

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Proyecto de Organización para Casas de Convalecientes

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FA-
CULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA,

POR

Werner Ovalle López

Ex-interno del Hospital San José; 2ª Medicina de Mujeres; Ex-interno del Hospital General; 3ª Cirugía de Hombres; 4ª Medicina de Mujeres; Medicina de Niños.

Ex-interno del Sanatorio de Niños Débiles "Elisa Martínez de Arévalo"; Ex-residente por oposición del Departamento de Pediatría del Hospital General; Ex-interno de la Consulta de Venereología; Ex-practicante del Servicio Médico Forense; Ex-Jefe del Servicio de Curaciones de la Cruz Roja Guatemalteca; Ex-Médico asistente de la Guardería Infantil N° 2; Supervisor Médico de Guarderías Infantiles.

Ex-Presidente de la Asociación de Estudiantes de Medicina; Ex-Presidente de la Federación Estudiantil Centroamericanista; Ex-Delegado de la FEU al Primer Congreso Universitario Centroamericano; Ex-Jefe de Redacción de la Revista de la Juventud Médica; Ex-Secretario de la Asociación de Estudiantes de Medicina; Ex-Secretario de la Asociación de Practicantes Internos; Ex-Miembro del Colegio Electoral de Medicina; Ex-Secretario del Colegio Electoral Estudiantil; Ex-Director del Seminario de Bienestar Estudiantil. Ex-jefe de redacción del vocero Estudiantil.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1953.

INTRODUCCION

A través del tiempo y de la historia, la ciencia pervive en constante período de evolución, como fruto continuo de la inquietud humana y como resultado inmediato del entusiasmo investigador y de la búsqueda infatigable. Es así que la Medicina, derivada inicialmente como impulso de la caridad, ha pasado por esa metamorfosis incontenible y justa que supo colocarla a la altura de un derecho y de un imperativo social. Por eso la ciencia médica contemporánea, evidentemente compenetrada de su función ante la humanidad, acuerpa con firmeza y antepone categóricamente lo colectivo a lo individual, de tal manera que lo que otrora fuera bien aislado y discriminativo, se ha convertido en manifiesto beneficio para la sociedad.

René Sand, ilustre sabio belga, definía a la Medicina Social como la parte de las ciencias sociales que estudia los factores médicos que intervienen en las cuestiones sociales, o, si se quiere, los factores sociales que influyen en las cuestiones médicas. De aquí deriva que el Doctor Germinal Rodríguez, médico argentino, haya llegado a la conclusión de que la Medicina Social se ha elevado con el tiempo del simple motivo de atender colectivamente a los enfermos, al más grande, de estudiar todos los factores sociales que tiene ingerencia en los problemas médicos, originando, hasta cierto punto, una verdadera Sociología Médica en lugar de una Medicina Social.

A medida que las naciones han evolucionado y que científicos de indiscutible actitud humanística han enfocado con claridad y con firmeza las necesidades y los vicios de la colectividad, la Medicina social se ha impuesto como ciencia oportuna y pluriforme, cuya misión maravillosa no se queda en el simple hecho de analizar estadísticas de mortalidad, dictar medidas sanitarias o determinar científicamente los factores sociales que inducen al crimen, al vagabundaje y a la prostitución, sino que alcanza aún a escrutar las leyes de la herencia e investigar otros factores para la superación eugénica de los pueblos.

De aquí que la Medicina Social posea una apasionante vigencia universal contemporánea y que se plantee para todos los países, como una cuestión siempre actual y progresiva, determinante del mejor estado físico, y lógicamente neuro-psíquico de los conglomerados humanos.

En los países de la tierra cuya evolución social y cultural se acerca a la integridad en mayor grado, la Medicina Social se encuentra en envidiable situación y proyección nacional, con normas y fines perfectamente delimitados dentro de cada realidad étnica, biológica y geopolítica. Sin embargo, la ciencia en sí es

PLAN DE DESARROLLO

- I—Introducción.
- II—Concepto de la Convalecencia.
- III—Las Casas de Convalecientes
- IV—Caracteres y Organización. Personal. Relaciones. Funcionamiento.
- V—Conclusiones.

una, de actividad múltiple pero de meta indivisible, condicionada a la orientación y al desarrollo propios de cada nación. Y es indudable que casi la totalidad de sus aspectos son adaptables universalmente, ya que las variantes evidentes son escasas y sin mayor trascendencia.

