embarazo y lactancia, así con humildad, aceptan su destino y lo cumplen olvidadas de la conciencia social. Es la mujer del obrero, la mujer pobre, la mujer mal preparada en todos los conceptos, la que promedia en la mayoría de las estadísticas universales el más alto número de hijos. Las razones se encuentran en la misma pobreza y educación determinantes de la enfermedad que, en el caso de la sífilis en particular y de la gran mortalidad infantil en general, suprimen precozmente una lactancia permitiendo la reintegración orgánica y funcional del útero y autorizándole nueva concepción.

Entre los datos estadísticos nuestros no figura la multiparidez.

El destino de esa mujer consumida en excesos fisiológicos es el abandono por el marido que la ve envejecer pronto y la solución de ese nuevo estado, de madre despreciada dueña de tres, cuatro o más niños, es someterse al trabajo en donde surge otra faena complicada dentro de un vasto problema económico-social.

2.—EL NIÑO DEL HOGAR OBRERO

Nacido de un hogar miserable, en donde por generaciones ha habido más sufrimientos que alegrías, en donde la insalubridad y la enfermedad habitan a sus anchas, en donde no se han previsto necesidades para recibirlo, este niño o nace enfermo o nace a enfermarse muy pronto.

Los padres ocupan buen lugar en las escalas de la causa de la enfermedad. Va a ser el dato pequeño por prevenir de material limitado, pero elocuente, el único capaz de decir algo, ya que las estadísticas del caso, indispensablemente amplias y construidas bajo normas vitales, son entre nosotros desconocidas por inexistentes. El dato citado anota

38.84 POR CIENTO DE LOS PADRES DEL NIÑO OBRERO SON ENFERMOS. ⁽¹⁾

Esta cifra lleva su valor, no en el número alcanzado sino en lo que no pudo alcanzar. Es un dato obtenido de 121 casos observados en esta capital, en donde nuestra escala palúdica no es muy alta, ya que sólo encontró 5.78 por ciento de padres palúdicos; en donde la tuberculosis ocupa escalas de gran frecuencia y que por circunstancias particulares no ascendió de 9.90 por ciento. De manera que el ambiente nosológico que dejan entrever estas cifras no deja de ser alarmante si se reflexiona en los verdaderos focos y magnitudes de éstas y otras enfermedades de nuestro ambiente.

Se debe incluir en la esfera patológica de las causas aportadas por el padre, el alcoholismo, de tanta frecuencia a los ojos profanos y que se reflejó junto a las cifras anteriores en el

18.17 POR CIENTO DE LAS CONCEPCIONES EFECTUADAS EN ESTADO DE EBRIEDAD.

Inmensa fatalidad, aunque contra esta noción patológica, del daño al germen fecundante por la embriaguez, ya se esbocen teorías resultadas de la experimentación todavía no rotundamente confirmadas pregonando lo anodino que es aquélla al instante conceptivo. Bella teoría que aliviaría un poco la conciencia alcohólica para sumirla, por supuesto, en mayor alcoholismo.

Con semejante terreno enfermo, la semilla también enferma no puede dejar de dar sino frutos enfermos. Y todo fruto enfermo, todo organismo débil nace ya condenado a una muerte próxima, ¡sabio recurso de la Naturaleza!

Todavía deben agregarse la mala alimentación y la golpeada psicología de los progenitores que, unida a taras hereditarias, terminan por darle al nuevo ser una constitución de gran labilidad patológica a un organismo ya enfermo a pesar de conservar, afortunadamente, según las conclusiones de la tesis de O. Herrera Chávez ⁽¹⁾ medidas y pesos "en relación al peso y talla de la madre".

a) MORTALIDAD INFANTIL

La proporción observada en la capital ocupó, al encasillarla dentro de la clasificación de Debré ⁽²⁾ el lugar de las "muy fuertes". Más parece, que en el caso particular nuestro, debiera crearse una quinta casilla con el nombre de "excesivamente fuertes" ya que los cuatro primeros grupos son: débil hasta 39 por mil; moderada hasta 69 por mil; fuerte hasta 99 por mil, y muy fuerte, arriba de 100, cálculo que, siguiendo esa proporción, necesita ya no una quinta casilla, sino algo más, cuando se trata de clasificar nuestros 179 por mil "en la capital". ⁽³⁾

De gravedad en gravedad y sin más comentario que el sugerido por los números escuetos, se nota que en 1938 el coeficiente de mortalidad infantil en la capital de la república era de 153, ⁽⁴⁾ de manera que en el corto lapso de 6 años se ha sufrido un aumento de 49 por millar.

(1) Contribución al estudio del recién nacido guatemalteco, julio de 1944.

(2) O. Juárez Aragón, tesis.

(3) Dato corregido por atención del ingeniero Angel H. Balcárcel.

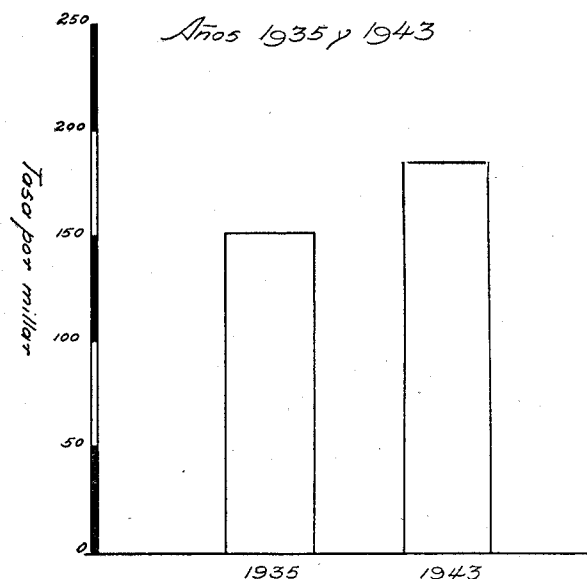
(4) Boletín sanitario de Guatemala, N° 49, pág. 103.

Otra conclusión tan valiosa como la anterior y asimismo dolorosa, es que en

78.5 POR CIENTO DE LOS CASOS, LA MUERTE ERA EVITABLE ⁽¹⁾

con medidas sanitarias y económicas adecuadas.

Esas medidas aconsejadas van contra causas netamente médicas el mayor número de las veces.



El grupo de las causas directas de mortalidad infantil entre nosotros comprende en frecuencia descendente, cinco subgrupos que no pueden ser contrarrestados sino por la intervención médica: ⁽²⁾

- Prematuridad y debilidad congénita;
- Frecuencia de lesiones hemorrágicas intracraneanas;
- Frecuencia de trastornos digestivos y de la nutrición;
- Frecuencia de enfermedades respiratorias mortales en niños de una semana a un año de edad;
- Frecuencia de complicaciones mortales en enfermedades relativamente benignas, "pero mal atendidas".

El grupo de causas indirectas, siempre entre nosotros, con dependencia en la misma deficiencia médica, comprende:

- Falta de asistencia médica o asistencia médica defectuosa;
- Ausencia o falta de organización en los hospitales de servicios ade-

cuados para atender a los recién nacidos, sobre todo a los débiles prematuros;

- Falta de servicios especiales para lactantes enfermos, con personal competente, donde puedan ser tratados los niños sin necesidad de internar a la madre ya que ésta muchas veces tiene otros hijos que no puede abandonar;
- Asistencia obstétrica defectuosa y empírica;
- Falta de asistencia prenatal; y
- Enfermedad de los padres.

Las otras causas son de naturaleza económico-social;

- Alimentación defectuosa: 75 por ciento de los niños que mueren antes de un año la han sufrido. Este porcentaje está formado por: alimentación materna exclusiva, mal dirigida: 35%; alimentación mixta, mal dirigida: 30%; y alimentación artificial, mal dirigida: 10%.
- Mala alimentación de la madre durante el embarazo;
- Mayor mortalidad en los niños nacidos del primer parto (consideración, esta última, que más es una consecuencia de las causas incluídas en los grupos primeros);
- Falta de reposo de la madre;
- El trabajo de la mujer en 50 por ciento de los casos;
- Salario en desproporción con las necesidades esenciales de la familia;
- Vivienda insalubre y sobrepoblada; y
- Mayor mortalidad en los niños ilegítimos.

Causa que participa de los dos grupos, médico y económico-social, es el alcoholismo de los padres y la concepción en estado de ebriedad.

De las pocas estadísticas nosológicas merecedoras de tomarse en consideración se puede transcribir que "nuestra mortalidad infantil de 0 a 2 años de edad, puede atribuirse a la sífilis en 13 por ciento de los casos". ⁽¹⁾

Para clausurar el ligero esbozo de la mortalidad infantil entre nosotros, la transcripción de un trozo notable, leído entre las palabras liminares del representante del niño guatemalteco al VII Congreso panamericano del niño celebrado en México en octubre de 1935, continúa para fortalecer la ideología con que se le protege: "...nuestros índices de natalidad, son muy elevados y con ella venimos compensando la enorme mortalidad infantil que nos agobia". ⁽²⁾ ¡Frase brillante, en toda una convención proinfancia de carácter internacional! Más elocuente aún cuando los índices biodemográficos presentados en la misma oportunidad ya eran de gravedad aproximada a la actual:

⁽¹⁾ Tesis de E. Azmitia R.

⁽²⁾ L. Gaitán: "Contribución al estudio de los problemas de mortalidad infantil y protección a la infancia en Guatemala", 1935.

Mortalidad infantil en 1934: 189.7 por mil;
Mortalidad infantil en 1943: 179.0 por mil;

Natalidad en 1934: 42.1% de índice global;
Natalidad en 1943: 42.6% de índice global.

Ya entonces, según la clasificación de Debré, se ocupaba puesto de mortalidad infantil entre las muy fuertes.

b) MORTINATALIDAD

Las estadísticas oficiales demuestran la progresiva ascensión de los números globales y de sus consiguientes coeficientes.

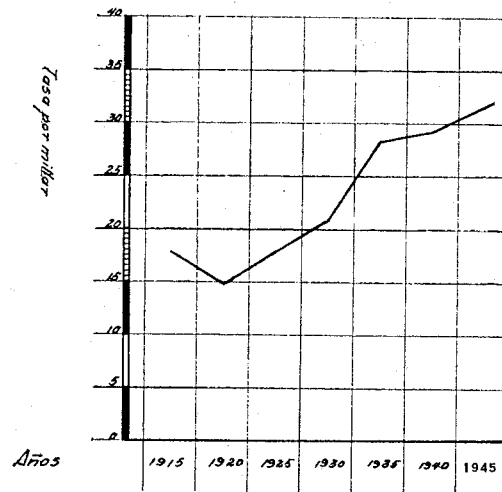
La mortinatalidad en toda la república es la siguiente: ⁽¹⁾

Año 1915: 1,385 mortinatos, igual a 17.8 de índice;

Año 1938: 3,279 mortinatos, igual a 32.2 de índice;

Año 1943: 3,785 mortinatos, igual a 31.6 de índice.

Incremento que es por sí solo alarmante.



Cuadro de mortinatalidad en la república de Guatemala durante los años de 1915 a 1943, calculados por coeficientes por millar. — Índice de mortinatos.

El índice de mortinatos en la capital fué de 41.2 en el año 1942.

c) NATALIDAD

Nuestra gran natalidad, ya pregonada por los representantes del niño guatemalteco en convenciones internacionales, posee puesto bastante alto en el cotejo universal.

(1) Boletín sanitario de Guatemala, diciembre de 1941, N° 49, pág. 71.

"El promedio de coeficiente de natalidad es en Guatemala de 33.65 por mil, en 1940, muy satisfactorio, y muy pocos países lo superan." ⁽¹⁾

Mas, tal bendición sobre tanta miseria no es sino consecuencia de esta misma. ¡Nuestra gran natalidad es patológica!

Ya se dijo, al tratar el asunto de la multiparidez obrera: "Las razones se encuentran en la misma pobreza y educación determinantes de la enfermedad que, en el caso de la sífilis en particular y de la gran mortalidad infantil en general, suprimen precozmente la lactancia permitiendo la reintegración orgánica y funcional del útero y autorizándole nueva concepción". (Página 30.)

Este concepto es reflejado con realidades similares en todos los países americanos que hace algunos años todavía poseían cierta incivilización, entre nosotros extrema; y es apoyado por los bajos índices de natalidad europea que llegan a ser "índices de civilización".

Ese estado es el siguiente:

Países americanos

Colombia	31.8 en 1938
Chile	33.6 en 1938
Ecuador	36.7 en 1936
México	39.2 en 1938
Paraguay	37.1 en 1938
Venezuela	34.5 en 1938

Países europeos

Bélgica	15.3 en 1937
Francia	14.7 en 1938
Inglaterra y Gales	14.9 en 1937
Noruega	15.3 en 1937
Suecia	14.3 en 1937
Suiza	11.9 en 1937 ⁽²⁾

Tal prodigalidad irónica de nuestra condición actual demuestra al verse con estadísticas que, en la capital, nace un niño casi cada hora, conforme a los datos del Registro Civil.

Ese bello promedio de natalidad es recibido por nosotros como se acoge la lluvia: cae solo, donde puede y como puede, ensombrecido por la limitada asistencia médica con que nacen.

(1) E. Viteri B.: Estadística, copias, 1942.

(2) Manual de estadística vital, F. E. Linder, Montevideo, 1942; pág. 70.

el resto sobrevive gozando las alternativas de la Providencia, constituida en madrina hasta la muerte de esos seres desamparados o hasta el logro de un organismo lábil.

d) ILEGITIMIDAD

Interesante capítulo jurídico-social de fatales consecuencias biológicas. Hoy no debe descuidarse, por cuanto que constituye una causa de aumento de la mortalidad infantil. Enfermedad de naturaleza económico-social que abandona al niño a los recursos inexistentes de la madre indigente. Los cuidados de enfermedad, alimentación, abrigo, etcétera, son obtenidos de la nada para ese niño sin padre. Su contribución por el aumento de la población total no pasa de ser un número fugaz, una huella de inconsciencia social, de falta de responsabilidad paterna y materna que les hace merecer más el anatema de ilegítimos descargado en ese niño nacido del azar. "La natalidad ilegítima contribuye en muy baja escala al crecimiento de la población" (Bertillon).

ENTRE NOSOTROS HUBO 3,058 NACIMIENTOS ILEGITIMOS POR CADA MIL LEGITIMOS, EN EL AÑO 1942 ⁽²⁾

e) PRIMERA Y SEGUNDA INFANCIAS

Llegados a la primera infancia del niño guatemalteco de la clase proletaria, no es indispensable poseer espíritu negativista, pesimista o fatalista o cosa semejante para admitir que la realidad es un continuismo de miserias.

Hijo de una madre que se pasa el día moliendo y pegada al fogón, este niño no será atendido más que por el hermanito que hace de la insalubridad sus juegos. Se distrae con los bichos de la inmundicia y los desechos de toda naturaleza. Gateando y correteando en los pisos de tierra sucia sin pavimento, donde esputan adultos y viejos; donde se deposita el polvo infectado traído de la calle; donde abundan los ectoparásitos; etcétera; allí juega el pequeño llevándose todo a la boca. O sale a la calle o a los patios, en donde los desagües forman fangales, charcas de agua estancada, etcétera.

Los cuidados higiénicos exigidos por su edad no pueden ni mencionarse por ser complicaciones de la civilización, según el criterio de esas gentes.

La calidad y cualidad de los alimentos necesitados por ese niño en completo período de crecimiento, cuando más pide el buen aporte exógeno del alimento, va en razón inversa a esta necesidad. La alimentación va siendo más insuficiente a medida que los elementos que deben adquirirse aumentan.

Así va desarrollándose ese niño que aunque es frecuente encontrarle pálido; color amarillo sucio, con mucosas aun rosadas; de vientre abultado;

(1) Tesis: O. Juárez Aragón.

(2) Memorias de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1942.

de piel seca, pelo no brillante y fácil de arrancar; también es frecuente encontrar gran número de niños de buen aspecto, con todas las apariencias de ser sanos, niños que —con expresión atrevida— podría calificárseles de vacunados contra la insalubridad.

Curiosa es la malhechora atracción que tienen los desechos y las inmundicias para los niños de suburbio.

Pronto serán los basureros, los corrales de animales domésticos y otros lugares no menos antihigiénicos los preferidos de sus juegos.

Sobreviene la edad escolar y con ella la capacidad para llevar unos escasos centavos al hogar, siguiendo pues, ante la necesidad de los padres que inúmero de veces invierten mal el pequeño salario, voceando periódicos, lustrando zapatos y aún mendigando cuando la holgazanería y la falta de iniciativa hacen presa de las voluntades de hijos y padres.

Mientras tanto, la mala alimentación y las infecciones, atmósfera de su ambiente, van dejando sus huellas.

El doctor Mejía durante su estudio de tesis ⁽¹⁾ llevó a cabo una encuesta del desayuno de 200 niños de nuestra población, obteniendo las conclusiones siguientes:

52.5% toman café y pan;

14.0% toman leche;

14.0% toman café y tortillas;

6.0% toman solamente café; y

2.05% toman huevos.

"Evidentemente, en la mayoría es defectuoso el régimen alimenticio, cuya base la constituyen los hidrocarbonados como la fécula y el azúcar."

De este ligero matiz, único existente al respecto, se desprenden con gran madurez la serie de fatales consecuencias en polimorfa decadencia orgánica, infecciones fáciles y déficit mental.

Uno de los aspectos de la polimorfa decadencia orgánica determinada por la hipoalimentación, fué objeto de estudio reciente en la tesis de N. Flores. ⁽²⁾

Ilustra ampliamente el cuadro clínico de esta injusticia social de tal frecuencia que le ha merecido nombrarlo como "el más grande flagelo de las clases menesterosas" que, desgraciadamente, se acompaña de otros satélites de igual magnitud.

El referido estudio coloca la carencia alimenticia como el primer factor de las causas. Le siguen las infecciones, el parasitismo intestinal con sus inherentes dificultades de tratamiento y el paludismo, que en su forma crónica preferentemente, obligan al asalariado, en conjunción de tenaz adversidad, a pagar un pesado tributo. El 58.3 por ciento de sus casos observados fueron mortales.

Ya parece que la grave insuficiencia alimenticia presagie en la clase de los débiles sociales la pronta adopción del sistema de alimentación herbívora contra las tendencias omnívoras de la especie. Las proteínas y los lípidos.

(1) V. M. Mejía: *Higiene mental del niño y adolescente normales*. 1942.

(2) N. Flores R.: *Carencias nutritivas*. 1944.

son elementos indispensables en la ingestión racional, considerados científicamente como constituyentes plásticos en la formación y mantención celular y de ninguna manera pueden dejar de estar presentes. Sin embargo, la familia obrera subsiste precariamente con escaso aporte de estos elementos.

