UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

Crítica a los Hospitales Departamentales y sugerencias para mejorar sus servicios

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por

JOSE VICTOR ROMA E.

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO.

GUATEMALA, FEBRERO DE 1958.

PREFACIO

Presentaré mi trabajo dividido en tres secciones: en la primera se harán consideraciones generales y se pondrá para término de comparación la descripción somera de un hospital ideal. En la segunda seción se presentará un análisis de los hospitales departamentales en su estado actual con comentarios al respecto y en la tercera se harán algunas sugerencias para posibles cambios que mejorarían el servicio de dichos hospitales.

Mi trabajo no será el Non Plus Ultra de su género, pero es tan absolutamente necesario hacer algo para mejorar la asistencia médica departamental, que me sentiré satisfecho si tan sólo consigo despertar el interés de quienes por sus conocimientos o posibilidades ejecutivas puedan llevar a cabo la fórmula exacta para hacer perfecta la obra ahora tan defectuosa.

PRIMERA PARTE

GENERALIDADES

El concepto de hospital ha variado fundamentalmente en pocos años. Hubo un tiempo en que se podía definir un hospital diciendo que era un lugar donde se recluía pacientes para ser tratados de la enfermedad que los obligaba a hospitalizarse. Por bondad, tal vez se les curaba de alguna otra condición morbosa notoria.

Actualmente el hospital es un lugar donde se tratan pacientes recluyéndoles o no, se les atiende en la mejor forma posible y se les devuelve la salud en el sentido más amplio de la acepción, comprendiendo la salud física, la salud mental y hasta si pudiésemos usar las siguientes palabras, diríamos: la salud social, refiriéndonos en este caso al papel de rehabilitación y al trabajo de la sección de trabajadores sociales que es obligatoria en los hospitales modernos.

También tienen otra función sumamente importante, igualmete considerada obligatoria, que es la función docente. Cuando se ejerce en su más mínima expresión trata de conseguir el perfeccionamiento de el personal hospitalario.

Otras veces es el eje de funcionamiento de un hospital como en el caso de los hospitales universitarios. Y entre estos extremos hay muchos grados, pero todos, en mayor o menor escala, deben desarrollar labor docente.

Con el concepto antiguo cualquier solar con unas pocas adaptaciones podía ser un hospital. Ahora ya no: una empresa hospitalaria es una concatenación de funciones diversas que tienden a hacer —lo mejor y lo más posible por cada enfermo a su cargo—. Se necesita una parte material: edificio, instalaciones, equipo. Un personal y un

presupuesto para realizar todos los programas por desarrollar. Cada uno de los tres aspectos —físico, económico y funcional— tiene requisitos mínimos sin los cuales el hospital no está cumpliendo bien su función, la cual es resultante de la suma de las funciones profundamente interrelacionadas de los tres lados del problema.

Este se puede encarar en forma unilateral por las ciencias a las que les corresponde alguna de las particularidades del conjunto, pero no es esa clase de estudio altamente especializado el que yo pretendo hacer, sino dar una mirada a los hospitales departamentales desde sus varios puntos de vista, con todas las limitaciones que la falta de tiempo, dinero y preparación especializada le impondrán al trabajo. Aunque de manera sucinta voy a dar una descripción de lo que debe ser en teoría, un hospital, y cómo se clasifican éstos, lo que ayudará a situar en su respectivo lugar los hospitales que estudiaremos.

La labor médico-quirúrgica es el centro de la actividad de un hospital necesitando el apoyo y complemento de múltiples otras actividades para ser lo mejor posible. Por eso todo es importante en él. Unas cosas más que otras, pero un defecto de cualquier clase disminuye la calidad de trabajo total.

Por eso, desde el edificio hasta el máximo especialista, todo debe ser científico. Los edificios dan lugar a clasificar los hospitales en horizontales, verticales y mixtos, según sus dependencias se extienden en superficie o que unas sobre otras, en diferentes pisos, se eleven hacia el cielo. Siendo mixtos cuando agrupan ciertas dependencias en pisos y otras de diferente clase se extienden horizontales. Cualquiera que sea su tipo, debe llenar el "Standard mínimo necesario". El American College of Surgeons de Norte América en su primer punto de bases para un hospital, dice: "Debe poseer un moderno edificio, libre de peligros y propiamente equipado para la comodidad y el cuidado científico de los enfermos".

Es de interés pues, que al revisar nuestros hospitales veamos cómo están sus edificios y, que guardemos en mente la idea de que no deben ser simples casas grandes donde se acumulan enfermos, y a las que se les va poniendo aditametos para ir remediando sus deficiencias.