En Guatemala, desde hace algunos años — y como fruto innegable de transformaciones fundamentales dentro de lo político y dentro de lo colectivo—, la Medicina Social se ha ido abriendo paso como un imperativo de superación. A las viejas, anacrónicas ideas de que curar a un enfermo constituía un acto de exclusiva caridad, ha sustituido el concepto justo de que todo elemento humano tiene el derecho de estar sano y la sociedad el deber imperativo, la obligación de garantizar la salud ciudadana para su propia seguridad.

La Medicina Social se ha manifestado entre nosotros, evidentemente, con la creación del Seguro Social, de las Guarderías y Comedores Infantiles, de los Hogares Temporales, de las Casas Cuna, del Servicio Materno-Infantil recién inaugurado, etcétera. Así mismo puede decirse que también se ha manifestado con la reorganización de instituciones ya existentes pero aún no actualizadas, entre las que se podría enumerar a la mayoría de los restantes centros asistenciales del país. Pero la enumeración halagadora que se ha hecho, no debe considerarse como una manifestación de enorme progreso o de magnificencia asistencial, sino que, antes bien, es preciso indicar que nuestras necesidades médico-socio-asistenciales han sido llenadas parcial y tardíamente. Parcialmente: porque las instituciones ya fundadas son insuficientes en número total y en capacidad por unidad; tardíamente: porque las conquistas que enorgullecen nuestro sentir a mediados del siglo veinte, son las mismas que hace un siglo halagaron plenamente a muchos otros países de la tierra.

Pero no debo hacer consideraciones extratemáticas, puesto que habría que analizar una serie de factores diversos que han contribuido al estado actual de la asistencia social guatemalteca, que si bien no es profundamente deplorable si se puede juzgar como aún no adaptada correctamente, plenamente, a las circunstancias y requerimientos de nuestra nación.

El trabajo que procedo a desarrollar se coordina entonces, según las líneas escritas, con la Medicina Social, por una parte; y por la otra, contribuye directamente a la aplicación inmediata de la ciencia médica en sus manifestaciones puras, puesto que, como veremos en el desarrollo de la presente tesis, una Casa de Convalecientes enfoca factores sociales y factores terapéuticos específicos para los pacientes. Y el más fervoroso deseo que cobijo, es que el proyecto que expongo, modesto pero de intenciones benéficas puras, pueda ser aceptado en el futuro por las autoridades asistenciales, a efecto de que su realización desempeñe el papel de una positiva conquista para el progreso de la salud pública de nuestro país.

CONCEPTO DE LA CONVALECENCIA

Para poder comprender la intención y alcanzar el tema que se va a desarrollar, es conveniente determinar, con alguna precisión, el concepto de Convalecencia, para los fines de su aplicación en el presente trabajo.

Genéricamente se denomina Convaleciente a aquella persona que habiendo pasado el período agudo de una enfermedad, aún no se encuentra capacitada para reasumir su vida y sus actividades habituales, de manera que la Convalecencia, según categórica concepción del Doctor Cardenal, se considera al período intermedio entre la enfermedad y la salud, durante el cual el organismo repara las pérdidas sufridas en el transcurso de la primera y se restablecen progresivamente todas sus funciones. Ya otro autor, sintéticamente, había indicado que “convalecer es retornar a la salud, saliendo de la postración o del peligro”.