Someramente observada la alimentación y sus consecuencias deficitarias, el factor infeccioso se impone para ser estudiado en sus formas más importantes, aunque incompletas.

TUBERCULOSIS

Azote mundial con más adeptos entre las clases de flaca situación económica; consecuencia fácil de las múltiples proyecciones de la miseria sobre la vivienda y la alimentación; apoyada por la ausencia de medidas sociales de higiene que detengan el infinito número de diseminadores pululando en ilimitada promiscuidad con los niños y adultos aparentemente sanos, es entre nosotros de consecuencias visiblemente fatales.

La «Contribución al conocimiento de la propagación tuberculosa en Guatemala por medio de la prueba de Mantoux»,⁽¹⁾ afirma el alto porcentaje de morbilidad tuberculosa al encontrar, como cifra media total de infección, 44.5 por ciento de positividad en las reacciones practicadas. Considerando en esta capital el 50.9 por ciento de infectados entre los individuos llegados a los 14 años de edad. Revelando, entre los grupos de adultos clasificados por sexos, ser las mujeres las poseedoras de la más alta proporción: 92.3 por ciento de infectados.

Notándose por tanto que, fuera de ser infectados la mitad de los niños abajo de 14 años, el ambiente de morbilidad tuberculosa es de consideración.

La mortalidad infantil que arrojan los datos porcentuales, entre los pocos casos clasificados como tuberculosos, durante tres años de observación del heterogéneo material que concurre a la sala de medicina de niños del Hospital General, es de 32 por ciento, "cifra alta" que apoya y hace más alarmantes las anteriores.⁽²⁾

Cifras tan altas no pueden mejorarse por la sola Providencia, pero sí permiten augurar ¡desgraciadamente! su aumento si la asistencia social continúa relegada entre los problemas de categoría sin importancia.

PALUDISMO

Enfermedad enseñoreada en muchas zonas del país, considerada en concepto de la sección malariológica de Sanidad Pública como el máximo problema guatemalteco; guarda entre sus fatales cualidades nosológicas la de ser de adquisición fácil; de evidencia sintomatológica, las más de las veces, rápida; de consecuencias progresivas; de las más difíciles si no utópicas regeneraciones orgánicas integrales cuando de zonas endémicas se trata, y atacar a toda clase de ser humano que se exponga a sus estragos.

(1) Tesis: J. L. Escamilla. 1941.

(2) Tesis: A. Palomo, h.: "Estudio clínico analítico de los casos de tuberculosis infantil, obser-

Mal social que en el concepto arriba mencionado (año 1940), promediaba 10,200 muertes por año, la fantástica quinta parte del promedio total, cifras que en cuatro años, en nuestro ambiente, probablemente no han disminuído gran cosa.

Otro aspecto interesante, de fatales repercusiones para la natalidad, es el gran número de abortos y partos prematuros que determina. El doctor J. Iturbide A., en su tesis anota que durante tres años de observación en el hospital de Tiquisate, el 31 por ciento de los abortos fueron debidos al paludismo.⁽¹⁾

A falta de mayor número de datos concretos, se apuntan estos considerados como suficientes para apoyar la acusación de "máximo problema social nuestro".

PARASITISMO INTESTINAL

Asunto de trascendencia igualmente social que si no alcanza las magnitudes de los anteriores, es en gran parte por la falta de estudios estadísticos que rindan números por sí solos elocuentes.

El cálculo *grossa modo* da un 80 por ciento de habitantes parasitados en toda la república. Dato que tiene en su favor el enorme número de indígenas que tácita y absolutamente padecen la enfermedad, sin deberse olvidar que dos terceras partes de la población total son de razas autóctonas, que agregados a los blancos y mestizos con residencia rural, dan, sumados, el porcentaje supuesto.

Este alto porcentaje viene a ser apoyado con el dato estadístico parcial de la capital, único encontrado referente al asunto, en el cual se notan fluctuaciones mínimas anuales de 57.70 por ciento en 1942, y 58.66 por ciento en 1943, de los cuales 45.35 por ciento eran de ascaridiosis. Esta última cifra de ascaridiosis cambia su proporción, en inversión exactamente recíproca, con la uncinariasis en la capital de 3.02 por ciento, cuando se trata de costas o terrenos bajos.

Nueva técnica en la recolección de muestras directas para la investigación de la oxiurososis ha elevado las cifras de 0.3 por ciento a 40.5 por ciento, elevando a su vez los totales en 3 o 4 puntos.⁽²⁾

Las consecuencias, en términos generales, sin gravedad inmediata, son contrarrestadas por la gravedad de su cronicidad, su sintomatología secundaria y su resistencia al tratamiento.

TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA

Enfermedades hidrotelúricas bastante controladas y limitadas por los servicios epidemiológicos, sanitarios y de intensa vacunación, llevados a cabo por Sanidad Pública, pero no por eso concluídos reclamando por tanto intensificar las medidas adoptadas.

(1) J. Iturbide A. Tesis: "Influencia del paludismo durante la gestación y paludismo congénito en la zona de Tiquisate", 1941.

(2) Informes anuales de 1942 y de 1943 correspondientes a la Sección de lucha antimalárica

Los coeficientes de mortalidad debida a la fiebre tifoidea en la república calculados por 100,000 habitantes fueron los siguientes: en 1930, 23.3; y en 1940, 6.7. ⁽¹⁾

ESTADO MENTAL

En el terreno psicológico no puede dejar de existir con alarmante incidencia el complejo de inferioridad o la subconsciente venganza frente a la injusticia social.

No pueden haber risas y cantos en terrenos sembrados de sufrimientos y llantos. Las tempranas exigencias impuestas por la necesidad de los padres, la negación del juego y el reposo tranquilo, las múltiples insatisfacciones propias de la edad, y tantas deficiencias materiales y morales, hacen del niño seres sin esperanza, voluntades pesimistas, iniciativas que antes de ser emprendidas ya son fracasos.

Ya se ha dicho ⁽²⁾ "...Lo cierto es que el niño desde el principio de su existencia tiene la idea vaga, que luego tomará forma, de que la vida es algo luctuoso, algo profundamente serio". Luego, continúa: "Es necesario, pues, que el niño pueda disfrutar plenamente su vida, experimentando y sintiendo las alegrías y contratiempos inherentes a su edad". Y, estos bellos deseos no podrán cumplirse sin proteger a la madre "antes, durante y después del parto" en memoranza cristiana que humaniza los conceptos, y proteger al niño desde que nace creando gotas de leche, casas del niño, orfelinatos, etc., hasta cumplir con todas las instituciones requeridas a la edad, y disminuir así las desnutriciones, las enfermedades infecciosas y psicológicas consecutivas, coexistentes unas con otras o en causas recíprocas muchas veces.

La opinión que condena los factores ambientales como etiológicos de las alteraciones mentales es confirmada por la clasificación de causas más frecuentes del déficit mental, por el Dr. C. F. Mora, en: ⁽³⁾

- a) Deficiencia de alimentos en cantidad o calidad;
- b) Asimilación defectuosa, por desorden digestivo, taquifagia y mala dentadura;
- c) Estado patológico del sistema linfático; infecciones tuberculosas subagudas o crónicas; y,
- d) Deficiente oxidación de los tejidos por mala calidad del aire respirado, escasez de aire por obstáculo mecánico en las vías respiratorias, adenoides, mala conformación del tórax, estrechez de los vestidos, trastornos circulatorios, lesiones cardíacas.

Así concluye el análisis superficial de los aspectos más importantes de la cruda niñez del germen salido del hogar obrero hasta que cierra el círculo de edad haciéndose adulto o incorporándose al trabajo, si no lo ha hecho antes.

ALIMENTACION OBRERA

"Mostrados la alimentación de un pueblo y nosotros os revelaremos si está sano o enfermo, fuerte o débil".
Bengoa Lecana.

Si invirtiendo los términos del epígrafe se pregunta ¿por qué es débil o enfermo el pueblo guatemalteco? será conclusión lógica de premisa decir: en el otro plato de la balanza que pesa al pueblo, la hipoalimentación es grande.

Ya fueron esbozadas en términos generales algunas deficiencias, durante dos o tres de las diferentes etapas de la trayectoria vital, de esa constitución orgánica, heroica, que sostiene al individuo obrero. En ellas y en las no esbozadas se nota fácilmente la preeminencia en la alimentación que consumen de los elementos hidrocarbonados sobre los graso-proteicos. Son esencialmente alimentos vegetales, de pocas grasas y casi ningún ácido aminado, las que mal nutren esta clase social no en balde tildada de débil. Se ven los menús pobres en variedad y pobres en calorías, ser repetidos en incansable monotonía durante toda su vida. Son frijoles y tortillas la base nunca sustituida de estos menús. Base repetida en los tres tiempos de las comidas acostumbradas, con pan y café en el desayuno; algunas verduras, un pequeño trozo de carne dos o tres veces durante la semana en los de economía mejor establecida, y más pan y más café durante el almuerzo; la comida del final de la tarde es igual a la anterior o más parca.

Ese sistema alimenticio estrictamente hidrocarbonado es complementado en contadas ocasiones con ese poco de carne arriba mentado y con un huevo o un poco de leche en rarísimas oportunidades. Frecuente es recorrer barraca tras barraca de los suburbios de esta ciudad capital, y encontrar numerosas familias que dicen no recordar cuándo fué la última vez que ingirieran leche o se comieran un huevo. Acontecimiento que permite encontrarse a menudo con los llamados "carenciados" de cuadro clínico definido y estudiado en la referida tesis.

Bien pudiera decirse que los prótidos no dejan de existir en la misma alimentación vegetal, pero como muy bien se dice: "...mientras carne, leche o huevos no intervengan aunque sea en pequeña parte al lado de los vegetales, los prótidos de las leguminosas, las raíces y los frutos, atraviesan solamente en paseo indigestante el tubo digestivo". Verdad fisiológica que repite los fenómenos catalizantes de las proteínas animales ante las vegetales a más del consumo graso al fuego de los hidratos de carbono.

En cuanto a los minerales la consideración es semejante a la ausencia plástica de las proteínas. Faltan casi totalmente en la correspondiente dosis útil de necesidad diaria; son ínfimas las cantidades de hierro, fósforo, calcio, magnesio, etc., absorbidas en la deficiente alimentación diaria obrera.

El caso de las vitaminas es similar. Su ausencia se manifiesta constantemente, sobre todo en lo que a la vitamina B en todo su complejo se refiere. La pelagra, desde las formas latentes con sólo manifestaciones cutáneas o de las faneras; la arriboflavinosis con expresión aislada en las comisuras de la boca o igualmente solas en la lengua y, raras veces, el cuadro completo; las polineuritis de variado aspecto clínico, etc.

(1) Boletín sanitario de Guatemala, N° 49, pág. 11.

(2) y (3) Tesis de V. M. Meita, pág. 54.

Las vitaminas kipsolubles están ausentes desde el momento en que el vehículo natural que las puede llevar al organismo son los aceites y las grasas, elementos ignorados en la clase de alimentación analizada.

Tomándose en total, únicamente la escasa vitamina B y el ácido ascórbico en pequeña proporción también, y algunas otras de menor importancia. Vitaminas, las dos primeras, de cualidades hidro-solubles y por consecuencia, presentes en los vegetales y frutas de fácil adquisición, aunque bastante raras en los regímenes descritos.

Ahora bien, los datos concluyentes y absolutos no pueden ser suministrados más que con recursos estadísticos. En este caso, como en todos los anteriores en que se adolece de ellos, su importancia es indiscutible y el beneficio es palpable al considerarlos como puntos de partida y como comprobaciones de trabajo.

Son las encuestas en este caso los recursos del estadista. Encuestas del consumo alimenticio por individuo; de cualidades alimenticias consumidas; estados nutritivos; etcétera. Elementos todos, desconocidos en el medio del presente estudio obligando, por lo tanto, a referir en el análisis de conjunto, intentado, la conducta seguida y los datos necesarios para emitir conclusiones según la técnica del Dr. Bigwood, ⁽¹⁾ adoptada por muchos países cuando se trató de investigaciones alimenticias.

Recomienda tres clases de encuestas como métodos de apreciación del estado nutritivo del o los individuos de estudio.

1°—Cuando se trata de determinar grandes investigaciones demográficas, los datos investigados son: sexo, edad, aspecto físico, talla y peso;

2°—Cuando la investigación se lleva a cabo con objeto de obtener conclusiones más científicas de grupos más pequeños de individuos, los datos requeridos son los anteriormente necesitados en el primer método, más investigaciones económico-sociales de la familia, datos somatométricos complementarios, fotografías y *tests* especiales sobre todo en individuos sospechosos de estados precarenciales latentes o inaparentes; y

3°—Probablemente como un conocimiento básico del terreno objeto de futuras investigaciones experimentales, exige los datos elementales de la primera encuesta seguidos de un detallado examen médico bio-tipológico: datos somatométricos, medidas fisiológicas, *tests* psicológicos, un examen físico y psiquiátrico completos, investigaciones sobre el régimen alimenticio y un examen de los resultados escolares obtenidos.

De manera que, al intentar proseguir el estudio nutritivo nuestro, se hizo conforme a esa pauta.

Cítanse los referidos elementos en el orden elegido por el autor, apuntando simplemente algunos, comentando en otros y concluyendo en los menos:

(1) *La medicina social en el medio rural venezolano*, Bengoa Lecanda, 1940.

I.—Peso y talla;

II.—Índices somatométricos;

III.—Índices clínicos; y

IV.—*Tests* fisiológicos.

I.—PESO Y TALLA

Inicia el estudio con la formación de un cuadro de las dos mediciones de este párrafo, peso y talla, promediadas y en relación con la edad.

Luego, compara con una escala de peso normal en relación a la talla y edad consideradas como fisiológicas por la Comisión técnica de la alimentación de la Sociedad de las Naciones. El autor de la reproducción agrega otra columna con los déficit observados.

Entre nosotros los resultados son halagüeños cuando se puede afirmar conforme con el "Promedio de algunas medidas antropométricas de los escolares de esta capital, obtenido en 8,000 de los exámenes practicados en la Sección de higiene escolar de Sanidad Pública", ⁽¹⁾ que la citada columna de déficit puede omitirse o utilizarse para anotar excesos, puesto que, nuestros pesos referidos a la edad y comparados con los pesos normales acordados en las tablas adoptadas en la organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones ⁽²⁾ dan aumentos que varían desde los 8 a los 14 años, entre 0.2-0.3 hasta 4.4 y 4.6 kilos; hay déficit de 1 kilo en los promedios de 6, 7 y 15 años. Son estas conclusiones que, de ser ciertas, como deben serlo, no permiten más objeción que la de ser obtenidas de material escolar, grupo que no es la expresión total de los niños ciudadanos.

Continúan, en el sistema Bigwood, los interesantes datos de la población rural, obtenidos de material situado en condiciones similares a los anteriores de población urbana, por sí solos decisivos y más aún cuando inserta un cuadro comparativo entre ambos, rural y urbano, de positivas conclusiones. La monografía venezolana, tantas veces citada, concluye que el escolar rural, ponderalmente hablando, "va, aproximadamente, con un año de retraso respecto del urbano". Interesante referencia que vuelve superfluo comentar el valor de semejantes consideraciones en nuestras poblaciones. Estados comparativos rurales y urbanos o de población ladina e indígena, hablarían con suficiente elocuencia del estado de nuestras constituciones orgánicas.

II.—ÍNDICES SOMATOMETRICOS

"Los índices somatométricos tienen por fin determinar la influencia del régimen alimenticio sobre el ritmo del crecimiento y sobre el estado físico. El valor de estos índices no está en compararlos con índices considerados en otros países como normales, sino en el estudio de la evolución, año por año, del peso medio y de la talla media de niños y adultos en un

(1) Boletín N° 45. Doctor F. Salazar: "Medidas antropométricas".

(2) "Directivas para las encuestas sobre la nutrición de las poblaciones", doctor E. J. Bigwood, Ginebra, 1939. "Medicina social en el medio rural venezolano", Bengoa Lecanda.

mismo grupo social, o bien la comparación entre estos valores recogidos en una misma época en distintos grupos sociales". (1)

Así comprendidos los índices, nos transportamos a terrenos nuestros encontrándonos con el estudio llevado a cabo en Sanidad Pública, antes mencionado, el cual es adaptado al índice de Pignet con los felices resultados de "robusticidad aumentada". La interpretación debe hacerse en razón inversa a los resultados, como dijo Pignet: "El hombre será tanto más fuerte cuanto el resto de la sustracción es más pequeño; y tanto más débil, al contrario, cuando ese resto es más grande". Operación de aritmética elemental expresada así: La talla, menos la suma del peso y el perímetro torácico, nos dará un número que hace diferenciar el estado constitucional del individuo.

INDICE DE PIGNET-MAYET: T — (P. más PT)

Bajo ese concepto, las cifras normales a los 12 y 13 años son de 48 y 50, respectivamente, cifras que en nuestras escalas están disminuidas en 8.6 y 13.5 puntos. Favorable déficit que no explica las lamentaciones que preceden al referido estudio de nuestra Higiene escolar sin dudar de la exactitud de los datos utilizados o de la falta de relación entre la bondad del clásico Índice de Pignet-Mayet y el aspecto clínico de los examinados. Las citadas lamentaciones insisten en "la pobreza de los hogares de nuestro pueblo en general; la deficiente nutrición de los niños observados; la indigencia existente y real; la ignorancia de los padres, etcétera", quejas constantemente repetidas con la tenacidad de su realidad, durante el desarrollo total del citado estudio. Estas consideraciones dubitativas exigen verificar los promedios e iniciar nuevos estudios que armonicen realidad y teoría. Para continuar posteriormente completando el estudio con índices comparativos de grupos diferentes en épocas y clases sociales.

III.—INDICES CLINICOS

Como *tests* clínicos se usan procedimientos sencillos ya que los complicados índices adoptados en convenciones, conferencias, etc., no han respondido a la utilidad con que se les supuso crear.

Se adopta pues, el examen de integridad, conformación, disposición y número de los dientes y el estado de la musculatura en simple apreciación visual.

a) ESTADO DENTAL

En cuanto al estudio del estado dental, su valor se aprecia con sólo repetir —dogmáticamente hasta donde la odontología moderna lo permite— que "caries significa desnutrición". Todas las especulaciones científicas que rodean el concepto corresponden a otras latitudes en el presente estudio. Lo esencial es su significación.