Como parte integrante de la obra material debe examinarse las instalaciones higiénicas: agua, aire, fuerza eléctrica, drenajes. Luego todo el equipo que se usa para el trabajo médico quirúrgico. Después, si ya tenemos el edificio y el equipo, se necesita un sistema financiero para poder desarrollar los programas propuestos.

Desde este punto de vista los hospitales pueden ser privados y nacionales. En ambos casos pueden dar sus servicios gratuitos —hospitales asistenciales o de beneficencia— o cobrar por ellos. Los asistenciales pueden ser sostenidos por sociedades benéficas, entidades privadas, personas adineradas o es la Nación la que sostiene totalmente o en parte los gastos. En otros países al organizarse un hospital asistencial es obligatoria la constitución de un comité que se encarga de acopiar fondos por medio de funciones sociales, colectas y algunas otras formas. De esta manera se logra que el hospital forme parte de la vida de la comunidad. Aquí en Guatemala son instituciones ignoradas por todo el pueblo y sólo conocidas y recordadas cuando se tiene necesidad de ellas. Son sostenidas por el gobierno; no tienen entradas propias.

Y ya vamos esbozando con pequeños comentarios intercalados dos de los aspectos fundamentales de una institución hospitalaria. Queda el tercer aspecto, el básico: el aspecto médico. Hay hospitales que aceptan toda clase de enfermedades y de pacientes. Los hay que sólo reciben enfermedades médicas; o sólo las quirúrgicas. Otros reciben nada más niños, otros viejos; o bien se dedican al tratamiento de las enfermedades agudas únicamente, o de las crónicas. Es decir que unos son generales y otros especiales y que la especialización puede hacerse en varias direcciones.

Según la labor que desempeñan, según el tamaño que tengan, pueden llamarse pabellones, sanatorios, aislamientos, centros.

Otro punto de vista que da base para clasificar a los hospitales es el de el lugar donde desarrollan su labor: los de las ciudades se llaman urbanos; los del campo se llaman rurales. También pueden denominarse centrales, locales y regionales por su respectiva situación e importancia.

Por último, si en el hospital trabajan únicamente los médicos del conjunto hospitalario, denominaremos a este hospital: cerrado. Y si por el contrario, se permite que médicos extraños al "Staff" trabajen con las facilidades del hospital, este se llama abierto.

El problema hospitalario es de factores múltiples, cada uno pudiendo ser tema de profundos y extensos estudios y pudiendo ser cada uno vía por donde vengan fallas en el funcionamiento de tales establecimientos, resultando a consecuencia de ellas que su misión se ve dificultada o impedida por innumerables trabas de toda índole que convierten en gasto inútil el dinero empleado en su sostenimiento.

Tal problema ha sido planteado en diferentes ocasiones, mas no se ha encontrado una solución fácil o, cosa que parece imposible, no se ha considerado urgente resolverlo.

La necesidad de hospitales mayores que los existentes en la actualidad y mucho mejores, es muy grande. La población guatemalteca padece de morbilidad muy alta, consecuencia de sus condiciones socio-económicas tan malas. Es una población incapaz de costearse el gasto de mantener buena salud, colocada en un medio provocador de enfermedades. Actualmente se está ensayando en Guatemala el establecimiento de Centros de Salud como los que funcionan en los Estados Unidos de Norte América.

Su labor es de saneamiento del ambiente, protección materno-infantil reducida a exámenes prenatales y consejos. Los partos son atendidos en los hospitales o en las

casas de las señoras, como han sido siempre y luego nuevos exámenes de niños y madres, consejos de higiene y de dietética imposibles de cumplir por pobreza y apenas el niño o la madre se enferman, son enviados al hospital.

La cortedad de vida de estas instituciones no permite todavía sentar conclusiones respecto a sus resultados. Me parece que el saneamiento del ambiente será una cosa efectiva. En cuanto a sus otras funciones se nota que las personas buscan más labor curativa que profiláctica, que se decepcionan al comprender el exacto fin de dichas instituciones tal como están trabajando en la actualidad. De manera que en el estado presente estos Centros de Salud no resuelven el problema nacional de necesidad de atención médica departamental.

Los dispensarios de Sanidad Pública que vienen funcionando desde hace varias décadas, modificándose de acuerdo con los programas que se han propuesto, en el presente se dedican a la prevención de enfermedades transmisibles, casi sin relación con los hospitales y sin dar a éstos ninguna ayuda. Los hospitales soportan siempre la sobrecarga que año tras año producen las epidemias regionales, las endemias nacionales o las pandemias.