El problema de la Convalecencia es tan importante — en algunos casos mucho más importante — que el período propiamente de estado de la enfermedad. Para ningún médico constituye un concepto nuevo el hecho de que en numerosas enfermedades, especialmente las infecto-contagiosas, el período de Convalecencia constituye una etapa definitiva en la evolución de las mismas, ya que durante ella las recaídas se consideran frecuentemente como posibilidad de funestos desenlaces; por otra parte, prestigiosos y autorizados maestros de la medicina, han recomendado con insistencia el control de los pacientes que convalecen con el mismo — o mayor grado — de acuciosidad, con el objeto de poder garantizar con eficiencia un progresivo retorno a la salud. A pesar de estos conceptos, la Convalecencia no ha sido enjuiciada y considerada con el suficiente interés desde el punto de vista médico-social, lo que origina la reincorporación a la Sociedad de elementos que aún no se encuentran completamente sanos o de individuos que hasta pueden calificarse como propagadores de gérmenes patológicos por impreciso estado de salud, tal como sucede con la difteria, tifoidea, salmonellosis, shigellosis, etc., constituyendo por ello un peligro para la comunidad.

La Convalecencia principia inmediatamente después de la fase aguda de la enfermedad o del trauma y termina hasta que el paciente se encuentra completamente curado o rehabilitado, de manera que la duración varía con la naturaleza de la afección propiamente dicha y con el poder recuperativo del individuo.

Para una mejor comprensión de la Convalecencia es preciso indicar, con el Doctor Herman Zaseela, que puede ser dividida en varias fases. La primera fase, o fase inicial, comienza cuando el paciente aún permanece hospitalizado y se encuentra en el período inmediato a la fase aguda máxima de la enfermedad; así

por ejemplo, para una paciente con apendicitis aguda, la primera fase principia casi inmediatamente después de que el apéndice es extirpado; de la misma manera, para un paciente que padece de un tumor, la convalecencia se inicia inmediatamente después de que este es removido; y para un paciente con neumonía o con fiebre tifoidea, la convalecencia puede comenzar desde el preciso momento en que la temperatura retorna y se mantiene en una cifra normal. Durante esta primera fase de la convalecencia que ha sido descrita, el paciente necesita todavía de la atención en un medio hospitalario por una o más razones; a saber: 1) — porque las medidas terapéuticas pueden ser demasiado complicadas y requerir equipo y personal especializado; 2) porque la recaída y las complicaciones pueden ser más comunes durante esta fase y el paciente quiera, por lo tanto, una observación cerrada cuidadosa de parte del médico y de las enfermeras; 3) porque aunque esta fase puede iniciarse en forma gradual, es posible que no se manifieste sino hasta varios días o semanas de haberse iniciado la enfermedad.

La Segunda Fase de la Convalecencia principia arbitrariamente en el momento en que el paciente es egresado del Hospital, sea hacia su hogar o hacia una institución que lo provea de cuidados específicos durante la convalecencia. Durante esta fase, el tratamiento y la observación médicas son requeridas pero ya en grado mucho menor, predominando la importancia de los cuidados dietéticos, a menudo con dietas especiales, pero muy frecuentemente con suplementos calóricos y vitamínicos. Pero todavía tienen más importancia que lo anterior, los reajustes psicológicos provocados por el cambio brusco que sufre el paciente, cuando de la comodidad y el ambiente protector que lo rodea en el hospital es expuesto nuevamente a las demandas económicas y sociológicas de la vida diaria. En algunos casos las molestias y los disturbios que establece esta época de transición, pueden ser más importantes para el futuro del paciente que la misma dura experiencia de la enfermedad en su fase aguda.

Aunque los diversos autores han clasificado la Convalecencia desde un punto de vista personal, todas las clasificaciones que hasta hoy ha sido dable consultar, se fundamentan en la categoría misma de la enfermedad, agrupada a su vez dentro de las extensas ramas de la ciencia médica. Pero se puede afirmar con el Doctor Charles L. Dana que son cuatro los tipos genéricos de convalecientes: médico, quirúrgico, neurológico y pediátrico. Dentro de estos tipos, que podrían aceptar correctamente numerosísimas subdivisiones, se engloban todos los demás de tipo especializado. Y debo advertir, además, que desde el punto de vista obstétrico no se ha hecho ninguna consideración específica, ya que la maternidad se considera un proceso humano de estricta calidad fisiológica — por cierto una de las más complejas y admirables estancias de la fisiología — y los casos patológicos ya entran a formar parte de uno u otro de los tipos fundamentales enumerados: médico, quirúrgico y neurológico. Así por ejemplo, una

paciente sometida a intervención cesárea abdominal, desarrollará un período de convalecencia quirúrgica, y no de convalecencia obstétrica.