Son sobre todo los estados de hiponutrición, las deficiencias parciales de determinados elementos de integración orgánica, las alteraciones funcionales consiguientes, etc., las investigaciones que efectuadas con este sistema de *tests* dan positivos y, la mayoría de las veces, indiscutibles resultados que reflejan el estado orgánico real.

α) METABOLISMO BASAL

De todos los métodos el fundamental.

Procedimiento que informa del funcionamiento global de un organismo, es de mayor importancia que cualquier investigación funcional de un órgano determinado cuando se trata de obtener conclusiones colectivas. Y es, entre otros estados, en los de mala nutrición, latente o manifiesta, en los que confirma su valor, en los casos de mala alimentación, de sub-alimentación como dice Escudero, casos con deficiencias múltiples de los elementos necesarios para la formación y mantención de células y humores, en los que por sí solo define un estado funcional. Está establecido que los individuos en mal estado nutritivo, los poli-carenciados, tienen un metabolismo basal bajo. Bengoa Lecanda, apunta que "ya es conocido el hecho de que el metabolismo basal tiende a bajar ligeramente en los sujetos sometidos a una hipoalimentación experimental durante cierto tiempo. Sin embargo hay que hacer notar un hecho de indudable importancia y es que el metabolismo de base desciende no tanto por la ración calórica deficiente sino por el déficit proteico principalmente". Y entre nosotros se ha podido establecer sin la más mínima dificultad el gran favor que goza la alimentación, casi exclusivamente, hidrocarbonada.

Un estudio semejante, ya no se diga rural, sino por lo menos urbano, no se ha hecho en Guatemala. El más interesante de todos ha sido olvidado para mejor oportunidad. Así es pues que se le debe esperar con ansiedad para confirmar la teoría de la preferencia de hidratos de carbono en la alimentación.

β) VALOR CALORICO DEL REGIMEN ALIMENTICIO

Es de todos conocido el número de calorías que debe ingerir el individuo en relación a la edad, sexo y profesión. Con base en ese dato se ha elegido la calidad y cantidad de alimentos necesarios para satisfacer esa cantidad de calorías calculados en la misma unidad de medida, constituyéndose así el valor calórico del régimen alimenticio, que unas veces es deficiente y otras es lo contrario.

Ahora bien, investigando la clase de alimentación de determinado grupo de individuos, se puede deducir la cantidad de calorías absorbidas, según las que cada alimento utilizado desprenda. De manera, que si se sabe que los hidrocarbonados son los alimentos que menor número de calorías rinden, que existen colectividades de seres alimentados exclusivamente con ellos y que, aún estos, no se encuentran en abundancia tal que pudiera equiparar la deficiente cualidad, necesario será coleccionar la existencia baja del

ambos datos equivalentes a los gramos considerados como normales, pero merecedores de las objeciones anteriores.

El Dr. E. Marroquín, en Sanidad Pública, obtuvo menores cifras en exámenes practicados en la clase obrera y de sexo femenino: 14.5 grs. %.

Disminución ligera que ya permite presumir su causa en la clase social misma de este material. Si se enfocaran los individuos objeto de nuestro análisis total, los obreros, los resultados serían indudablemente valiosos.

En cuanto a las proteínas se ha insistido suficientemente en su ausencia y su consecuencia en los cuadros clínicos de policarenciados ya mentados.

Estas carencias básicas en la alimentación integral podrían ser controladas, entre otros factores, por la difusión y aumento del consumo de la leche.

De esta son conocidas las cualidades alimenticias que posee, sus perfectas proporciones de los elementos que la componen y su gran digestibilidad, etc., condiciones indiscutibles para hacer de ella el alimento primero en toda alimentación sobre todo del niño. Han sido esas propiedades las que le adjudicaran puesto de necesidad vital, imponiéndose el estudio de su conservación y consumo en todas las convenciones y conferencias de alimentación, instituciones sanitarias, organizaciones asistenciales, estaciones educativas de leche, etc. Siendo también, entre las preocupaciones gubernamentales de los países civilizados asunto impostergable.

Las formas adoptadas han sido múltiples. Los resultados logrados diferentes.

Entre nosotros el problema está en pie, incorporado hasta que no surja la conciencia social capaz de armonizar los esfuerzos sanitarios con la acción estatal y del ambiente.

Las dificultades básicas son dos: la escasa producción y el consumo de leche defectuosa.

Observado el problema solamente en la capital el asunto es como sigue: ⁽¹⁾

el consumo diario de leche es de 16,000 litros;
el número de habitantes es de 166,000 y fracción;

EL CONSUMO POR INDIVIDUO Y POR DIA ES DE 96 cc.

o sea la décima parte de un litro, sea la tercera parte de un vaso corriente; cantidad que comparada con las cifras convenidas internacionalmente de consumo necesario, es risible y penosa, así como al referirla a las cifras de los países civilizados.

Si tratando de subsanar dificultades y de lograr mejores frutos, se suprimiera teóricamente la población de adultos para completar las raciones del niño, el cálculo es el siguiente:

si de los niños de 1 a 10 años hay 41,517 en la capital; y, el consumo es de 16,000 litros diarios, el resultado sería por cantidad

individual administrada: 390 cc., más de un vaso de leche al día, cantidad conforme con el dietista como requerida.

Como se ve, se necesita más leche. Y, el problema capitalino no puede ser más sencillo que el departamental. Urge iniciar, fomentar y sostener propaganda efectiva por que aumente la producción lechera.

Pero, no se queda ahí el problema, el consumo de leche defectuosa es alarmante. Asunto, debido en parte a la ignorancia, al descuido higiénico y, lo que es más grave, por defectos éticos del que comercia con ella.

Contra la ignorancia y los descuidos higiénicos Sanidad Pública por intermedio del Servicio de Ingeniería Sanitaria ha emprendido campañas tenaces e infructuosas o de pocas ganancias.

A pesar del control diario de 4 muestras tomadas al azar en los diferentes expendios de la ciudad; de las sanciones estipuladas en los reglamentos sanitarios y de la propaganda y convenciones amistosas recomendando el estado sanitario del establo, de los cuidados al ganado, de las técnicas de obtención, de envasado y transporte, y de la conservación en frío, la leche continúa defectuosa en más de un 50% según el criterio autorizado del servicio citado.

Constantemente se comprueba el intenso contenido bacteriano en un porcentaje bastante alto: 49% de las leches tienen más de los dos millones de bacterias por cc., admisibles internacionalmente en las Convenciones Sanitarias. Alza debida a la antihigiénica conservación o al exceso de tiempo almacenadas.

La suciedad de la leche por el descuido con que se manipula es revelada en 181 de las 282 muestras, conclusión adjunta a las anteriores.

En favor del juicio desfavorable al expendedor y productor contra esa moral dudosa que les permite especular defraudando al consumidor, estafando a la madre que lacta, al niño que desarrolla, al enfermo que anhela salud, etc., están los argumentos que afirman la teoría con hechos encontrados en los análisis efectuados:

76 muestras deficientes en grasa, sea...	26.91%;
118 muestras con sólidos totales inferiores a lo admitido, sea...	41.90%;
23 con acidez total superior a lo admitido, sea...	12.20%;
Total...	81.01%

de las muestras son defectuosas en este último aspecto.

Considérese, además, el caso del consumo de leche cruda que si no es adulterada por lucro, contiene múltiples defectos infecciosos.

El estudio analítico del estado nutritivo de un grupo de individuos, conforme con el sistema Bigwood tomado por norma en el presente juicio, es completado con el conjunto de investigaciones englobadas en el capítulo siguiente:

El concepto encerrado en el término, equivale a la cantidad de dinero que deba invertirse en la compra de los alimentos necesarios en el consumo exigido por el organismo humano.

Según esto, el mayor o menor valor económico alcanzado en el balance en dinero del gasto diario de un individuo o de una familia dependerán del alza o baja de los artículos de primera necesidad en el mercado local. En este, los alimentos de más alto valor son los de origen animal, los de más proteínas en su composición, los alimentos caros. En cambio, son baratos, relativamente, los de origen vegetal, los carbohidratos.

Ante esa consideración inaplazable, el trabajador reparte su salario consumiendo lo más barato para poder así llenar sus múltiples necesidades. Estableciendo de esa manera la necesidad de adaptar su organismo a las elasticidades del jornal y conformándose a las riquezas pobres del hidrocarbonado. Elige pues, por urgencias adaptativas, la alimentación de poco costo.

Esa consideración es la determinante del bajo "valor económico de la alimentación" en nuestro medio. Tan bajo como alta es la desnutrición. La alimentación a base de calorías "económicas" desnubre al individuo hasta la degeneración orgánica e intelectual. Es indispensable Hermanarla con las calorías "caras" de ciertos alimentos, para obtener hombres sanos de cuerpo y espíritu.

En esta apreciación se entiende también que el individuo cuyo organismo necesita mayor número de calorías por la labor que desempeña, el sometido a esfuerzos y trabajos pesados, debe recibir correlativamente mejor alimentación, más posibilidades nutritivas en ella, más calorías en su composición y por tanto, alto valor económico.

El trabajador nuestro, sea el esfuerzo que fuere, no puede aumentar los elementos calóricos; en trabajo ligero o de fuerza, activo o sedentario, comerá lo mismo: poco y malo.

Es interesante hacer notar que en otros países se han determinado las calorías contenidas en los diferentes alimentos de la localidad que, referidas al valor económico respectivo, han concluido por establecer un salario mínimo con base científica. Tanto es así, que en la Conferencia Americana del Trabajo, celebrada en Chile en 1936, se adoptaron entre otros puntos, el calificado en b), que dice:

"Determinación dentro de cada país y según sus características económicas, del porcentaje del salario mínimo vital que el costo de dicha ración individual debe representar, considerando que dicho porcentaje debe ser fijado alrededor del 50% del salario".

Loable sugestión complementada con el punto c):

"Fijación, por cada Estado, de precios máximos para los productos alimenticios que constituyen la base de la alimentación popular".

Y otras sugerencias no menos importantes y tanto más urgentes de aplicar cuanto el profesor Escudero, presidente de la Tercera Conferencia Internacional de la Alimentación concluye: "En el país más favorecido, la

justiciar la absoluta ignorancia que entre nosotros se hace de las estadísticas.

En cuanto a la estadística en general se ha investigado lo más elemental, lo más grueso, perdiéndose la oportunidad dada por el censo para obtener muchos otros datos trascendentes.

MORTALIDAD TOTAL DEL PAIS

"La lucha contra la enfermedad es condición fundamental del progreso."—Isaías Medina A.

Y realmente, como consecuencia de la enfermedad, no hay mejor índice que refleje el progreso o atraso de un pueblo que su mortalidad. Es muchísimas veces más fácil morir por enfermedad que por senectud. Y más probable es adquirir la enfermedad en medios insalubres que en los que, perogrullescamente, no lo son. Igualmente será más probable combatirla cuando se tengan medios que cuando no estén al alcance. Toda esta serie de premisas demuestran a los ojos miopes que el círculo vicioso miseria-enfermedad-muerte es una verdad incontrovertible. De manera que las cifras de mortalidad indican categóricamente el estado de salud física, social y económica de cualquier país con reflejos de todos sus aspectos.

Para nosotros, en Guatemala, ha sido reservado uno de los mayores exponentes de mortalidad nosológica mundial. En el año de 1935 poseía el tercer puesto con un coeficiente de 18.68 por millar. Hoy, según los datos estadísticos oficiales la cifra alcanzada en competencia diabólica es de 23.70, coeficiente que en los últimos diez años no había pasado de 21.88 por millar en 1934. Sin poder precisar el puesto que hoy ocupa

LA MORTALIDAD TOTAL DEL PAIS HA SUBIDO 4.98 POR MIL

en la escala de coeficientes con relación a la cifra que le dió el tercer puesto en el año de 1935.

En bella comparación se pueden citar las cifras descendentes observadas en Estados Unidos: 14.1 por millar en 1915, época en que la medicina social no poseía las glorias actuales, descendiendo a 11 por millar en 1935.

En cuanto a la mortinatalidad, natalidad y mortalidad infantil ya se trató de ellas durante el desarrollo de la trayectoria vital del niño obrero, en las primeras páginas de este estudio. No significa eso que no sea dable repetir que

GUATEMALA ES UNO DE LOS PAISES DE MAYOR MORTALIDAD INFANTIL DEL MUNDO, ("...aunque su gran natalidad la compense")

NUESTRA LEGISLACION ASISTENCIAL

"Entre los deberes del Estado ninguno supera al de velar por la salud del pueblo."—Eduardo Santos (Expresidente de Colombia).

El espíritu del hermoso epígrafe de Eduardo Santos se encuentra estático dentro de los sesenta y tantos tomos de nuestra Legislación Nacional.

Recorriendo la legislación en todos los diseminados párrafos que engloban la beneficencia pública y privada se encuentran decretos, acuerdos y algunas leyes referentes a la protección de la infancia, unas en el aspecto social y otras, biológico. Así se encuentra, a finales del siglo pasado, la creación de la casa de corrección de menores; la instrucción obligatoria desde los seis años de edad; decretos limitando la ilegitimidad de los hijos —que más es ilegitimidad de padres irresponsables, como dijo Quintiliano Saldaña;— fundación del hospicio de huérfanos en Quezaltenango; y, luego, por primera vez en América hispana, surge en Guatemala el estandarte cuya universalización modificada, ampliada y adaptada es hoy una de las más grandes realidades, de otros países: la protección al obrero. Todas las alteraciones sociales que han agitado al mundo llevan como idea central, franca o latente, la mejoración de las clases socialmente débiles. Todas las actuales preocupaciones y estudios sociales básicos de la mayoría de los países del orbe, giran alrededor del bajo nivel social de vida de sus pueblos. Y pueblos significan obreros, asalariados, trabajadores, proletariados o como quiera llamárseles, agrupación para quien nació, y para orgullo del tomo que la contiene, la ley protectora de obreros, conforme al Decreto 669 del 21 de noviembre de 1906.

La lógica económico-social contenida en los considerandos de la ley citada, es la que privó en la previa argumentación de las legislaciones hoy obedecidas en los países que, socialmente hablando, nos adelantan veinte o treinta hasta sesenta años de cordura y humanidad. Algunos de ellos dicen:

"Considerando: que es de estricta justicia que los patronos cooperen al bienestar de los empleados y obreros que tienen bajo su dependencia, puesto que ellos constituyen el principal elemento de sus respectivas industrias, y no sería equitativo que produciendo utilidades para los propietarios, dejen éstos en la indigencia a aquéllos que, sin duda, han sido los más importantes factores en la formación y fomento de su capital";

"Considerando: que en atención a estas razones y con el fin de moralizar y proteger a las clases trabajadoras estrechando sus relaciones con los capitalistas en beneficios de unos y otros, y que para el mayor desarrollo de la riqueza pública las naciones más cultas de la tierra han dictado leyes protectoras del trabajo, creando cajas cooperativas de socorros para los obreros e imponiendo obligaciones equitativas a favor de éstos"; etcétera.

Se ve, que el reclamo de justicia, el afán equitativo, la prevención contra la indigencia y la explotación, la dignificación del obrero, la conclusión económica de un "mayor desarrollo de la riqueza pública" en bien de la sociedad y de todo el país, la pretensión de nivelación con la cultura inter-

nacional, la creación de cajas cooperativas y obligaciones a favor del obrero, son todos conceptos que aplicados se imponen como un exponente social, económico y jurídico, encaminado hacia la lucha contra la miserable biología del pueblo.

Luego continúa el "Por tanto" con el "decreto la Ley" representada en 20 artículos, de los cuales algunos tratan de la indemnización de accidentes; de la prevención de insalubridad; de la formación de cajas de socorros en toda fábrica, taller o explotación que emplee más de diez obreros; de la obligatoriedad obrera a formar parte de las cajas; de la cuota tripartita por el obrero, el patrón y el Estado; de la franca responsabilidad patronal especificada en el artículo 9, que dice así: "En los casos de enfermedad, accidente leve o accidente de incapacidad temporal, la víctima tiene derecho a los medicamentos, a las visitas del médico y a una indemnización que será equivalente a la mitad del salario, por un período que en cada caso señalará la directiva no pudiendo exceder de un año. Las mujeres, cuando den a luz durante el servicio, quedarán comprendidas en estas disposiciones pero, tienen derecho a las indemnizaciones por tres semanas solamente."

Como se ve, el asunto de ley es claro en su exposición.

Los artículos continúan con la indemnización vitalicia en caso de incapacidad permanente; la indemnización a la viuda y a los hijos; del costo de los gastos funerales por la caja de socorros; de que el incumplimiento del asunto será penado y, por último, de su entrada en vigor tres meses después de que el Ministerio de Fomento dictara el reglamento de aplicación y administración, hecho sucedido el 14 de febrero de 1907, de manera que desde el 14 de mayo de ese año de 1907, rige entre nosotros la tildada protección obrera fundamental en la vida del trabajo. Protección que en la intimidad de la ley se enfrenta contra la prevención y supresión de la enfermedad, protección durante la incapacidad biológica y colaboración científica en la maternidad.

Continuando con cierto rigorismo cronológico, aparecen asuntos que conciernen también directamente al médico. Por acuerdo de 25 de julio de 1907, se hace entrega de una pequeña suma de dinero para establecer la consulta de recién nacidos y, poco tiempo después, por acuerdo de 2 de noviembre de 1907 se eroga otra suma de dinero por valor de instrumentos, útiles, enseres, muebles y últimos trabajos que se necesitan para poner al servicio público La Gota de Leche, complementada con otra suma erogada para el sostenimiento de la misma. Todos estos acuerdos, como muchos otros que seguirán, son ignorados absolutamente por los que actualmente deben responder. Llegaron a establecerse oficialmente premios para la mejor madre. Se creó la ley de lactancia por la que las madres deben lactar al pecho a sus hijos. Se crea El Día del Niño por decreto gubernativo en el año de 1923, precediéndolo de considerandos filantrópicos dentro de la obligación del Estado: "...Que es deber primordial del Gobierno velar por el futuro de la Nación, que se basa principalmente en la salud y en el bienestar de las nuevas generaciones";

"Que es preciso, por consiguiente, estimular y proteger el desarrollo físico de la niñez, como base indispensable para su desenvolvimiento inte-

lectual y moral, creando en toda la República concursos para premiar a los niños más sanos y robustos y recompensar a las madres..." Luego sigue: "...festejar a la niñez por todos los medios que contribuyan a la realización del presente decreto en el cual se dispone verificar todos aquellos actos que tiendan al estímulo, regocijo y mejoramiento en general de la niñez".

Se ve otra vez el resurgimiento de la obligación estatal plenamente consciente de su cometido.

En abril de 1926, se crea la ley del trabajo, cuyo artículo 29, capítulo V, protege al menor de edad que se enferma o accidenta durante el trabajo legalmente indebido por su edad.