Después de lo expuesto debemos hacer constar enfáticamente que en general y desde el punto de vista médico-clínico, no puede establecerse numéricamente expresado, en factor tiempo, la duración de la convalecencia. Esta será variable según la naturaleza de cada padecimiento o enfermedad. Asimismo, deseamos consignar que para el propósito de Casas de Convalecencia, este concepto puede ampliarse dentro de su categoría, a pacientes de enfermedades crónicas que debidamente diagnosticadas en un Centro Hospitalario y con sus prescripciones higieno-dietéticas y medicamentosas, podrían beneficiarse al continuar su atención en tales organizaciones.

De esta suerte algunas enfermedades crónicas, por ejemplo tuberculosis, son por ello atendidas en instituciones similares; realmente eso es lo que sucede, los Sanatorios para pacientes tuberculosos son en cierta forma Casas de Convalecencia. Y en la misma forma lo son los Sanatorios para reumáticos, cardíacos y otros.

En nuestro país existe otro problema de gran trascendencia médico-social, como es el de los enfermos con perturbaciones de tipo nutricional, particularmente los llamados Policarenciados, Hipoproteinémicos, etc. Este vasto conglomerado no es posible que reciba cuidados hospitalarios por tiempo suficiente debido a su cuantía numérica y en cambio se podrían beneficiar de Centros como los que aquí se proponen.

EN RESUMEN:

- 1) Convaleciente es toda persona que habiendo pasado el período agudo, aún no se encuentra capacitado para resumir su vida y actividades habituales.
- 2) Convaleciente es el que ha pasado una enfermedad infecto-contagiosa y que puede albergar gérmenes patológicos (portadores sanos);
- 3) Convaleciente es la persona que aún requiere atención que solo pueden ser prestada en medio hospitalario o que necesita de cuidados dietéticos especiales y reajustes psicológicos.
- 4) Queremos sentar la tesis de que muchos pacientes con enfermedades crónicas, aunque no son verdaderos convalecientes, se beneficiarían de ser tratados y vigilados en estas instituciones específicas (tal es el caso de los cardíacos, nefróticos, reumáticos, enfermos del metabolismo, desnutridos, etc.

LAS CASAS DE CONVALECIENTES

A pesar de que todos los médicos reconocen el interés cardinal de la convalecencia, frecuentemente esta fase evolutiva de las enfermedades es descuidada. En nuestro medio, por ejemplo, debido a urgencias evidentes, en gran mayoría de casos los pacientes son egresados del Hospital cuando solamente han finalizado la primera fase de la convalecencia. De este hecho, indudablemente, no se puede culpar, bajo ningún punto de vista, al cuerpo médico que presta sus servicios en los Centros Hospitalarios, ya que eso se hace porque siempre existe un gran número de pacientes en período agudo de enfermedad, que, lógicamente, necesita ser atendido en primer término. Pero si existiesen instituciones que específicamente estuviesen destinadas al cuidado exclusivo de la convalecencia, es indudable que los Hospitales se descongestionarían y que la asistencia médica para el pueblo adquiriría un nivel adecuado, superior y de más vasto horizonte. A esto se agrega, como se indicó en el capítulo anterior, que por extensión, en las Casas de Convalecencia se puede aplicar los mismos cuidados a pacientes crónicos que requieren atención similar.

El interés por el cuidado institucional del convaleciente, que ahora me he permitido plantear, ha sido enfocado en forma directa y responsable en países cuyo nivel asistencial guarda un indiscutible grado de eficiencia. Tal por ejemplo los Estados Unidos de Norteamérica, donde se estableció la primera Casa de Convalecencia en 1872 en la ciudad de Brooklyn; en 1900 existían en la nación del norte 10 Casas para Convalecientes; en 1929, solo en Nueva York, existían 31 Casas para Convalecientes, y en 1940 fueron establecidas 6 más, con un total de 37 Casas solo en el mismo estado. Otro dato estadístico interesante nos lo da la Gran Bretaña, en donde, en el año de 1930 existían funcionando 431 casas para convalecientes.

En cuanto a los distinguidos profesionales que han enfatizado el cuidado del convaleciente como de importancia fundamental, pueden ser anotados los nombres del Dr. Frederick Brush, de Nueva York; el Dr. John Bryan de Boston y el Dr. Herman Zaseela del Mount Sinai Hospital.

Todos ellos, a lo largo de numerosos artículos, ensayos y conferencias, han diseminado y despertado el interés profesional, público y privado en pro de la Convalecencia.

La casa para Convalecientes es una institución cerrada cuyo objetivo primordial es atender al paciente durante la convalecencia, pero que por extensión, como ya se ha repetido, puede aplicar sus beneficios a algunos enfermos crónicos. En su desarrollo y

funcionamiento debe ser una institución que está relacionada directamente con los Hospitales Generales, cuando se trata de un organismo público, y con los Sanatorios privados, cuando se trata de una Casa particular. Con su establecimiento se logra, además de la supervigilancia médica completa y del tratamiento adecuado de la enfermedad, evitar la superpoblación de los hospitales. En nuestro medio tendrían la ventaja de que podrían adaptarse viviendas particulares para convertirlas en Casas de Convalecientes, que estarían en relación directa con los centros hospitalarios, a través de los cuales se haría la selección de los pacientes. Cuántas personas con padecimientos crónicos, de evolución torpida, dejarían las salas del Hospital, cediendo el sitio a cuadros de carácter agudo! Por otra parte, muchísimos enfermos al ser egresados del Hospital, aún no completamente sanos, encontrarían un lugar de curación definitiva y de alivio en una Casa de Convalecientes, redundando esto en innegable beneficio para la sociedad y para el país.

La situación ideal sería establecer Casas de Convalecientes conforme a la clasificación de la convalecencia anotada anteriormente, es decir, para pacientes médicos, quirúrgicos, neurológicos y pediátricos, pero en nuestro medio podría fundarse una institución central con varios de esos departamentos. Y con el transcurso del tiempo, podría pensarse en el establecimiento de unidades específicas para cada tipo de paciente, lo cual facilitaría el trabajo y aumentaría el beneficio social desde el punto de vista técnico.

Respecto al ángulo puramente económico, que justamente es uno de los factores fundamentales, las Casas de Convalecientes anotan en su favor varias ventajas, a saber:

- a) El costo de manutención de cada paciente estaría reducido a un mínimo de lo que se gasta en un centro hospitalario;
- b) El personal para atender a los pacientes estaría disminuido considerablemente respecto al hospitalario, lo cual, lógicamente, es ventajoso en nuestro medio, dada la escasez de personal técnico; y por otra parte, económicas puesto que es menos la cantidad de salarios.

Desde el aspecto médico, el interés fundamental de una Casa de Convalecientes reside en la facilidad de seguir técnicamente la evolución de todos los casos, acumulando conocimiento y experiencia; por otra parte, los enfermos reciben atención integral indiscutible. Se dan casos de pacientes que habiendo sido egresados de los hospitales, con prescripciones terapéuticas inmediatas para ser continuadas en su hogar; por razones diversas, esas indicaciones no son cumplidas. Además, no se justifica, por su elevado costo, la permanencia de pacientes crónicos en hospitales, cuando pueden ser atendidos igual en aquellos centros.

De esto se desprende, que aunque el paciente haya recibido una atención perfecta durante su permanencia hospitalaria, no se obtienen los resultados deseados debido a desatención durante el resto de su enfermedad.

En un momento determinado, las estadísticas indicarán los beneficios auténticos que se logran con un seguimiento cuidadoso y técnico de la convalecencia.

En cuanto se refiere al aspecto estrictamente social, ya he insistido numerosas veces en la garantía absoluta que se derivaría para todo paciente que fuera atendido en forma adecuada, ante todo porque descartaría la posibilidad de reincorporar a la sociedad a elementos que aún no se encuentran en completo estado de salud, evitando las recaídas, la cronicidad o simplemente la participación de débiles físicos o psicológicamente inadaptados, las actividades de un conglomerado que necesita un factor humano sano, pujante y garantizado.