En 1928 se autoriza el reglamento para garantizar la salud de los braceros de las fincas, y se acuerda su aprobación estableciendo la "obligación del patrón de mantener botiquín e insinuándoles la necesidad de sostener un facultativo quien haría visitas periódicas y daría indicaciones higiénicas, vacunación contra viruela y tifoidea y medidas contra los zancudos".

Ambos asuntos de interés vital continuaron infructuosos en la forma de "insinuar necesidades" y acordar obligaciones en términos de un futuro impreciso.

Por acuerdo de fecha 20 de febrero de 1929, se aprueban los estatutos de la Sociedad Protectora del Niño con los fines más encomiables de la civilización. Creación de casas maternales y colonias de niños; gotas de leche y salas-cunas; consultorios médicos gratuitos para niños de primera edad y prenatales; estudio estadístico de mortalidad infantil y sus causas; creación de hospitales infantiles; divulgación de Higiene y Puericultura; escuelas de niñeras y visitadoras sociales; bibliotecas infantiles, parques y jardines.

Bello conjunto hacia una cruzada proinfantilista.

Por acuerdo de fecha 22 de julio de 1931 se crea la Dirección General de Beneficencia Pública y Previsión Social, cuyas funciones fuera de controlar hospitales, asilos y centros similares, públicos y privados, establecidos o por establecerse, comprende la protección de los incapacitados para el trabajo, ya sea por enfermedad, invalidez, ancianidad y otra causa mediante el *seguro obligatorio*; la protección de las madres indigentes, así como ejercer la acción de previsión social en las prisiones, formulando los reglamentos necesarios.

El capítulo VI (previsión social) de los estatutos de la Dirección General de Beneficencia Pública y Previsión Social y su acuerdo de aprobación, dice, en el artículo 22, que: promoverá la emisión de leyes adecuadas a la protección de los incapacitados para trabajar por enfermedad, invalidez, ancianidad o algún otro motivo, mediante el *seguro obligatorio* en las fábricas, empresas, instalaciones rurales, etc., y tendrá a su cuidado la organización administrativa y vida de instituciones; el manejo de fondos; etc.; la protección de los niños desamparados; de las madres indigentes durante la época en que deban reposar y otros asuntos más.

Diez años más tarde se le impusieron algunas modificaciones y ampliaciones en algunos asuntos. Así fué como en agosto de 1941 se promulgó la nueva ley de Beneficencia Pública cuyo artículo número 21, inciso "e", dice: "optar las medidas tendientes a la reorganización y unificación de las

estadísticas hospitalarias, adoptando la nomenclatura internacional de enfermedades y causas de muerte". Medida encomiable ya analizada en el asunto de nuestras estadísticas.

El artículo número 23, es de vital importancia, dice: "el número de camas destinadas al servicio deberá acercarse en lo posible a las cifras de 3 por mil habitantes en las zonas urbanas y 1 por mil en las zonas rurales". En cuanto al número total, la convención internacional adoptó la cifra de ocho camas por cada mil habitantes o sea que

GUATEMALA NECESITA 26,464 CAMAS DE HOSPITAL EN LA REPUBLICA

para los 3.283,209 habitantes según el censo de 1940, y no las 9,849 acordadas ni menos las 3,811 que actualmente existen comprendidos catres y cunas.

La disposición específica que el menor número de camas sea rural cuando el 73.25% de la población total del país es precisamente rural.

El artículo 25, dice: "Todos los hospitales de la República tendrán: consultorios externos, dispensarios para tratamientos de enfermedades venéreas y de tuberculosis, cuidados pre y postnatales, dentales y asistencia a domicilio de los partos que lo necesiten". Semejante dotación no puede ser menos feliz e indispensable.

Durante la revisión se encuentran otros acuerdos y decretos de menor utilidad biológica nacional, terminándose así la legislación que protege el desamparo obrero, la maternidad abandonada y el niño que muere por millares.

BENEFICENCIA PUBLICA

Como ya se dijo, es una denominación defectuosa, para una función legada dentro de las obligaciones del Estado.

Aunque el enciclopedista encuentre equivalentes los términos actuales y los que deban adoptarse, es decir, que beneficencia pública y asistencia social sean al decir del léxico iguales por su significado y por la acción que encierran, debe aclararse que el primero presupone caridad y el segundo obligación; que, la beneficencia pública es sólo para combatir enfermedades, y amparar la vejez, invalidez y orfandad; en cambio asistencia social es de funciones universales, comprende los anteriores más el indigente, desempleado, viudez y muerte; que económicamente la beneficencia pública funciona con base en impuestos y donaciones del Estado expuestas a fluctuaciones de cantidad que tácitamente impiden exigencia de labores. Concepto apoyado por la clasificación científica de beneficencia legal y obligatoria: pública, de recursos no derivados de prestaciones exigidas por el Estado, también llamada mixta; privada, de iniciativa particular; abierta o de socorros aislados a quien lo necesite; cerrada, dada en establecimientos especiales; y domiciliaria, a diferencia de la asistencia social incorporada a las obligaciones, en toda su expresión, del Estado; que, el favorecido con la bondad caritativa sufre otro

estado de inferioridad en su suma de miserias, complicando su ya existente complejo de débil social; que, además está expuesto y debe estar conforme con lo que recibe en cantidad y calidad y en la forma de obtenerlo; apreciaciones, las dos últimas, que no ocurren en el sistema de asistencia social.

Nuestra beneficencia pública y previsión social, por todos conocida por señalársele hasta la saciedad como ineficaz, ocuparía disertaciones ociosas durante su análisis, desde los inadecuados edificios que ocupa hasta el problemático destino de gran número de los enfermos que acuden a su auxilio. Especificándose en términos generales que su mal funcionamiento ha sido y es debido en un ochenta por ciento al ausente apoyo económico, y, en un veinte por ciento a la desorientación o ausencia de orientación que posee.

BENEFICENCIA PRIVADA

El juicio que de esta clase de agrupaciones pueda hacerse, deberá principiar por elogiar su sola existencia, índice de humanidad en bello filantropismo. Pero, debe lamentarse, que excepción hecha de la hermosa y absoluta y verdaderamente efectiva Casa del Niño, las otras, analizadas una a una siempre adolecen de objetivos graves, el más grave de todos es la ineffectividad de su bien intencionada labor.

Los consultorios externos gratuitos suministran sólo en determinados casos, que son los menos, eficiencia completa, desde luego que carecen de personal suficiente y equipos completos de colaboración. Situación que únicamente puede verse cuando el consultorio externo se encuentra anexo a hospitales eficientes o poseen fuerte base económica.

Los consultorios externos pagados con cuotas irrisorias, adolecen de los mismos males de los gratuitos e implican, para el cliente, el derecho a recibir lo que de ninguna manera pueden darle; situarle en la oportunidad de efectuar gastos de valor dentro de su relatividad, confiados en recibir servicio médico eficaz y retardar las posibilidades de curación a expensas de la enfermedad que no hace paros en su evolución, etc.

En cuanto a la ciencia médica, es denigrarla acercándola a las márgenes del empirismo con diagnósticos sin equipo, con ninguno o escasos exámenes complementarios y tratamientos consiguientemente sintomáticos.

En los consultorios de Q0.25,

LOS MEDICOS RECIBEN Q0.12½ DE "HONORARIOS" POR CONSULTA.

PREVISION SOCIAL

Previsión significa conocimiento o juicio de lo futuro sobre indicios o deducido de precedentes de carácter social. Y, la previsión social, tiende a evitar, hasta donde sea posible, los azotes sociales y favorecer el bienestar social.

La base económica fundamental en toda previsión social, para salvar con éxito las alteraciones del hogar debidas a fluctuaciones del valor del salario, sólo se ha podido efectuar en una parte muy pequeña con la creación y desarrollo del departamento de ahorros del Crédito Hipotecario Nacional. Una parte ínfima porque los individuos que pueden ahorrar no son los obreros, trabajadores, proletarios, etc, sino los pequeños empleados y los que en escala ascendente le siguen con remuneraciones más altas que las del jornal.

Las cajas de ahorros nacidas de la iniciativa particular de los que laboran en diferentes instituciones como Correos y Telégrafos Nacionales, Tipografía Nacional, Seguro de vida del gremio ferrocarrilero, etc., son de socorros póstumos y prestaciones a interés, cuyos valores ascienden con la amplitud económica relativa de sus socios. No tienen ningún nexo con el Estado.

EL ESTADO Y EL OBRERO

La relación no existe. Ni el obrero de los trabajos estatales goza de apoyo económico o social. La intervención del Estado se ha manifestado, sin provecho directo para el obrero, únicamente en obras sociales emprendidas por la Sanidad Pública.

SANIDAD PUBLICA

Por decreto gubernativo número 1877, se instituye según el artículo 1º del Código de Sanidad, el servicio de Sanidad de la República de Guatemala, "con el objeto de velar por la salubridad general e higiene públicas del país".

Dice el artículo 12: Para los efectos de este Código y sus reglamentos, "son actividades de higiene las que tienden a prevenir o combatir enfermedades, conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la raza".

La prevención y el combate a las enfermedades llevadas a cabo por la institución significan fracciones centesimales de lo que debe hacerse, pero para esto el apoyo del Estado que la creó debe manifestarse en dinero, dinero y más dinero. Las convenciones internacionales sanitarias han fijado como minimum económico de sanidad por individuo y por año Q0.50, estableciendo como cifra adecuada Q1.00 ⁽¹⁾. Entre nosotros se dispone de Q0.05.57 cinco centavos y cincuenta y siete milésimos de centavo por individuo y por año. ⁽²⁾ Sin embargo, se ha erradicado la viruela y se han descendido las cifras estadísticas de tifoidea. Se fabrican alrededor de 500,000 dosis de vacuna antitífóidica anuales, y se labora en muchos otros aspectos con lentitud económica hacia las empresas menos onerosas dejándose al margen muchas de las más importantes.

(1) Presupuesto de Sanidad, editorial del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de junio de 1933.

(2) Presupuesto nacional del año fiscal 1943-44.

Artículo 13.—La Dirección General de Sanidad Pública desarrollará una labor constante de educación:

a) Acerca de los procedimientos y prácticas de higiene social e individual;

b) Con relación a los principios técnicos de higiene en materia de alimentación en toda la República, especialmente la relativa a los campesinos, tomando como base los estudios que sobre el particular se hicieren de los diversos grupos humanos y de las regiones en que habitan;

c) Tendiente a lograr que las habitaciones de los trabajadores del campo y de las ciudades, en toda la República, alcancen las condiciones máximas de higiene que sea posible.

Por medio de este artículo el Estado demuestra estar compenetrado de la necesidad de establecer la educación higiénica y de desarrollarla bajo forma de "labor constante", necesidad y forma indiscutibles como únicas soluciones en la iniciación de toda función sanitaria.

Los demás incisos siguen previendo asuntos trascendentales como la higiene social de vastedades inconmensurables y la higiene individual que debe llegar hasta la cima en donde se logre comprender que el individuo, como unidad humana de una colectividad, está en la obligación de velar por su salud personal en bien de los que con él conviven. El individuo enfermo posee cualidades patológicas, orgánicas, mentales o espirituales, dañinas por su sola presencia o transmisibles, para sus congéneres. Esa es la meta de la educación individual, el principio lo posee el Estado.

Continuando la lectura del Código se ven anotados más artículos y más incisos de tanta importancia como los anteriores, pero las funciones siguen paralizadas si no hay alimento económico que las de vida y las vuelva ágiles en su acción.

Del artículo 40 al 47, la profilaxia sexual se afirma en bases jurídicas hacia el terreno biológico y social.

Curioso es observar el artículo 46, que sin ninguna razón científica exige al indígena de certificado prenupcial, igualmente a la mujer que puede ser obligada a acatar la medida después de ciertos convencionalismos que en ninguna patología adopta el germen infectante.

Después de ese pequeño absurdo, el juicio que de la actual profilaxia sexual debe hacerse es fatal. Nunca se logrará nada mientras se limite la **lucha a la mitad del problema**. Se pierde trabajo, tiempo y dinero si se concretan las medidas solamente a la **mujer enferma**, sabiéndose perfectamente dentro de las concepciones elementales de lo que es contagio, que el hombre es tan pródigo para diseminar su enfermedad como lo es la mujer. ¿De qué sirve, limpiar de gérmenes durante el día si se resiembran de noche? ¿Cuánta labor científica es destruida con los escasos minutos de otro coito infectante? Mientras el hombre enfermo pulule libremente, la labor efectuada será negada absolutamente y constantemente.

Deficiencia secundaria en comparación a la gravedad de la anterior es la ausencia de apoyo jurídico en el control de los tratamientos ambulatorios hechos en el hogar. La enfermedad no continúa su tratamiento se pierde al juicio médico porque la autoridad no condena ni castiga a quien enferma conscientemente a los demás.

Vuelve a imponerse la estrechez económica, la educación y la intervención estatal como en todos los problemas sin solución.

Con el capítulo octavo principia la Ingeniería Sanitaria. Es el artículo 93 el primero en designarla diciendo: Corresponde a la Dirección General de Sanidad Pública fijar las normas sanitarias a que se sujetará la erección o ampliación de ciudades, pueblos, colonias o barrios; el fraccionamiento de terrenos que se destinan a cualquiera de estos fines, y la ejecución de toda obra de saneamiento y en general de toda edificación o construcción de carácter sanitario destinada al servicio de ciudades, poblados, colonias, barrios, que se proyectan llevar a cabo por particulares, municipalidades o por cualquier autoridad.

Continúa el artículo 94: Ninguno de los trabajos que indica el artículo anterior podrá llevarse a la práctica sin previa aprobación de los planos y proyectos formulados en conformidad con la reglamentación que al efecto se emita.

Ambos artículos no han tenido efecto en las últimas lotificaciones porque la Municipalidad no ha dado lugar constituyéndose en protectora de insalubridad al adjudicarse cooperaciones y empeños mal entendidos. De los artículos que continúan se desprende lógicamente la falta de acuerdo y ausencia de coordinación entre las funciones sanitarias y municipales (artículos: 95, 101, 106, 107, 109).

Una de las deficiencias de este departamento es carecer de apoyo jurídico en sus determinaciones. Si el artículo 115 promulga la vigilancia de los establecimientos industriales, comerciales y sus dependencias, no sólo para resguardar la salud y comodidad del trabajador...", la realidad lo niega. Es verdaderamente doloroso el espectáculo dado por algunas grandes industrias según el ambiente brindado a su organismo vivo, las condiciones de trabajo de gran número de obreros no son dignas más que de la inicua explotación. Con visos jurídicos en la exigencia la personalidad del departamento sería otra con benefactoras consecuencias para la salud del obrero.

Los artículos de higiene industrial "dictan medidas necesarias para hacer efectiva la higiene del trabajo, obligan a mantener el servicio médico-sanitario y ordenan la ejecución de las obras o trabajos necesarios para proteger la salud del elemento obrero en las empresas industriales, agrícolas mineras o de cualquiera otra clase conforme lo estime la Dirección General de Sanidad Pública".

Impresos de hace tanto tiempo, no han sido efectivos.

Uno de los capítulos de mayor importancia lo es el "De la protección a la infancia". Ya se insistió y ya se lamentó el olvido funesto de tal apostolado. El artículo 193, dice: La Dirección General de Sanidad será la encargada de conocer "todo" lo que se relacione con la vida y la salud de los niños.

Artículo 194.—Para la mejor organización de sus labores, se establecerá la Sección de Protección a la Infancia, que estará constituida por las siguientes dependencias:

- a) Consultorio prenatal; certificados prenupciales;
- b) Consultorio prenatal;
- c) Servicio de clínica natal;
- d) Consultorio de lactantes (Gotas de Leche);
- e) Consultorio preescolar; Casas del Niño que pertenezcan al Estado;
- f) Servicios de higiene escolar; propagandas de educación sanitarias;
- g) Servicios de protección juvenil; higiene de la pubertad;
- h) Servicio de propaganda de educación maternológica y puericultura;
- i) Servicios de enfermeras visitadoras sanitarias polivalentes;
- j) Inspección de los establecimientos particulares que se dediquen a actividades en favor de la infancia.

El juicio de tanto artículo, es más o menos el mismo que se puede hacer para los no estipulados en este análisis. Cada departamento de la Sanidad Pública es un problema de asuntos que nunca podrán ser completados y eficaces sin la base económica necesaria. De nada sirve el personal idóneo si el entusiasmo de cada uno debe cruzarse de brazos ante el flaco presupuesto sanitario.

Además del medio que puede hacer funcionar la institución se hizo notar la falta de coordinación en asuntos que a Sanidad y la Municipalidad aunadas en comunión científica darían mayor provecho y llenarían mejor su cometido. Observación más o menos similar puede hacerse de las relaciones de Sanidad, la Beneficencia Pública y la profesión médica. Las amplias atribuciones que se auto-concedió la Sanidad Pública, intervienen terrenos de las otras dos entidades, Y aún sin llegar a los campos francamente invadidos con perjuicio del médico o con absorción de funciones de la Beneficencia, se puede concluir que es imposible delimitar con rigidez las funciones sanitarias, de las de Beneficencia y de las del médico. Eso hace concebir la necesidad de una mejor organización coordinadora de estas instituciones.

CUERPO MEDICO

Después de tanta miseria y tanto abandono, después de encontrar deficiencias en los organismos representativos de la lucha contra la enfermedad, ya no sorprende la cifra tan pequeña de médicos que existen en el país, según la publicación de 1941, ascendían al total de 262 en la República o sea

UN MEDICO POR CADA 11,391 HABITANTES (1)

Más grave es la relación proporcional en determinados departamentos de gran población en los que el número de habitantes por médico alcanza los fantásticos números de 120,241 en Santa Rosa, 131,079 en Totonicapán, 109,481 en Quiché, etc. Ante los 2,021 en la ciudad capital. Debiéndose

(1) Boletín Sanitario de Guatemala de 1941, pág. 72.

reconocer el poco estímulo dado al médico rural que en otros países se ha formado con ese estímulo, representado en racional apoyo económicosocial e instrumental, y cierta espontaneidad cívica, con las favorables consecuencias inmensas para el pueblo en general que logra mejor estado de salud, disminuye sus índices de mortalidad, conquista cierto estado sanitario, etc.; el médico reafirma sus conocimientos teóricoprácticos desligado del modernismo cómodo de hospital, hace conocer las bondades de la medicina científica, hace nacer necesidades, amplía el campo de la ciencia infiltrándola en el campesinado, etc.; en apostolado que eleva el nivel de vida de la nación entera, disminuyendo la densidad médica urbana y la necesidad médica rural.

La proporción total de individuos que en la República mueren con asistencia médica es de 10 a 15%. (2)

En algunas partes de Europa existe el médico rural, bajo una fase de trabajo desempeñado como obligación para con el país que doctorara al facultativo recién egresado.

En Yugoslavia la medicina rural es un requisito previo a la incorporación en instituciones de trabajo urbano. En muchas repúblicas de América la medicina rural se ha impuesto como una necesidad. México optó por la práctica rural previa a la graduación.

PRESUPUESTO NACIONAL

Es interesante agregar el detalle de las cuentas de la Nación. Año con año presentan cierta variación dentro de cierta relatividad, de manera que el juicio emitido sobre una de las cuentas totales de ingresos y egresos gozados en los 10 últimos años, puede dar una idea bastante aproximada.

El presupuesto general de gastos para el año fiscal 1944-1945, es el siguiente:

Poder Legislativo...	Q 122,544.00
Poder Ejecutivo...	212,280.00
Poder Judicial...	251,760.00

SECRETARIAS DE ESTADO:

Gobernación...	2,120,500.00
Relaciones...	400,000.00
Guerra...	2,100,000.00
Educación...	1,333,000.00
Fomento...	1,809,200.00
Agricultura...	1,491,200.00
Hacienda...	1,438,900.00
Pasan...	Q11,279,384.00

(1) E. Viquez B.: Estadística, copias. 1942.

Vienen...	Q11.279,384.00
Deuda pública...	800,000.00
Clases pasivas...	375,000.00
Total...	Q12.454,384.00

De todas las Secretarías la que más directamente absorbe el asunto obrero-miseria-enfermedad es la de Gobernación, incluyendo en sus atribuciones la Beneficencia Pública y la Sanidad Pública.

Obteniendo el cálculo porcentual, referido únicamente a la capital para seguir la norma propuesta, se concluye que: ⁽¹⁾

Para la Beneficencia Pública se disponen... .. 21.37%;
Para la Sanidad Pública... .. 4.72%;

GOBERNACION INVIERTE EL TOTAL DE 26.09% EN BENEFICENCIA Y SANIDAD PUBLICAS y,

DEL TOTAL DEL PRESUPUESTO NACIONAL SE DESTINAN PARA LA ASISTENCIA MEDICO-SOCIAL DEL PAIS 2.10%.

EL RESUMEN DE LOS DATOS SOBRESALIENTES EN LA EXPOSICION,

es el siguiente (en su mayor parte referidos a la ciudad de Guatemala):

Son proletarios el 97.29% de la población activa;
Todos carecen de servicios médicos eficientes;
El ambiente de trabajo es antihigiénico;
El ambiente familiar es precario;
La mujer del obrero se encuentra abandonada social y biológicamente:

- a) No reciben asistencia prenatal 78.5% de embarazadas;
- b) No pueden guardar reposo 61.98% de madres;
- c) Carecen de asistencia obstétrica científica 58.5%;

¡LA GRAN NATALIDAD ES PATOLOGICA! (PARADOJA DE CIVILIZACION DE CARACTER UNIVERSAL)

Esa intensa natalidad se pierde;
La mortalidad infantil es de las más grandes del mundo;
La muerte era evitable en 78.5% de los casos;
La mortinatalidad es de 41.2 por mil;
Los padres del niño obrero son enfermos en 38.84% de casos (de cada 5 padres de familia 2 son enfermos);
La concepción en estado de ebriedad se efectúa en 18.17% de casos;
El niño obrero es un deficiente orgánico (92.97% de niños poseen carie dental), y es terreno propicio a la debilidad mental;
Todos viven subalimentados;
La policarencia, frecuente en material de hospital y por ende en gente pobre, "es el más grande flagelo de las clases menesterosas"; desgraciadamente no es único;
El consumo de leche es de 96 cc. por día y por individuo (la tercera parte de un vaso corriente, con restricciones se lograría un vaso y una fracción más, solamente para los niños).
La leche es defectuosa en 50% de las veces;
El alcoholismo es fuerte;
La morbilidad obrera es alta, aunque no existe el dato estadístico exacto;

- a) TUBERCULOSIS: 50.9% en material de experimentación, que nunca es de rentistas y pudientes, de los llegados a los 14 años son

infectados: la mortalidad infantil hospitalaria fué de 32%, "cifra alta".

- b) **PALUDISMO**: "máximo problema social", debe tener gran morbilidad desde luego que determina la quinta parte de la mortalidad total.
- c) **PARASITISMO INTESTINAL**: calculado en el total de exámenes gratuitos de la capital es de 60% a 62%.
- d) **SIFILIS**: en la ciudad de Guatemala el 7% de los individuos son sífilíticos, ¿quién puede negar que la promiscuidad, la insalubridad, la falta de divulgación científica elemental al profano, etc., no eleven el porcentaje en la clase obrera? La séptima conclusión de la tesis de E. Azmitia, dice: "el gremio social más castigado por la sífilis, es el de los individuos dedicados a trabajos nocturnos";

El 75% de las viviendas son deficientes;

La sobrepoblación en la vivienda alcanza cifras de 6, 6.3, 6.8, hasta 10.3 equivalentes a 3, 4 y 5 veces más de lo higiénico.

La ignorancia es múltiple;

El salario es mal calculado y mal distribuido;

El abandono del indio es mayor en todos sus aspectos;

La población total de la República está formada en 55.46% de indios;

Las estadísticas nosológicas exactas no existen sino en forma parcial y éstas han nacido de iniciativa particular;

Las estadísticas demográficas son deficientes por faltar algunas y ser incompletas otras.

Nuestra beneficencia pública es anacrónica y deficiente.

La beneficencia privada está desorientada.

La legislación benefactora no es efectiva.

La previsión social no existe.

La Sanidad Pública es deficiente principalmente por su limitación económica.

La Municipalidad no coopera en el cumplimiento del Código Sanitario.

El obrero no posee protección estatal.

A la elocuencia de los datos numéricos recopilados sólo le falta el penetrante olor de pobreza e inmundicia en el ambiente denso del hogar asalariado, la suciedad de calles y casas vecinas de barrancos que exhalan vaho de albañal; los desagües a flor de tierra, pozas de juego de los niños, elegidos en morbosa alternativa con los basureros; la cara enfermiza de los hijos obreros y el rostro ajado de miseria de la madre múltipara; la barraca baja y estrecha de habitación única llena de camastrones, y la angustia del padre acallada en alcoholismo.

La realidad es esa. La visita al suburbio deja en los ojos un monótono color pardo sucio, el aliento se enferma y embarga encogimiento al espíritu. A medida que se adentra más en el barrio, más pronto se quiere deshacer lo andado. Cada paso dado resuena en la mente con golpetazos de inciviliza-

ción y protestas a protesta social, pero los pasos pueden darse horas de horas, que la barraca no termina y la insalubridad se adelanta...

Tal caótica miseria en antros de dolor, vida pretérita en el siglo más civilizado de la historia, no puede ser salvada por las atribuciones tan sólo escritas de nuestras instituciones destinadas para ello. Es una utopía pretender "conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la raza" como presupone el artículo 12 del Código Sanitario, si no se concreta dinero en sumas adecuadas para cumplir el bello apostolado obligación del Estado.

La relación de tanta miseria y descuido inadjetivables ha dejado de existir en tales grados desde hace unos 20 a 30 años en la mayoría de los países civilizados. Prácticamente, sin lugar a discusión, vivimos 4, 5 y 6 lustros atrás de los menos avanzados de los países de vanguardia. Y, la forma en que esos países iniciaron su despertar hacia un mejor estado de vida social concediéndole dignidad y justicia a su pueblo, fué guiados por los sistemas cooperativistas, de asociación, mutualidades, etc., hasta culminar en el seguro social, las cajas de ahorro, las instituciones de asistencia social, etc. Siendo de todas el seguro social el que ha conquistado por sus múltiples bondades la mayor adopción universal.

Entre nosotros, resumidos los rudos perfiles esculpidos en pobreza y dolor imposibles de ser suprimidos por nuestras instituciones, quedan por enumerarse los estados que pueden ser directamente beneficiados por el seguro social.

Desde luego que sus atributos son esencialmente médicos y los beneficiados son principalmente los obreros, se puede decir:

que, el seguro social brindaría servicios médicos al 97.91% de la población activa;

que, el ambiente familiar dejaría de ser precario al poseer el trabajador el apoyo moral y práctico de una institución que el día de mañana vele científicamente por el parto de la esposa y el futuro biológico del hijo que está naciendo; el obrero viviría con tranquilidad en el trabajo y seguridad en el hogar, las zozobras de la elección entre el pan o la enfermedad, de la indigencia o el consumo orgánico durante la enfermedad, desaparecerían naciendo simultáneamente optimismo en los espíritus, alegría en el trabajo y en la vida, fe en el futuro y seguridad en sí mismos;

que, la mortalidad en serie de la múltipara obrera, la ausencia de asistencia prenatal, la falta de reposo maternal, la inexistencia de la asistencia obstétrica científica, la intensa natalidad perdida, la mortinatalidad tan fuerte llegarían a disminuirse grandemente;

que, secundariamente, con la ampliación lograda actualmente en los países en los que el seguro social ha dado sus mayores frutos, el ambiente de trabajo deja de ser antihigiénico;

que, la enfermedad de los padres, la morbilidad obrera, la deficiencia orgánica del niño obrero, etc., disminuirían positivamente;

que, la subalimentación deja de ser un problema, y la vivienda se transforma en colonias de obreros, etc.

Como conclusión de cualidades "la conferencia Sanitaria Panamericana consignó los buenos resultados del seguro social en varios países y puso a consideración de los que no lo tienen el estudio e iniciación de dicho medio de defensa sanitaria colectiva".

Ahora bien, no va a ser, infortunadamente, el seguro social la panacea universal a tantos males.

Conocidas las deficiencias de la beneficencia pública se deducen sus necesidades de amplitud.

La beneficencia privada, infructuosa y no bien dirigida, merece incorporarse bajo coordinación conjunta hacia obras trascendentes dignas de sus valiosos elementos.

La Sanidad Pública urge decidido apoyo económico para su total desenvolvimiento tan necesario.

Por tanto, es necesario impartir asistencia social y fundir en un solo organismo tantas atribuciones dispersas, tanta falta de armonía en la función de instituciones diferentes y de cometidos comunes, o similares.

Una misma institución o un solo organismo que con fuerte apoyo económico y amplia base sostenida por el Estado acoja todo problema biológico-social, posea campo ilimitado para desarrollarlo hasta su resolución y se yerga en el complicado engranaje biológico, económico, social y jurídico capaz de elevar el bajo nivel de vida del país.

SEGUNDA PARTE

SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO

"Todo impulso hacia la seguridad social implica la capacitación en la lucha por la dominación de la naturaleza; por el perfeccionamiento de la técnica y la modernización del maquinismo, a fin de que la riqueza contribuya a un mayor bienestar colectivo, sin el peligro del agotamiento, destrucción y desprecio de las más nobles energías creadoras.

La seguridad social, en sus aspectos preventivo, restaurador y proteccionista, libra de los azotes sociales que diezman a las generaciones perseguidas por enfermedades endémicas que, como plagas mortíferas, siembran la desolación a través de la sífilis, la tuberculosis y los padecimientos cardio-vasculares que, entre otras calamidades, envenenan la savia fresca de las masas."—I. García Téllez.

(*"El Seguro Social en México"*.)

CONCEPTO DEL SEGURO SOCIAL

"...ninguna nación, por abundantes que sean sus recursos, puede seguir gastando impunemente su energía humana."

"Todo país debe mantener y aumentar el vigor moral y físico de su población, preparar el camino para las generaciones venideras y cuidar de los que han sido eliminados del trabajo productivo. Esta es la esencia de la seguridad social; una verdadera y racional economía del capital humano que proporcione el máximo bienestar al mayor número posible."—A. Teja Zabre: "El Seguro Social en México".

Con el criterio de Teja Zabre se ha venido laborando activa y tenazmente en la mayoría de los países del mundo y en 95% de los de América por salvar biológica y socialmente a la gran masa de su población respectiva.

Ese concepto ha vivido en el espíritu humanista de los más grandes estadistas de los últimos treinta a cuarenta años plasmándose en el monumento más grande, más firme y más efectivo que hasta hoy ha construido el hombre para el hombre, el SEGURO SOCIAL.

El profundo sentido humano y económico de cuidar al elemento productor en toda su larga y penosa época de actividad, apoyarlo durante el lejano descanso que impone la senectud y labrar el terreno y el ambiente para que el que nace venga sano y vigoroso, ha redundado en enormes beneficios que principian a palpase en el nuevo estado de vida, digno de la especie, hacia el cual camina firmemente cada uno de los países prosélitos del seguro social.

Ha sido la cooperación económica mínima de parte del obrero, el patrono y el Estado, bajo condiciones racionales visionarias las que han logrado mejorando y curando el organismo enfermo, dando subsidios al incapacitado, al desempleado, a la vejez, viudez y maternidad; sosteniendo orfelinatos, asilos y hospitales hasta lograr el bienestar físico y espiritual del 90 a 95% que constituye en todos los países la masa obrera.

Le han dado al obrero fe en sí mismo, seguridad en sí mismo, al hacerle palpar con realidades felices los múltiples recursos puestos a su alcance sin mayores inversiones ni descalabros económicos de su hogar por naturaleza tambaleante.

Le han dado socorro científico conforme a las condiciones exigidas por la biología y la patología y no conforme a las miserables posibilidades que el obrero individualmente considerado posee.

Le han dado energía para trabajar con optimismo y alegría beneficiándose la producción y elevando el nivel vital de toda la nación.

Han vigorizado el trabajo considerándolo como factor de primer orden en todo el país.

Han dado paz en los espíritus, paz en el hogar, paz en el pueblo y dará la paz internacional.

En la Conferencia del Seguro Social celebrada en Santiago de Chile en el año de 1942, Nelson Rockefeller, presidente del Comité Coordinador de Asuntos Interamericanos, dijo: "Esta guerra en que los destinos de la civilización, tal como la concebimos, se están resolviendo, es, en efecto, una guerra que tiene relación con la seguridad social. Es en sí misma una guerra de seguridad social, de dignidad humana, de libertad".

Luego continúa: "...este conflicto de voluntades entre la destrucción y el progreso, entre la civilización organizada y la barbarie que ha asumido la tecnología de la civilización, no tuvo su origen en fuentes oscuras. Lo tuvo en el hecho de que la organización financiera e industrial de la sociedad internacional, no obstante sus grandes contribuciones, no pudo encontrar el camino, en el período de su mayor expansión, para distribuir entre toda la población en general, la bendición amplia de su abundancia, o para dar a todos los hombres o a las mujeres, comunes seguridades de empleo, de ahorro, de salud o de previsión para la vejez.

"Precisamente por falta de seguridad, el mundo, entre los años de mil novecientos veinte a mil novecientos treinta, fué presa de una vasta crisis psicológica —una ola aplastante de terror neurótico— que debilitó las voluntades y segó el criterio de millones de hombres y de mujeres que aspiraban a contar con la sensación de la seguridad.

"En estas condiciones, surgieron en todos los países del mundo los profetas del deshonor y la falsedad; de la sed de sangre; de los odios sádicos y alejados de toda razón. Estos profetas prometieron a quienes los escuchaban, ese regalo sin precio de la seguridad...

"...millones y millones de hombres y mujeres a través de toda Europa y de Asia dieron fe a esas promesas. Esos seres, destruidos emocional, mental y moralmente por los temores acerca de su seguridad, eligieron el camino de la locura y la destrucción antes de enfrentar sus íntimos temores."

Ese análisis de hoy es el mismo de hace milenios, la humanidad ha vivido siempre, en todos los tiempos, en todos los países, bajo todas las religiones y bajo todas las políticas en un constante movimiento social hacia una tranquilidad y una paz. Hoy, parece que América va a ser el suelo fecundo en donde la experiencia cruenta de siglos germine en estados de justicia social y afanes por que el hombre viva a la sombra de su categoría humana.

Es, el seguro social, en sus directrices fundamentales, asistencia médica integral y apoyo financiero suficiente para el obrero; los instrumentos con que funciona son la medicina y el dinero; el impulso con que se desarrolla es un detallado sistema económico asentado en amplia base jurídica.

Para el enciclopedista, el asunto es "el estado económico que asegura del trabajador su capacidad productiva contra todos los riesgos en la duración de la vida y accidentes que le aminoren". Y, le llama social porque el asalariado, obrero, trabajador, o como se le quiera llamar al individuo que labora

con las manos y es remunerado con pequeños jornales o pagos según las horas de producción durante el día o la semana, este individuo es incapaz, individualmente hablando, de cancelar primas por el monto que significan, primas que son universalmente consideradas como "cargas económicas de la producción", pagos que debe efectuar el producto laborado para sostener en vigor completo y lograr el máximo rendimiento del órgano matriz que lo ha creado, el obrero.

Esta concepción economista que define el seguro social, involucra los más bellos pensamientos de humanidad al lado de proyecciones sociológicas tan grandes y tan hermosas que se la puede situar en la cima del anhelo universal hacia la iniciación de una nueva era en la vida de las gentes sobre el mundo.

Todas las preocupaciones que, en los generosos terrenos del bien, actualizan al individuo en sus relaciones con sus semejantes, tienden constantemente al logro de un mejor estado de vida. De una vida más generalmente "humana". Humanizar a todas las criaturas racionales que, por la forma como cumplen con la categoría designada por la Naturaleza, se contactan con la animalidad.

¡Humana! Esa es la designación de la meta esperada en el mundo civilizado para una norma de vida entre los —hasta hoy— olvidados de mayores atributos que los que no tienen ninguno.

Humanización, que en 1942 ya había sido adoptada por 14 naciones de las 21 que componen América. Cuatro centroamericanas gozan de veinte a treinta años de atraso social, sólo Costa Rica se ha identificado con las grandes Américas. Y, del mundo, 45 países poseían ese año regímenes de seguro social obligatorio.

SINTESIS HISTORICA

Para los ingleses los factores iniciales en el origen del seguro social son bastante remotos. A principios del 1600, durante el reinado de Isabel, el pequeño propietario y los trabajadores de éste se encontraban sujetos a interminable serie de vicisitudes económicas. Sin capitales suficientes, habituados por generaciones al feudalismo, la iniciativa privada y la empresa en el trabajo eran poco menos que inexistentes o infructuosas. La nobleza encastillada sobre el dinero de la nación no daba márgenes al pequeño trabajador. Entonces, surgió la "Ley del Pobre" —*Elizabeth Poor Law*— protegiendo en cierto modo a los sin fortuna, tanto en el aspecto administrativo como despejando el estrecho campo de oportunidades de trabajo y creando además, asilos de ancianos, orfelinatos y hospitales.