IV

CARACTERES Y ORGANIZACION DE UNA CASA DE CONVALECIENTES

Consideraciones generales:

Aunque es preferible que una institución como la que estudiamos se encuentre situada en lugares extra-urbanos, pueden adaptarse, como ya se dijo, casas particulares citadinas. Cuando tengan localización extra-urbana, de preferencia serán escogidos sitios de amplitud adecuada, con agua potable, drenajes, luz eléctrica, aire libre y abundante campiña; y fácilmente accesibles para automóviles o autobuses.

El tamaño en algunos casos puede ser regido por el tipo de enfermedad cuando se trate de casas específicas; pero en general debe considerarse como tamaño ideal el de una institución que pueda dar albergue a cincuenta o sesenta individuos. En caso de que no se quiera instalar una casa de grandes proporciones, deberá estar construída por unidades múltiples que tengan cada una la capacidad citada, es decir, para cincuenta o sesenta unidades. Las unidades para cada cuarto pueden variar según los casos, los dormitorios para niños deben hacerse por el sistema de filas, colocando pocas camas en cada una. En todos los casos es necesario considerar el espacio higiénicamente suficiente para cada persona.

El equipo de las casas para convalecientes debe tener amplitud y confort, sin extravagancia. Debe estar proveída convenientemente de servicio sanitario, baño, biblioteca y cuartos de recreo para los pacientes. En algunas instituciones extranjeras se considera conveniente establecer facilidades para aislamiento, con miras a la atención de ciertos tipos de enfermedad.

El comedor, en caso de que esté localizado en otro edificio tiene que estar conectado por un pasadizo cubierto con los dormitorios.

La cocina será una dependencia perfectamente higiénica, supervigilada por un dietista, principalmente cuando hay huéspedes que requieren tal atención especializada.

Contribuye a mejores frutos el poseer un gimnasio y campos de deporte, ya que las instituciones que describimos no solo son restaurativas sino también contribuyen al mejor desarrollo físico y espiritual.

Debe tener una clínica de control equipada de la mejor manera posible, a la cual debe agregarse, para más eficacia en los servicios, un equipo fisioterápico.

Organización:

En determinadas circunstancias la Casa de Convalecientes puede estar bajo la dependencia directa del Ministerio de Salud

Pública y Asistencia Social; pero en otras ocasiones, para lograr cierta autonomía en su funcionalismo, es más deseable que se integre un Patronato encargado de su supervisión. En tal caso el Director Técnico de las Casas de Convalecencia fungirá como director médico de los patronatos, y sería el nexo directo con dicho Ministerio.

El patronato estará formado por un número determinado de personas que representen al gobierno, a la sociedad y al cuerpo médico que labora en la institución.

Cada casa de Convalecencia tendrá su patronato específico que será el encargado de las siguientes atribuciones:

- a) Organización, nombramiento y control de personal;
- b) Supervisión del funcionamiento.
- c) Control y manejo de los fondos;
- d) Autorización de la erogaciones.

El patronato estará integrado en las siguientes proporciones:

- a) Un director del Patronato, que es el Director de la o las instituciones de Casas de Convalecencia.
- b) Un representante oficial por cada dos representantes de la sociedad:
- c) Un representante médico por cada tres representantes del grupo anterior. Los miembros constituyentes del Patronato elegirán su Directiva cuya integración estará reglamentada.

PERSONAL:

Cada Casa de Convalecencia, deberá en términos generales, contar con el siguiente personal técnico:

- 1) Un Director técnico, que puede ser quién a la vez dirija las actividades de otras casas similares;
- 2) Dos o tres médicos residentes encargados del control médico de los pacientes;
- 3) Una enfermera graduada;
- 4) Tres enfermeras auxiliares;
- 5) Personal administrativo;
- 6) Un dietista;

PERSONAL ADMINISTRATIVO:

- 1) Director Administrativo.
- 2) Personal auxiliar; Secretaria, Porterías, cocineras, sirvientas, etc. Las facilidades de Laboratorio serán proporcionadas por las instituciones de las cuales sean subsidiarias las Casas de Convalecencia.

Entre los dos departamentos debe existir absoluta independencia y una reglamentación específica determinará la coordinación y relaciones entre ambas para permitir un funcionamiento armónico sin interferencia.