Transcurre todo el XVII y en el siglo XVIII se forman clubes de protección a los enfermos y de compensación de entierros.

Fué necesario llegar a la segunda mitad del siglo pasado para que Disraeli volviera a dar la alarma con su novela "Dos Naciones" —los ricos y los pobres— y marcara la profunda diferencia de dos clases sociales camino de un extremismo fatal, asegurando que las oportunas reformas sociales evitaban violentas reivindicaciones populares.

Después de oír a Disraeli la justicia social conquista hasta entonces utópicos. Surge el salario mínimo, los servicios médicos escolares, y toda una gran legislación social en los alrededores del 1900. La obligatoriedad se impone hacia el 1908 con seguros de salud, de vejez y desocupación.

Pero, anteriormente a estos últimos logros ingleses, Bismarck en Alemania pide a su gobierno durante la lectura de la Carta Magna en 1881, una legislación con reformas sociales en provecho de su pueblo. Dos años después —1883— establecía la "Ley del Seguro Social" en un plan tripartito contra enfermedades, accidentes y vejez, consagrando un hecho histórico-económico en la revolución social de su pueblo, implantando capítulos legislativos que aseguraban al asalariado "derechos" de asistencia médica completa y al decir "derechos" se dicen obligaciones inexcusables al reclamo legal del perjudicado. Fué el primer lugar de la tierra en donde la salud dejaba de ser un lujo de clases elegidas con dinero. El obrero gozó, por primera vez, ante la sociedad industrial, de los beneficios de la ciencia médica sin la amenaza económica del desequilibrio apremiante hasta la elección entre el pan, el abrigo y la enfermedad con su cortejo de muerte. El obrero se aseguraba contra la enfermedad y hacía nacer el principio del seguro social. En 1914 sólo el seguro contra enfermedades cubría cerca de diez y siete millones de trabajadores y contaba con reservas por valor de trescientos millones de marcos.

Simultáneamente fueron naciendo en el resto de Europa sistemas proteccionistas bajo forma de mutualidades, cooperativas, etc., pero sin esos formidables jalones económicos de Bismarck.

Ya sobre el 1900 la solidaridad social fué ganando terreno más aprisa y con más aplomo. Se hizo conciencia de la flaca situación económica, además de fluctuante, del asalariado. Se comprendió que el obrero vive de un salario que nunca es un recurso estable y seguro. Que "junto con la aspiración de una mayor igualdad económica, encontramos en todos los países del mundo una aspiración de mayor seguridad, de algo que elimine o mitigue al menos los efectos de las caídas rápidas de una situación de comodidad a una de penuria. Con cuánta mayor razón se habrá dejado sentir esta aspiración en las clases más débiles de un país, y principalmente en las clases asalariadas, que por falta de previsión, al término de un período demasiado corto, se encuentran sin su salario y completamente desamparados en cuanto a los riesgos que les amenazan". ⁽¹⁾ Afirmándose en verdad incontrovertible que la inferioridad económica del obrero debía ser compensada con una superioridad jurídica frente a los patronos.

De las conferencias internacionales de seguros sociales celebradas, la primera en 1889 en París, no se había alcanzado mayores éxitos hasta la séptima en 1925 en la que se aprobaron convenios y recomendaciones de trascendencia en materia de seguridad social. La guerra del 1914-18 interrumpió las convenciones, pero con el tratado de Versalles nació la Oficina Internacional del Trabajo, con el departamento del Seguro Social adjunto, mereciéndole lugar preeminente. La última conferencia celebrada en Chile en 1942 fué

de trascendente importancia, reconvirtiéndose en ella que la ley del seguro social de México es hoy la más perfecta de América.

La perfección de la ley mexicana ha sido el fruto de madura experiencia internacional. Fué promulgada el 31 de diciembre de 1942 y puesta en vigencia el primero de enero de 1944 en el distrito federal. Con los mejores augurios de la primera conferencia de seguridad social interamericana, que no emitió más que felicitaciones al pueblo y gobierno mexicanos.

En el resto de América se distinguen Chile y Perú como los más avanzados en el Sur, Estados Unidos en el Norte.

Actualmente, el seguro social posee su más grande exponente en el sistema concebido por Sir William Beveridge, en Inglaterra, cuyo plan rendido a finales del 1942 es la síntesis más completa hasta hoy formada. Después de un profundo y largo estudio del seguro social y similares existentes en toda Inglaterra, la conclusión fué el "Plan Beveridge" que se proyectó imponer en este año de 1944 en la Gran Bretaña.

ORGANIZACION Y ESTRUCTURA DEL SEGURO SOCIAL

Las bases fundamentales sobre las que se erige el seguro social son netamente económicas y financieras.

La cooperación económica tripartita, del Estado, el patrón y el obrero, llega a formar un capital de unidades de moneda contadas en millones en todos los países.

Simple cooperación económica calculada en contribución porcentual tan pequeña que siendo suficiente para sostener los beneficios dados por el seguro, no afecte sino en grado ínfimo el salario, sea insensible para el capital y la ganancia patronales y vuelva más fructuosas las inversiones que el Estado destina en sus obligaciones asistenciales. Todo ese capital es el que le dará vida y función. Sin capital el seguro social no puede existir.

Ese capital capaz de pagar beneficios y de construir obras necesita del detallado y minucioso cálculo matemático del actuariado, o matemáticas de seguros. Y, para esto las nociones que sirven de guía son los datos estadísticos demográficos. La bio-estadística es imprescindible en los principios elementales del actuariado. La morbilidad y mortalidad en sexos, edades, funciones, lugares, etc., es esencial. Las estadísticas del trabajo, valor del salario, inversiones del salario y otras muchas también son esenciales. Hasta completar el gran número de datos estadísticos que cuando no se poseen el actuario se ve en la necesidad de recurrir a los datos de países de geografía, climatología y demografía semejantes.

Una vez conocidas las fuentes y posibilidades del capital, la frecuencia patológica y las contingencias demográficas del país, surgen los anteproyectos y proyectos de la ley hasta culminar en hermosas legislaciones que para la especie simbolizan dignidad.

La personalidad jurídica dada por la legislación a toda esta maquinaria económico-financiera establece la obligatoriedad del seguro social. Se ha llegado a decir que sin obligación el seguro social no sobrevive. Es clásica la

⁽¹⁾ Edwin Cannan: Teoría económica en "La influencia del seguro social en la economía", de Manuel R. Palacios.—Seguro social en México.

indiferencia y la falta de previsión humanas ante las vicisitudes del ambiente. Y, en el ambiente de América española este clasicismo llega a características raciales. Bastante se ha escrito de la imprevisión indohispana y nunca es suficiente para hacer comprender y hacer sentir la necesidad de la obligatoriedad de ciertas funciones. Son estas las razones que, junto al aumento de la contribución económica del mayor número de individuos obligados ante la imposición, en profundas meditaciones especulativas han hecho nacer la naturaleza obligatoria del seguro social.

Esbozada la base económico-actuarial previos conocimientos estadísticos y nacida la ley, el seguro social recurre a los servicios de la medicina integral y a las prestaciones en dinero.

Conocido y establecido el proceso de origen, necesita para su desarrollo estructurarse dentro de un organismo o una institución de las magnitudes relativas a sus proyecciones.

Así se han formado las cajas de ahorros del seguro social, las casas o institutos de seguro social, los ministerios de asistencia y seguro social, los ministerios de sanidad, asistencia, trabajo y seguridad social, etc., conforme a cada país.

Las características principales son más o menos las mismas en las diferentes naciones. Los órganos que forman el conjunto se derivan de las funciones que representa la institución:

- 1.—Órganos de administración;
- 2.—Órganos técnicos;
- 3.—Órganos financieros; y,
- 4.—Órganos asistenciales.

Sitúanse como atribuciones principales e insustituibles las de administración de las diversas ramas del seguro social; de recaudación de cuotas; de pago de prestaciones; de inversión de fondos; de realización de actos jurídicos; de celebración de contratos; de adquisición de bienes muebles e inmuebles; de organización de dependencias; de vigilancia en el funcionamiento; de difusión y propaganda; de evacuación de reglamentos, etcétera.

Como un ejemplo de las organizaciones directoras en la administración de una de tales instituciones se reproduce a continuación el sistema directriz adoptado por el Instituto de Seguro Social en México, del cual es fácil suponer las bondades que deben poseer sus facetas de estructura puesto que su legislación respectiva goza de la máxima perfección en América.

Posee como órganos principales:

- La Asamblea general;
- El Consejo técnico;
- La Comisión de vigilancia; y
- El director general.

La autoridad suprema del instituto será la Asamblea general formada por treinta miembros elegidos equitativamente de cada uno de los tres grupos que sufragan la economía del seguro: obreros, patronos y el Estado.

Esta tendrá reuniones anuales en las que discutirá para su aprobación o modificación, la memoria presupuestal y otras operaciones trascendentes.

El Consejo técnico, integrado por seis miembros elegidos en forma parecida a la Asamblea general, y cuyas atribuciones serán las de representación legal y administración del instituto.

El director general, elegido por nombramiento de la presidencia de la República, será el presidente del Consejo técnico.

La Comisión de vigilancia tendrá por atribuciones observar las inversiones, comprobar las operaciones del instituto, sugerir medidas convenientes al mejor efecto de las funciones y citar a Asamblea general extraordinaria.

La organización técnica y financiera es sobre bases económico-actuariales.

De todas, la más interesante al juicio médico es la de la organización asistencial.

Hay dos formas de efectuar las prestaciones: en dinero y en especie o servicio médico. El uno en subsidios y el otro en la complejidad que con criterio científico debe elegirse entre la medicina curativa; la medicina preventiva, aspiración suprema del seguro social; su impartición en hospitales, consultorios o domicilio; y, la elección de la terapéutica farmacológica.

De la medicina preventiva se empapa íntegramente y constantemente y en todas sus formas posibles el espíritu del seguro social que prefiere prevenir a curar.

En el Perú fueron declarados como postulados de la obra preventiva del seguro social los siguientes:

- 1.—Estimular y contribuir a la higiene de los asegurados y sus familiares;
- 2.—Poner al alcance de los asegurados todos los medios de acción encaminados a descubrir y tratar las enfermedades desde su primer síntoma; y
- 3.—Luchar, en coordinación con los organismos públicos, contra las enfermedades sociales, propugnando el diagnóstico precoz. La selección de los enfermos contagiosos y la defensa de las personas amenazadas.

En el año de 1932, el comité médico de la Oficina Internacional del Trabajo, dijo: "que el seguro social debe en interés del grupo cuya salud tiene que preservar, participar en la lucha contra las enfermedades sociales y que su participación debe ser activa, es decir, de ninguna manera limitada al otorgamiento de subsidios, sino que debe comportar la colaboración del servicio médico del seguro, proporcionando a sus beneficiarios un mejoramiento y una ampliación de los tratamientos y la prevención."

Se reafirman los conceptos con otras declaraciones de la Conferencia Internacional del Trabajo: "La mayor parte de las enfermedades pueden prevenirse: una vigilante prevención es susceptible de evitar pérdidas de capacidad de producción, de aprovechar los recursos destruidos por las afec-

ciones evitables y de aumentar el bienestar material, intelectual y moral de las colectividades".

La medicina curativa se imparte conforme a las condiciones particulares y a las necesidades científicas del caso patológico.

La asistencia hospitalaria se administra en nosocomios propios de la institución o en los de las sociedades de beneficencia o similares, siempre que convengan científicamente.

La asistencia en consultorios se efectúa en establecimientos propios, dotados de todos los elementos de diagnóstico y tratamiento que permitan la atención precoz de los enfermos, la conservación del estado de capacidad de los asegurados y la reducción de las hospitalizaciones.

La asistencia domiciliaria se imparte de acuerdo a las necesidades del caso.

Las proporciones gigantescas de tal programa se hicieron realidad, en el Perú, con la construcción de 12 hospitales, 30 policlínicas y 55 puestos médicos rurales distribuidos en provincias, además de unidades ambulantes con equipos completos en sólo el primer año de funciones del seguro social.

"Sin los hospitales, las policlínicas y las postas rurales, la asistencia de los asegurados sería un mito y el seguro social perviviría, si así pudiese pervivir, como una entidad amorfa, huérfana de horizontes y estática en su acción."

Toda la ejecución de estos fines "conduce a la meta de la asistencia social, ya que interesa más que el paciente aislado la lucha contra las enfermedades, flagelo de los pueblos y causa mediata de su desvalorización racial" (E. Rebagliati). Marcando así la meta única capaz de destruir la enfermedad en su etiología.

BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL

Las bondades del seguro varían con los diferentes países, en los que por razones demográficas biopatológicas, culturales, geográficas o económicas han debido adoptarse medidas especiales en su introducción y desarrollo, encontrándose como característica general la evolución constante en que se mantiene desde los más antiguos hasta los más recientes.

Dos son las directrices fundamentales hacia las que dirige sus utilidades: servicios médicos completos y eficaces, y subsidios en dinero combatiendo las deficiencias del salario por ausencia o por disminución de su valor.

Estas dos canalizaciones de objetivos se incorporan contra las necesidades más importantes y más urgentes:

- 1.—Contra los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales;
- 2.—Contra las enfermedades no profesionales y maternidad;
- 3.—Contra cesantía y vejez; y,
- 4.—Ayuda de muerte.

La protección contra los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales es de las medidas más antiguas adoptadas por todos los países,

trabajadores más ignorantes de sus derechos ante el patrono. Desgraciadamente, la legislación termina por ser infructuosa frente a la inmoralidad de los que comercian con el dolor y desgracia ajenas. Los damnificados, o recibían indemnizaciones miserables y ridículas o no recibían nada después de cancelar todo el trámite abogadil. Es contra estas penosas contingencias que el seguro social combate suministrando subsidios periódicamente conforme a la necesidad diaria y en proporción a su salario anterior.

Además, no ha limitado su beneficio al subsidio sino ha creado el campo de la reeducación funcional, suprimiendo al incapacitado incorporándolo al terreno de las labores que todavía puede desempeñar.

El capítulo que protege contra las enfermedades no profesionales y maternidad es el de las conclusiones más loables y efectivas sobre el conglomerado.

Luchando contra la enfermedad ha llegado a establecerse, en los países que gozan del seguro social, la forma más eficaz hasta hoy de obstaculizar su morboso y fatal progreso. Pero, la conducta seguida no ha sido solamente la clásica forma de curar, esperar enfermos y curar y volver a curar en monótona función; sino que la salubridad y la higiene han logrado tal auge que la medicina preventiva ya no es una medicina del futuro, es la medicina de hoy. El establecimiento de los exámenes periódicos de salud ha dado fantásticos beneficios inmediatos sobre el individuo que es dueño de un proceso patológico incipiente, todavía en época de mejor erradicación del mal; además del ahorro que significa el tratamiento precoz sobre las enfermedades en período de estado o de consunción. La ciencia médica ha incorporado a su nosografía gran acopio de síntomas y síndromes prodrómicos de grandes proyecciones.

Bajo este sistema de diagnóstico y tratamiento precoces la morbilidad y mortalidad han descendido con el consiguiente aumento de densidad de población y vigorización de individuos.

En el trabajo laboran constantemente hombres sanos que elevan con la mejor producción el nivel de vida nacional.

Los individuos enfermos no sólo reciben los servicios médicos sino mantienen la economía del hogar por medio de un subsidio en relación al salario, la esposa y los hijos ya no padecen hambre ni gozan despojos, la miseria pasa a ser de otros tiempos ya pasados.

La maternidad, la gran función que glorifica a la naturaleza en su eternidad, pasa a merecer los atributos de su nobleza.

El descanso durante seis semanas antes o seis semanas después del parto ya no es una utopía.

Los servicios prenatales, las maternidades y los recursos que necesita la infancia son realidades.

Se administran subsidios durante el descanso y de la maternidad y se dan socorros en dinero o en especie para el lactante.

La mortalidad infantil se sacude los bárbaros coeficientes reflejos de miseria, descuido y falta de asistencia científica.

La naturaleza es objeto de todas las exigencias que impone, la población aumenta y la raza no nace desnutrida, ni patológica y miserable.

Los problemas de cesantía, vejez y muerte son resueltos con meticulosidad económico-financiera. El estado desastroso suscitado por una de estas tres adversidades es compensado en todas sus repercusiones económicas.

En el plan Beveridge y en algunos de América, la viudedad y la orfandad merecen capítulos especiales encaminados al alivio de tales desgracias.

La ampliación de beneficios alcanza en el plan Beveridge perfecciones consecuentes a la cultura y tradición del pueblo inglés. Así, incluye en el seguro a las amas de casa, formando una clase distinta con satisfacción de todas las necesidades inherentes a los aspectos peculiares a ellas: asignación dotal de maternidad, previsión de viudedad, separación conyugal, pensión de retiro, subsidio durante el paro o incapacidad del marido; y otras más.

El valor del capital acumulado por la imposición del seguro social alcanza tal valor que permite su inversión en obras constructivas de hospitales, consultorios, casas de salud, sanatorios, obras de saneamiento e higiene públicas, casas para obreros, y otras muchas funciones que benefician directamente al asalariado y en escalas fantásticas a todo el país al sanear la localidad higienizando y construyendo bajo normas de ingeniería sanitaria.

Ahora bien, en todos los países el asalariado forma la masa mayoritaria. Los porcentajes de población activa se inclinan hacia el obrero con cifras de 90% a 95%. Suma idéntica para la esposa obrera y para el niño obrero. Calculándose por tanto que sin exagerar lo más mínimo, el beneficio del seguro social es para todo el pueblo, para toda esa masa de individuos que trabajando de generaciones en generaciones se han visto siempre obligados a vivir sumidos en la esterilidad del esfuerzo y, a pesar del trabajo, la enfermedad, el hambre, la falta de abrigo y la insalubridad han sido satélites gratuitos caminando de la mano hacia la morbilidad y la mortalidad.

LA MEDICINA Y SEGURO SOCIAL

Ya se ha dicho que el seguro social persigue constantemente antes prevenir que curar. Este es el mandamiento que guía la mayor preocupación del médico social y es bajo ese concepto que se han dirigido las tendencias de las instituciones representativas.

La Asociación Británica de Medicina hace coincidir la previsión como función médica con la finalidad del servicio médico. En los conceptos con que se expresa prevalece el deber de "proporcionar un sistema de servicio médico encaminado al logro de una salud positiva, a la preservación de las enfermedades y a la curación de las dolencias; y, poner a disposición de cualquier individuo todos los servicios médicos necesarios, tanto general como de especialistas, y lo mismo domiciliario que de hospitalización". (1) Y, son estos mismos principios los pregonados por el seguro social en todo momento y en todo ambiente.

(1) Plan Beveridge, edición Minerva, México, D. F., pág. 72.

Esta función preventiva es desarrollada en la función social de investigación de los factores ambientales que favorecen el nacimiento y propagación de la enfermedad. La investigación y el hallazgo de estos factores determinan la inmediata lucha contra los focos que diseminan y cepas que incuban la etiología patológica. De ahí la gran obra de saneamiento y divulgación higiénica del seguro social.

Para cumplir con la obra preventiva y curativa de la enfermedad el seguro social necesita de hospitales, sanatorios, consultorios y de toda esa formidable construcción ya mentada, que una vez lograda, se yergue en el amplio templo de salud.

La forma de cumplir con las prestaciones en especie médica ha sido más o menos discutida hasta terminar en dos escuelas: la alemana, en la que el seguro social incorpora en su seno un poderoso gremio médico e imparte sus servicios directamente supervisados por sí misma; y, la inglesa que cancela el valor de los servicios médicos elegidos a voluntad del interesado. De las dos, es la primera forma la más aceptada universalmente. Los miembros médicos que la componen son por naturaleza elementos escogidos capaces de la mayor eficiencia, en cambio, la segunda forma se presta a las alternativas de la elección y a los arreglos e inconveniencias inescrupulosas.

Es este un nuevo sistema de lucha contra la enfermedad con hospitales urbanos, rurales, consultorios, dispensarios, unidades ambulantes, etc.; con una organización estandarizada hasta en sus detalles más nimios, toda una maquinaria de salud, una guerra de la ciencia contra la enfermedad, un combate constante hasta lograr bajar los índices de mortalidad, morbilidad y aumentar las constituciones sanas, los organismos vivos ansiosos de más vida.

Los médicos se incorporan a la institución conscientes del valor del trabajo social antes que individual. Ni su colectividad, ni su país van a ser tan bien dotados de salud en tanto el trabajo se concrete en asistir a 10, 12, 15 o más clientes diarios. Es la socialización de la medicina hasta la última expresión la única que ha dado y nos debe dar verdaderos avances en la lucha. Todo un cuerpo médico funcionando en hospitales que no detienen nunca su ritmo, trabajan mañana, tarde y noche sin contar con las fases del día y la noche sino atendiendo, deteniendo y suspendiendo la evolución patológica de la enfermedad en el individuo. Engranaje humano donde todo es lucha contra el germen y sus manifestaciones. Institución nobilísima donde todo procura salud y bienestar. Eso es en síntesis la medicina del seguro social.

LOS MEDICOS DEL SEGURO SOCIAL

En la mayoría de los países en los que nació y evolucionó el seguro social, se estableció cierta situación enojosa entre el cuerpo médico y el cuerpo técnico del seguro. Para Bengoa Lecanda este enfriamiento de relaciones entre dos cuerpos necesariamente armónicos no fué sino el efecto o la conse-

cuencia de un error en la conducta organizadora de los cuerpos técnicos. Estos construían y estructuraban las instituciones del seguro y en última instancia recurrían al cuerpo médico como un instrumento más en la monumental obra del seguro.

Parece que no es infundada ni intrascendente la argumentación anterior cuando se puede recordar que recientemente —mayo del 1943— el sindicato de médicos cirujanos del D. F. en México imponía idénticas reclamaciones al instituto del seguro social.

La organización de técnica médica debe ser elaborada y regida por médicos y la evolución médica con todas las modificaciones que la organización necesite también debe ser por médicos desde el instante en que el médico "tiene inmensos intereses que proteger y una enorme responsabilidad en el prestigio o fracaso de esta empresa gigante, complicada y definitiva." (1)

Logrado el acuerdo ya puede presentirse el enorme número de médicos que deben incorporarse al organismo del seguro social para permitirle ser eficiente.

Médicos en hospitales, consultorios, sanatorios, etc., forman falanges en cooperación por la lucha de la salud. Forman agrupaciones solidarias empeñadas en una lucha colectiva. La función del médico es derivada de una función restringida en la clientela privada, hacia una función colectiva, nacional y cívica, dueña de los alcances filosóficos del maestro en la educación.

Natural es colegir, relegar la relación médico-oficina-cliente a los sistemas de la medicina de otrora. Actualmente, en los países de inquietud evolutiva y de preocupaciones de avanzada hacia un practicismo lógico y justo, la mentada relación progresa hacia los terrenos de la memoria brillante pero anacrónica. En comentario entresacado de los pliegos del plan Beveridge, Sir William dice: "...el posible campo de acción del ejercicio libre de la medicina general quedará tan reducido que casi no valdrá la pena conservarlo".

La realidad no deja dudas cuando se observa la evolución observada en este sentido en los Estados Unidos de Norte América. El médico privado es solamente el que por razones afectivas o económicas permanece próximo a la cabecera de familiares y amigos o es urgido bajo honorarios altos dignos de su capacidad. El mayor número trabaja en instituciones que los necesitan para luchar contra el mal de la mayoría, en donde sus servicios son de amplia trascendencia y no en la estrechez de la oficina-cliente donde sus beneficios son limitados y sus facilidades de trabajo eficiente coartadas.

En cuanto a la ciencia médica, el seguro "dará margen a muchos mayores medios de investigación, experimentación y aplicación de los conocimientos médicos por medio de laboratorios, clínicas, sanatorios establecidos por el seguro en donde se contará con arsenales que es imposible que posean los médicos individualmente por grande que sea su éxito personal", permitiendo el estudio de los problemas médico-sociales propios del país y su solución adecuada.

Estas visiones promulgadas en todos los países que han implantado el seguro social hicieron decir a la Asociación Médica Británica en 1922: (1)

"El buen éxito de la experiencia obtenida por el servicio médico en virtud de la Ley de Seguro Nacional de enfermedad, es suficiente para justificar que la profesión se asocie a la continuación y progreso del sistema de seguro, por todos estos motivos:

- a) Por la gran cantidad de personas, de todas clases, que reciben asistencia médica y que anteriormente no recibían ninguna;
- b) Porque el número de médicos, con relación al de la población en regiones densamente pobladas, ha aumentado;
- c) Porque la cuantía y el carácter de la asistencia médica prestada es superior a la que se daba en otros tiempos en la mejor de las antiguas sociedades;
- d) Porque la enfermedad queda actualmente bajo una hábil observación y asistencia;
- f) Porque los informes clínicos han sido, o mejor, están siendo un gran servicio en relación con la investigación médica y de Sanidad Pública;
- g) Porque la cooperación entre los médicos se ha fomentado de manera creciente;
- h) Porque existe actualmente un reconocimiento médico más generalizado que antes.

Interesantes conclusiones de hace 22 años.

Por todos estos nuevos sistemas de hacer beneficios, de trabajar por lograrlos y de evolucionar la ciencia médica en sus investigaciones, se ve que el camino de la socialización de la medicina ya no es una irrealidad sino una meta que está siendo alcanzada por la civilización de los que van más adelante.

DEL SEGURO SOCIAL Y EL ESTADO

"La seguridad social es lo fundamental del destino actual de los Estados. El Estado que la desatienda perecerá por sí mismo."—P. E. Reina Hermosillo: "Seguridad Social, el Seguro Social de México".

En la organización del seguro social el Estado se sitúa en protector del buen funcionamiento de la institución representante; en vigilante de las múltiples operaciones económico-financieras y en participante económico en el cálculo porcentual que rige su desarrollo como sostenedor de la asistencia social.

(1) Secretarios y comisión del Sindicato de médicos cirujanos del D. F. ante el Instituto

(1) Revista de sanidad y asistencia social. Venezuela, octubre de 1940.

Desde los tiempos más lejanos de la humanidad el individuo castigado por la adversidad fué auxiliado de una u otra forma y en mayor o menor grado por sus semejantes. Al socorro dado por una persona se sumó muy pronto el de su vecino en progresión sucesiva hasta el filantropismo colectivo, asociativo, cooperativo, etc., culminando con la caridad cristiana sostenida secularmente por la iglesia y sus ramificaciones.

Las necesidades evolutivas de la caridad obligaron al Estado a intervenir, constituyéndose la beneficencia pública al donar del presupuesto nacional ciertos impuestos que en adelante serían utilizados exclusivamente por las anteriores sociedades caritativas. Es así como nació y ha funcionado la nombrada institución pero actualmente las ciencias económicas y sociales han intervenido sus terrenos declarando incompleta la forma de hacer el bien y, a más de incompleta, en muchos casos dañina. El economista apoya sus argumentos en la clásica teoría biológica que prefiere prevenir que curar los males, buscando las raíces de la enfermedad protege el organismo del individuo, evitando la frecuencia de la enfermedad y sus consecuencias, ahorrando simultáneamente los gastos de la repetición de las enfermedades muchas veces ya combatidas y, previniendo los males se disminuyen los individuos que necesitan recurrir a la beneficencia, estableciendo ahorro humano y ahorro económico. El aspecto que le hace merecer el juicio de dañina es porque la beneficencia pública recibe a todo el que se ampara de su bondad sin exigir del individuo la obligatoriedad de procurar por mantenerse bajo ciertas precauciones higiénicas, protegiendo además, el desempleo que deriva en vagancia y simulación, es este un juicio extremista pero de relativa realidad.

Estas nociones higiénicas de prevención con cimientos en la economía estatal han dado la obligación del Estado, para con el pueblo en una nueva función pública, la asistencia social, que encuentra en el seguro social una de sus bases, transformando la asistencia-caridad en asistencia-derecho. El seguro social, como función pública de higiene de beneficios colectivos, no puede estar sometido a las fluctuaciones de las instituciones privadas. Debe mantenerse prodigando beneficios nacionales bajo protección directa del Estado.

La protección la imparte basado en las profundas consecuencias económicas nacionales que el seguro mismo protege e impulsa. Todos los economistas están de acuerdo en aceptar, así como la lógica, que el perjuicio del trabajador incapacitado, que no produce, recae directamente en la producción; no puede haber producto, ni riqueza, si no hay quién la fabrique o la labore y para esto es necesario que la máquina humana trabaje con todas sus posibilidades de hacerlo. El concepto de que si no hay capital humano produciendo trabajo tampoco puede existir capital industrial, agrícola o cualquier otro produciendo riqueza, es su consecuencia. A esto se agrega que, económicamente hablando, no se debe considerar al elemento hombre en la unidad porque el producto de uno solo es exiguo, sino en la colectividad y, de la colectividad sólo puede velar el Estado como obligación y como razón de su existencia.

Y, es precisamente el florecimiento industrial y agrícola el que eleva el nivel económico de los pueblos, financia el estado físico del país y protege a

sus representantes. Ante tales premisas, es el Estado el que debe velar por el bienestar económico y social de su pueblo.

DECLARACION DE PRINCIPIOS DE LA CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL ⁽¹⁾

El conjunto de apreciaciones declaradas en esta primera Conferencia es todo ideales de justicia social. Se nota el convencimiento de la necesidad de un internacionalismo práctico encaminado hacia una concordia de naciones por un mundo nuevo. El socialismo científico impartido en cada país debe trascender fronteras y crear la democracia continental, con la básica idea que sin justicia social aquélla no existirá nunca.

Se aprecia también el acuerdo en la indispensable economía para impartir sus beneficios sin dejar de ser antes eficaces.

Y la amplitud con que persigue beneficiar al mayor número de individuos en las diferentes esferas que abarca.

Con presencia de las Delegaciones de 21 países del continente y Delegaciones de la Oficina Internacional del Trabajo y de la Oficina Sanitaria Panamericana, se emitieron los considerandos siguientes:

1º—Que la libertad y dignidad son atributos esenciales e inalienables de la personalidad humana.

2º—Que para gozar plenamente de las libertades fundamentales, de pensamiento, expresión y actividad, todo hombre y mujer debe estar biológica y económicamente protegido frente a los riesgos sociales y profesionales, en función de una solidaridad organizada.

3º—Que la aspiración común de las naciones americanas es el mejoramiento constante del bienestar espiritual y material de los individuos y familias.

Declarando:

I.—El establecimiento de la seguridad social y económica con bases en la lucha contra la miseria; en el aprovechamiento de los recursos económicos y técnicos hacia el logro de la justicia social; en que cada país debe crear, mantener y acrecentar el valor intelectual y físico de sus generaciones activas, preparar el camino a las generaciones venideras y sostener a las generaciones eliminadas de la vida productiva. "Este es el sentido de la seguridad social: una economía auténtica y racional de los recursos y valores humanos".

II.—Seguro social, con las siguientes partes:

a) Organizar la prevención de los riesgos cuya realización priva al trabajador de su capacidad de ganancia y de sus medios de subsistencia;

b) Restablecer, lo más rápida y completamente posible, la capacidad de ganancia perdida o reducida como consecuencia de enfermedad o accidente;

c) Procurar los medios de existencia necesarios en caso de cesación o interrupción de la actividad profesional como consecuencia de enfermedad o accidente, de invalidez temporal o permanente, de cesantía, de vejez o de muerte prematura del jefe de la familia.

III.—Un programa continental propagado de país en país hacia el éxito de los anteriores principios: y

IV.—Una aspiración mundial constituida por "su aporte a la solidaridad del mundo en la conquista del bienestar de los pueblos y al logro y mantenimiento de la paz".

De acuerdo con los principios citados se adoptaron las resoluciones siguientes:

A.—Unificación de los sistemas encaminados hacia la justicia social por medio de la generalización del seguro social obligatorio.

B.—Campo de aplicación y objetivo del seguro social enfocados hacia el asalariado y su familia, los trabajadores independientes, la cesantía de paro forzoso y establecer el tratamiento de débiles y enfermos aparentes o inaparentes con la incorporación del examen periódico de salud.

C.—Ampliación del seguro social a los trabajadores agrícolas, servidores domésticos y trabajadores independientes.

D.—Ampliación del seguro social a los trabajadores intelectuales económicamente débiles; consideración en espera de aplicación práctica.

E.—Seguro social contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

F.—Eficacia y economía de las prestaciones médicas y farmacéuticas del seguro de enfermedades, comprendiendo lo siguiente:

1º—Que el seguro de enfermedad debe otorgar una asistencia médica eficaz que proporcione a los asegurados y a sus familias todos los recursos de la ciencia moderna para el cuidado y fomento de la salud y para distinguir y tratar las enfermedades desde sus primeros síntomas; y, reconocen como medios conducentes a ese fin:

- a) Servicios prestados por médicos funcionarios debidamente capacitados;
- b) Los servicios y dependencias médicas reuniendo condiciones de amplitud, calidad y distribución;
- c) La participación activa en la lucha contra las enfermedades que por su etiología o frecuencia asume el carácter de sociales, epidémicas y endémicas.

2º—Que para mantener la eficacia de la asistencia y evitar que nuya el nivel apropiado y suficiente de sus prestaciones, es necesario analizar su otorgamiento, mediante la aplicación del principio de economía sin coartar la libertad de los médicos para orientar el diagnóstico y prescribir la terapéutica, permite obtener el mayor rendimiento con el mínimo de gastos. Y reconoce como elementos favorables para la economía de la asistencia:

- a) La adopción de métodos que garanticen la mayor seguridad en el diagnóstico y la selección de los medios terapéuticos menos onerosos entre los más eficaces;
- b) La medicación apropiada y suficiente que excluya las prescripciones innecesarias, excesivas y superfluas;
- c) La formación de directivas y la educación sobre los métodos más eficaces y a la vez económicos de tratamiento.

3º—Que en la organización técnica de las presidencias deben intervenir, en función de su propia responsabilidad, los médicos de las instituciones; y que éstas, cuando se trate de médicos funcionarios, deben propender al mejoramiento de su aptitud profesional, al incremento de sus posibilidades económicas y a la atribución, en cuanto ella sea posible, de beneficio jubilatorio.

Además, la conferencia solicita:

- 1.—El intercambio internacional de productos farmacológicos;
- 2.—La formación en todos los países de comités de racionalización, y de economía médica, con el encargo siguiente:

"...Elaborar y aplicar métodos uniformes de registro y estadística de los servicios, necesidades y formas de asistencia médica, para que por la simplicidad de su mecanismo sea un factor de economía y disciplina";

3.—La conferencia creará, a su vez, su propio comité de racionalización y economía médica, el cual coordinará y orientará en su labor a los comités nacionales, organizará encuestas y conferencias internacionales, participará ocasionalmente en experiencias de interés general, creará becas, hará estudios y publicaciones en concordancia con la línea de conducta y las actividades de la Oficina Internacional del Trabajo.

Continúan los capítulos con el establecimiento y reglamentación del seguro de invalidez; de la participación de patronos y obreros en la administración del seguro social; del mantenimiento de los derechos de seguros de las personas movilizadas; del estudio de los mejores métodos de coordinación técnica y funcional de los organismos de política social; de la organización financiera del seguro social y, de la unificación de informaciones bioestadísticas, acordando con respecto a ésta, que:

- a) Es necesario proceder a las unificaciones de las dichas informaciones, a fin de que las mismas sean internacionalmente comparables;

- b) Con referencia a las estadísticas de morbilidad y para que ellas sean eficaces y se obtengan resultados positivos, es indispensable recomendar el examen médico periódico;
- c) Para que las estadísticas a que se hace referencia en el punto anterior sean internacionalmente comparables, se hace necesaria la adopción, en los países de América, de medidas uniformes para la exploración médica en los exámenes biológicos y los análisis clínicos, como asimismo, unificar en lo posible los elementos de diagnóstico;
- d) Es necesario adoptar una nomenclatura que podría ser la internacional de causas de muerte, y adaptarla a los efectos de captar informaciones referentes a la morbilidad con el máximo de eficacia;
- e) El comité interamericano permanente de seguridad social deberá proceder al estudio de las nomenclaturas existentes, a fin de hacer la adaptación a que se refiere el punto anterior;
- f) A los efectos del conocimiento integral de una masa de población, se hace indispensable la sanción de leyes, por parte de los gobiernos, que establezca la obligatoriedad de levantar, decenalmente, por lo menos, censos generales de población.

Luego da la recomendación a todos los países de la necesidad de proceder a organizar la protección a la maternidad, a la infancia y a la adolescencia en sus aspectos económico, médico, social, jurídico y educativo, conforme un criterio estatal y un programa técnico general que contemple todos y cada uno de los capítulos en que se divide el problema, protección que deberá hacerse dentro del seguro social.

Continúa con la coordinación o unificación de los servicios de beneficencia y asistencia social con los servicios del seguro social, a fin de aumentar su eficacia y economía.