RELACIONES

Dos relaciones fundamentales se establecerán para una Casa de Convalecientes: el Hospital y el Servicio Social.

El Hospital que es directamente responsable del tratamiento de un caso mientras el paciente está bajo su control, sigue siendo teóricamente responsable de él cuando se le transfiere a una casa de convalecencia. Por otra parte, ya se dijo en párrafos anteriores que son los médicos del Hospital quienes determinan en un momento dado, qué pacientes deben ser internados en una Casa de Convalecencia.

El Servicio Social guardará una relación importante con las Casas de Convalecencia, puesto que es la entidad indicada para conocer la situación socio-económica de cada paciente, con el objeto de resolver si será atendido en un servicio público o si tiene posibilidades de convalecer correctamente en otro lugar o mediante una cuota.

Si durante la permanencia de los pacientes en las Casas de Convalecencia, presentan exacerbaciones, complicaciones, u otra condición aguda, serán trasladados nuevamente al Hospital de donde proceden, a efecto de que se hagan los estudios clínicos o exámenes necesarios, así como el tratamiento adecuado hasta que esté en condiciones de poder regresar.

FUNCIONAMIENTO:

Los casos seleccionados, se envían de los Centros Hospitalarios, con observación clínica completa e indicaciones terapéuticas precisas, las cuales se cumplirán estrictamente durante su permanencia en la Casa de Convalecencia.

El paciente será egresado cuando lo juzgue conveniente el médico asistente, de común acuerdo con las indicaciones del médico que prescribió el tratamiento.

Cada paciente, independientemente de la observación enviada por el Hospital, tendrá un registro específico completo, que incluirá la anotación del cuadro clínico encontrado por el médico asistente en el momento de ingreso; el record del tratamiento instituido; curva febril, curva de peso, hoja de evolución, de dietas, exámenes, etc.; mayores datos requerirá el registro de pacientes de índole especial, como cardíacos y diabéticos, etc.

El Médico Asistente pasará visita diariamente a todos los pacientes y llevará a cabo personalmente ciertas medidas terapéuticas que requieran su intervención profesional.

El dietista supervigilará el régimen alimenticio de todos los enfermos.

Cuando la Casa de Convalecencia es de tipo especializado, el Médico Especialista impartirá las órdenes necesarias y supervigilará las aplicaciones terapéuticas. *

Considero innecesario y extemporáneo incluir en esta tesis las actividades detalladas del personal restante, ya que esbozadas las fundamentales, las otras son obvias.

* Todo lo expuesto en lo que atañe a organización fundamental de las Casas de Convalecencia debe considerarse como una pauta o referencia que se modificará de acuerdo con las circunstancias.

V

CONCLUSIONES

I—La Convalecencia es un período importante en la evolución de una enfermedad, y necesita atención integral.

II—Las Casas de Convalecientes constituyen una urgencia asistencial que permitiría un mejor servicio médico-social para el pueblo.

III—En el aspecto médico, las Casas de Convalecientes permiten seguir correctamente la evolución y terapéutica de muchas enfermedades, garantizando absolutamente la salud de los pacientes al egresar del Hospital.

IV—Desde un ángulo puramente social, las Casas de Convalecientes evitan que pululen dentro de los núcleos sociales, personas que todavía no se encuentran completamente capacitadas para sus actividades habituales.

V—Las Casas de Convalecientes contribuirían en nuestro país a evitar la superpoblación hospitalaria, descargando pacientes cuyo estado no amerita hospitalización.

VI—Dada la posibilidad de adaptar casas particulares, las Casas de Convalecencia podrían establecerse en casi toda la república.

VII—Las Casas de Convalecencia son factibles de realización en el medio guatemalteco, por su importancia técnica, su bajo presupuesto y su amplio beneficio social.

VIII—El establecimiento de Casas de Convalecencia no requiere presupuesto ni esfuerzo sobrehumanos, sino simplemente buena voluntad, interés y comprensión de las autoridades asistenciales.

WERNER OVALLE LOPEZ.

Vº Bº

DR. C. M. MONSON M.

IMPRIMASE

DR. C. M. GUZMAN

DECANO