TROPIEZOS Y AVANCES DEL SEGURO SOCIAL

Tan amplios son sus beneficios, tan grande el número de favorecidos, tan extensas sus atribuciones, y, múltiples sus conexiones que los factores opuestos a la imposición del seguro social han formado series de series en todos los ambientes y todas las esferas sociales y económicas.

Los obreros mismos supusieron estafa y fraude ante tanto que se les ofrecía después de milenios de miseria y todo por una mínima fracción porcentual. La labor educativa llegó a ser un verdadero apostolado en la divulgación y difusión de ese inmediato futuro para ellos utópico. Revoluciones sociales científicas en provecho de los asalariados no podían ser realidades próximas.

En cuanto al Estado, necesitó la prueba del tiempo y el lento reconocimiento del éxito del seguro social extranjero para concebirlo como realizable. El tiempo ha transcurrido y con él han desfilado los más grandes estadistas,

visionarios de nuevos estados y nuevas situaciones en las situaciones económicas de las clases sociales. La inclinación de todas esas grandes cabezas dirigentes hacia la adopción del seguro social en una u otra forma ha sido un espaldarazo en la bondad del seguro y una obligación para los Estados que no lo tienen. Bismarck, Lloyd George, Masaryk, Venizelos, Stalin, Roosevelt y recientemente Avila Camacho en México han comulgado todos en la inaplazable necesidad de hacer conciencia social por una justicia social para el débil social.

Argüir inoportunidad e inadaptación como sucedió en otros tiempos, no tiene lugar en los actuales en que el convencimiento de su excelencia es indiscutible.

La oposición de los patronos no ha sido sino la voz de la explotación acaparadora hasta la fracción infinitesimal del producto. La inescrupulosidad y la inmoralidad se han visto desarmadas quedándose sin argumentos para crear más escollos. La vieja doctrina del libre juego entre el capital y el trabajo ha dado margen amplio a la colaboración e intervención del Estado que protegiendo, vigilando y cooperando le ha otorgado al seguro social personalidad en la economía nacional.

Emilio Boyer, jefe de gabinete de la dirección general de seguros sociales y de la mutualidad en Francia, ⁽¹⁾ exclamaba a finales de 1936: "No dejará ciertamente de constituir un motivo de gran extrañeza para el historiador y el sociólogo futuros, el conjunto de censuras y ultrajes, frecuentemente injustos, con que fué recibido este notable monumento jurídico y social, del cual se puede afirmar, sin exageración, que constituye el remate de la legislación social de Francia".

Para los mexicanos Avila Camacho ha afirmado con el seguro social "una herencia política vigorosa". ⁽²⁾

PARTICULARIDADES DEL SEGURO SOCIAL EN ALGUNOS PAISES

En esencia, el fin perseguido es el mismo, los sistemas de organización y estructuración más o menos los mismos, y, en general, sus características principales encauzan idénticos propósitos, pero la forma de iniciar su aplicación, tiene matices diferentes en ciertos países de particular interés para los que carecen del seguro social.

La imposición del seguro social en el Perú consideró en sus primeras observaciones la ausencia de elementos para satisfacer las prestaciones médicas. No tenían hospitales, consultorios, etc., y era indispensable poseer previamente centros de diagnóstico y tratamiento. La solución fué encontrada al restringir la exigibilidad de las cuotas porcentuales únicamente al Estado y al patrón, durante un tiempo prudencial para reunir cierto capital y construir los centros necesarios. Así, después de un año de labores administrativas, técnicas y financieras, después de gran número de hospitales,

(1) Primera memoria de la Caja de ahorros del Perú, pág. 7.

(2) *El seguro social en México*, primer grabado, 1943.

consultorios, etc., construidos, se exigió la cuota obrera y se dió amplio funcionamiento a las atribuciones asistenciales.

En otros países sudamericanos las prestaciones fueron las restringidas ya que se poseían centros asistenciales. Se cubrían las prestaciones de enfermedad, maternidad, subsidios de infancia o lactancia, muerte, viudedad y orfandad y se rezagaban para épocas próximas los de vejez, invalidez, desempleo, etcétera.

Luego, se ve que en México, una de las grandes ventajas del proyecto de ley confirmado, ventaja exaltada por la Oficina Internacional del Trabajo, fué el "haber moderado en forma tan cuidadosa el imperativo del seguro, que una vez decretado debe ser absoluto y categórico". La gran flexibilidad del proyecto permitió ser moderado en su aplicación previendo plazos prudentes sucesivamente alcanzados conforme con el ambiente económico, social y geográfico del país. La imposición de la ley principió exclusivamente por el distrito federal para que con experiencia y propaganda positivamente real y eficaz, exenta de visos experimentales, vaya difundiéndose en toda la nación.

Son estas formas escuetas y lacónicas de la interminable serie de facetas, con que la gigantesca humanidad del seguro social se tiende en pedazo que dignifica al proletariado dando paz en el espíritu y salud en su cuerpo.

TERCERA PARTE

"Todo está por decir, todo está por hacer..."

Romain Rolland.

EPILOGO

"La seguridad social llega a ser un derecho fundamental humano y como tal se esfuerza en alcanzar un reconocimiento universal. La persistencia de la pobreza y de la enfermedad prevenibles en un mundo potencialmente rico es tan intolerable como la esclavitud. La desidia de cualquier país en borrar estos males debe mirarse como un escándalo internacional." (1)

(1) "Seguro social y asistencia pública". Instituto Mexicano del Seguro Social.—Ponencia presentada al Primer congreso nacional de asistencia pública, 1943.

CONCLUSIONES

1º—"En la ciudad de Guatemala, el crecimiento de población en los últimos 20 años, la urbanización rápida de los sectores aledaños, y la falta de un aumento paralelo en los servicios de asistencia, protección social, sanidad y beneficencia públicas, han traído como consecuencia la agudización de la miseria y el abandono del obrero en una gravedad abrumadora." (1)

2º—Desconocemos en gran parte nuestro desequilibrio biológico, social y económico.

3º—Merecen estudio completo y solución urgente los siguientes problemas:

- a) El analfabetismo y el bajo nivel de cultura general;
- b) La formación de la educación higiénica popular hasta lograr la conciencia sanitaria;
- c) La higienización de la industria y hogar obreros;
- d) Elevar el nivel alimenticio del obrero y estudiar cada una de las investigaciones del sistema Bigwood;
- e) La producción lechera;
- f) Instruir al obrero en la inversión del salario y lograr el salario científico;
- g) La vivienda obrera;
- h) El saneamiento peri-urbano;
- i) El alcoholismo;
- j) La ilegitimidad de hijos;
- k) El indio; y,
- l) La bioestadística y la estadística general.

4º—La adopción del seguro social obligatorio sería un elocuente paso de civilización hacia la protección siguiente:

- a) Del estado económico y moral del 97.29% de la población activa;
- b) De la enfermedad obrera en toda su amplitud;
- c) De la maternidad por servicios prenatales y atención obstétrica durante y después del parto;

(1) Conclusión ampliada de su forma original, durante la revisión y estudio del proyecto de tesis, según dictamen del doctor Julio Roberto Herrera, designado por la Facultad de Ciencias Médicas.

- d) De la natalidad;
- e) De la mortinatalidad y mortalidad infantil;
- f) Del descenso de los coeficientes de morbilidad y mortalidad general;
- g) Del mejor funcionamiento de la salubridad nacional;
- h) Del desarrollo y solución de problemas médico-sociales nuestros;
- i) Del desarrollo más científico de la medicina; y,
- j) De un más alto nivel de vida de todo el país.

5º—Se impone la creación de un organismo que haga nacer e imparta la asistencia social, sustituyendo la beneficencia pública, y armonice esa nueva función con la beneficencia privada y la Sanidad Pública.

SUGESTIONES

- 1º—Divulgar en la Facultad de Medicina la medicina preventiva en la forma más conveniente y elevar la bioestadística a su categórica importancia vital.
- 2º—En tanto se adopta el seguro social obligatorio, establecer la medicina rural apoyada con estímulos económicos, técnicos y cívicos que hagan de este aspecto del servicio del médico ya no un infortunio para el que la acoja sino una satisfacción de necesidades científicas y económicas, además de una proyección amplia de utilidad nacional.
- 3º—Que mientras el trabajo de tesis reglamentario subsista, la Facultad propugne con apoyo y estímulo por que el asunto elegido proyecte conclusiones de utilidad nacional.
- 4º—Por que las enfermeras visitadoras sociales sean organizadas en formal sistema escolar de donde emerja en capacidad y número suficiente el elemento indispensable que eslabona la sociedad con el médico.
- 5º—Por que los médicos colaboren en la función social de que están investidos y contribuyan en la formación de estadísticas nosológicas.
- 6º—Por que el certificado de defunción sea un informe más científico en donde el diagnóstico de la causa de la muerte deje de ser en la mayoría de las veces una conclusión sindrómica por una etiológica, invirtiendo las respectivas proporciones actuales.
- 7º—Por que las municipalidades colaboren con los servicios de higiene pública.
- 8º—Por que la Sanidad Pública se eleve a la categoría de Ministerio de Salubridad Pública y Asistencia Social, desde luego que esta última debe crearse.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Alvarado, Jaramillo P.: *Situación del indio en el Ecuador*. Boletín de Previsión Social número 12, Quito, Ecuador.
- 2.—Amado, Mata G. Dr.: *La caries dental en las escuelas públicas de la ciudad de Guatemala*. Boletín Sanitario de Guatemala, 1936.
- 3.—Andrade, Marín C.: *Factor humano en el Ecuador*. Boletín de Previsión Social número 12, Quito, Ecuador.
- 4.—Aragón, Juárez O. Dr.: *Natalidad y mortalidad infantil en la ciudad de Guatemala*, tesis, marzo de 1944.
- 5.—Azmitia R., E. Dr.: *Contribución al estudio de la sífilis congénita precoz en Guatemala*, 1944. Tesis.
- 6.—Barahona Streber y Zurcher Acuña: *Aspectos teóricos y prácticos de los riesgos profesionales*. San José de Costa Rica, 1943.
- 7.—Benavides, Presidente del Perú: *Mensaje del 25 de marzo de 1939*.
- 8.—Bengoa Lecanda: *Medicina social en el medio rural venezolano*. Revista de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, octubre de 1940.
- 9.—Beveridge, Plan: Edic. Minerva. México, D. F. Traducción de V. Pérez.
- 10.—Boletín Sanitario Panamericano, editorial, noviembre de 1938.
- 11.—Boletín Sanitario Panamericano, editorial, junio de 1933.
- 12.—Boletín Sanitario de Guatemala, número 49: *Importancia y necesidad de la enseñanza de la medicina preventiva*.
- 13.—Boletín Sanitario de Guatemala, número 49: *Aporte al estudio del problema de la mortalidad infantil en la república de Guatemala*.
- 14.—Boletín Sanitario de Guatemala, número 49: *Consideraciones que se derivan del estudio de nuestras estadísticas*.
- 15.—Bonin Cugnod, P.: *Determinación en la sangre de los índices de color, volumen, saturación, etcétera, en personas sanas de la ciudad de Guatemala y su aplicación en la determinación de anemias*, 1942. Tesis.
- 16.—Balcárcel, Angel H.: *La vivienda de las clases pobres de Guatemala*. Boletín Sanitario de Guatemala, número 45.
- 17.—Caja de Ahorros del Seguro Social del Perú, 1ª memoria 1937
- 18.—Caja de Ahorros del Seguro Social del Perú, 2ª memoria 1938.
- 19.—Caja de Ahorros del Seguro Social del Perú, 3ª memoria 1939.
- 20.—Caja de Ahorros del Seguro Social del Perú, 4ª memoria 1940.
- 21.—Caja de Ahorros del Seguro Social del Perú, 5ª memoria 1941.
- 22.—*Cartas abiertas del sindicato de médicos cirujanos del D. F. de México, ante el Instituto Mexicano del Seguro Social*, "Sugestiones", revista número 101.

- 23.—*Censo urbano de la capital*. Análisis del levantado en 1938. Dirección general de Estadística, 1939.
- 24.—*Código de sanidad y sus reformas*. Sanidad Pública, 1941.
- 25.—Courmont, J.: *Precis de Higiene*, 3ª edición.
- 26.—Enciclopedia Espasa y Calpe, 1924, tomo número 17.
- 27.—Escamilla, J. L. Dr.: *Contribución al conocimiento de la propagación tuberculosa en Guatemala por medio de la prueba de Mantoux*. Tesis, 1941.
- 28.—Escudero, Pedro: *La tercera conferencia internacional de la alimentación*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, abril de 1940.
- 29.—Flores, N. Dr.: *Carencias nutritivas*, tesis, 1944.
- 30.—Herrera, J. R. y Gaitán, L. Dres.: *II día panamericano de la salud en Guatemala*. Boletín Sanitario de Guatemala, número 49.
- 31.—Gaitán, L. Dr.: *Otro paso firme más hacia adelante*. Boletín Sanitario de Guatemala, 1941.
- 32.—Gaitán L. Dr.: *Contribución al estudio de los problemas de mortalidad infantil y protección a la infancia en Guatemala*, 1935.
- 33.—*General Census and Vital Statistics in the Americas*, Washington, 1943.
- 34.—Herrera, J. R. Dr.: *Higiene rural*. Boletín Sanitario de Guatemala, 1942.
- 35.—Herrera, J. R. Dr.: *Anteproyecto de orientación*, Boletín Sanitario de Guatemala, 1941.
- 36.—Herrera Chávez, O. Dr.: *Contribución al estudio del recién nacido guatemalteco*, 1944.
- 37.—Larrea, Vallejo R.: *Servicio de asuntos indígenas*. Boletín de Previsión Social número 12, Quito, Ecuador.
- 38.—Le Roy, M. Ennis: *The Journal of the American Dental Association*, agosto 1943. *Studies of Drexell Institute*, Philadelphia.
- 39.—Linder, Forrest E. Dr.: *Manual de estadística vital*. Ministerio de Salud Pública, Montevideo, 1942.
- 40.—Iturbide, A. J. Dr.: *Influencia del paludismo durante la gestación y paludismo congénito, en la zona de Tiquisate*, 1941.
- 41.—Marroquín, E. y Gaitán, L. Dres.: *Una investigación realizada para determinar el papel de diseminadores de la infestación de nuestros suelos que debe atribuirse a las aves de corral y cerdos que se crían y cultivan en los patios de poblados rurales y rancherías de las fincas en lo que se refiere a parasitosis intestinal*. Boletín Sanitario. Guatemala, número 45.
- 42.—Millán, Alfonso Dr.: *El seguro social y el médico*, "Sugestiones", revista número 91.
- 43.—Millán, Alfonso Dr.: *El seguro social y los riesgos profesionales*, "Sugestiones", revista número 90.
- 44.—Millán, Alfonso Dr.: *Presentación del proyecto de ley del seguro social*, "Sugestiones", revista número 88.
- 45.—*Manual of international list of causes of death (5th revision) and Joint Causes of Death (Fourth edition)*, 1939, Washington.
- 46.—*Memoria y cuenta del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*, Venezuela, 1941.
- 47.—*Memoria de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público*, 1942.
- 48.—Owen, A. D. K.: *British Social Service, third revised edition*, 1943.
- 49.—Palomo h., A. Dr.: *Estudio clínico analítico de los casos de tuberculosis infantil*. Servicio de medicina de niños del Hospital General, 1942, tesis.
- 50.—Presupuesto General de Gastos de la Nación de 1944-45, Guatemala.

- 51.—Presupuesto General de Gastos de la Nación de 1942-43, Guatemala.
- 52.—Quintana, E. Dr.: *Alimentación del campesino*. Boletín Sanitario de Guatemala, número 50.
- 53.—Quintana, E. Dr.: *La mujer en el campo*. Boletín Sanitario de Guatemala, número 50
- 54.—*Quinto Censo General de Población de Guatemala, 1940*.
- 55.—*Reglamento de establos de vacas y de expendios de leche*. Sanidad Pública, 1937.
- 56.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo IV, página 463.
- 57.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo VIII, página 63.
- 58.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo XII, página 480.
- 59.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo XXVI, páginas 70 y 119.
- 60.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo XXVII, página 122.
- 61.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo XXXVIII, página 283.
- 62.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo XL, página 106.
- 63.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo XLII, página 85.
- 64.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo XLVII, páginas 586 y 665.
- 65.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo XLVI, página 506.
- 66.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo L, páginas 445 y 446.
- 67.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo LI, página 692.
- 68.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo LI, página 738.
- 69.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo LI, página 897.
- 70.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo LV, página 889.
- 71.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo LVIII, página 486.
- 72.—*Recopilación de Leyes de Guatemala*, tomo LX, página 81.
- 73.—*Recopilación de Leyes de Agricultura*, R. P. Méndez.
- 74.—*Código Civil*, reformas. 1935.
- 75.—Romero, H. Dr.: *Traabajo presentado en la Reunión Anual Americana de Salud Pública*, New York, 1943. Boletín Sanitario Panamericano de abril de 1944.
- 76.—*Su Seguridad*, revista de San José de Costa Rica, número 7.
- 77.—Suárez, Roberto Dr.: *Importancia de los servicios médicos que proporciona el Seguro Social al trabajador y su familia*, "Sugestiones", revista número 102.
- 78.—Salazar, F. Dr.: *Medidas antropométricas*. Boletín Sanitario de Guatemala, número 45.
- 79.—*Seguro Social en México*, 1943. Instituto del Seguro Social Mexicano.
- 80.—*Seguro social y asistencia pública*. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1943.
- 81.—Viteri, E. Lic.: *Estadística*, copias 1942.

PROPOSICIONES

Anatomía descriptiva...	Esternón.
Anatomía topográfica...	Región Inguino-abdominal.
Anatomía patológica y Patología general...	Lipomas.
Bacteriología...	Gonococo.
Botánica médica...	Digital.
Clínica quirúrgica...	Tubaje duodenal.
Clínica médica...	Auscultación cardíaca.
Física médica...	Termómetro clínico.
Fisiología...	Revolución cardíaca.
Higiene...	Vivienda.
Medicina legal y Toxicología...	Docimacia hidrostática.
Histología...	Tejido adiposo.
Obstetricia...	Embarazo ectópico.
Patología general...	Fiebre.
Patología quirúrgica...	Hernia crural.
Patología médica...	Insuficiencia cardíaca.
Patología tropical...	Anemia secundaria.
Pediatría...	Esplenomegalia infantil.
Psiquiatría...	Demencia alcohólica.
Táctica operatoria...	Hernia crural.
Química biológica...	Eritrosedimentación.
Química inorgánica...	Hierro.
Química orgánica...	Alcohol etílico.
Terapéutica...	Digitalina.