El IGGS por su parte, tiene contemplado al avanzar en su aplicación progresiva, hacerse cargo de la mitad de los hospitales de la República, como paso previo a cubrir él solo toda la salud pública nacional. Para ese efecto costeó en 1948 un Estudio Hospitalario de la República, ejecutado por una autoridad en la materia, el Dr. W. Kolbe. La otra mitad de hospitales quedaría siempre del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Tiene casi diez años el proyecto y de sus resoluciones no se ve nada aún. Además los estudios hospitalarios no tienen vigencia muy larga. Las empresas norteamericanas especializadas en ese ramo, les dan 10 años, después de los cuales se hacen obligatoriamente los cambios que el ambiente y las condiciones de la poblacion exijan.

De cuando fue hecho el estudio para ahora se ha adelantado muy poco. Ya para entonces estaban en proyecto o en construcción los hospitales de Zacapa, Mazatenango, Jutiapa y San Benito. Está terminado el de Zacapa, pero se sigue trabajando en el edificio viejo. El de Puerto Barrios se consideraba bueno en ese tiempo "porque es provisional y será reemplazado por un nuevo según el proyecto de reforma hospitalaria". Todavía el hospital de Barrios es el "provisional". En Jutiapa se inauguró el hospital en julio de 1957, es decir que pasaron diez años construyéndolo. Es el más moderno de los hospitales de la República y aún así no está adaptado a lo necesario, a lo real de la vida guatemalteca, como se verá al analizar los cuadros en la segunda parte de este trabajo. En El Petén nos encontramos con que a pesar de su enorme extensión, su baja densidad de población y la ausencia de vías de comunicación hacen que sean suficientes los pequeños hospitales que posee.

En esta reseña tan breve como el progreso habido en el tiempo que nos ocupa, el hospital de Mazatenango es el que sale más airoso, aunque siempre tiene las fallas generales de los otros hospitales.

Se va viendo por qué consideré útil escribir sobre el tema que escogí. Para los que conocen cómo funcionan los hospitales departamentales la razón es obvia. Pero hay muchos que no se imaginan la intensidad del problema; y de entre ellos hay quienes con su inteligencia, preparación y poder son capaces de resolver o ayudar en la resolución de tan grave situación.

Dudo que haya quién se atreva a negar que en algunos hospitales aún se ven aquellas rudas luchas por conseguir un colchón para dormir en el suelo; o bien la casi continua necesidad de poner dos o más enfermos en una cama. O más de dos en un colchón sin tomar en cuenta ni siquiera la contagiosidad de sus padecimientos. ¿Se atreverá alguien a desconocer la escasez de ropa para camas y pacientes?

¿La mala alimentación, dispuesta a espaldas de la dietética para que pueda estar de frente el exiguo presupuesto?

Tales cosas son resultado de intentar resolver la incapacidad física de los hospitales sobrecargándolos cada vez más. La consecuencia lógica es una bajísima calidad de atención hospitalaria. Es, pues, una manera pésima de resolver el problema.

Para que se sienta claramente la diferencia entre lo que tenemos en materia hospitalaria y lo que debiera haber, voy a transcribir las bases que el Colegio de Cirujanos de Norteamérica exige para un hospital general.

1º—Debe poseer un moderno edificio libre de peligros y propiamente equipado para el confort y el cuidado científico de los enfermos.

2º—Que tenga una constitución perfectamente estatuida con un reglamento de reglas y regulaciones bien precisas, así como con responsabilidades y relaciones también definidas.

3º—Que tenga un cuerpo de gobierno cuidadosamente seleccionado, el cual posea una completa y suprema autoridad para el control de la institución.

4º—Con un competente y experimentado director o administrador, el que tenga autoridad y responsabilidad suficientes para llevar a cabo la política de la institución tal y como ha sido trazada por el cuerpo de gobierno.

5º—Con un suficiente número de personal eficiente propiamente organizado bajo una competente supervisión.

6º—Con un conjunto médico organizado, compuesto por médicos competentes y de una elevada ética profesional, responsabilizados con el cuidado de los enfermos así como con la obligación de llevar a cabo la política profesional del hospital, que haya sido previamente aprobada por el cuerpo de gobierno.

7º—En el que se hagan diagnósticos correctos y en el que se den facilidades terapéuticas a través de un servicio técnico eficiente supervisado por médicos competentes.

8º—En el que sea obligatorio hacer hojas clínicas cuidadosas y completas que se archivarán en forma apropiada y accesible para poder ser utilizadas en cualquier momento como estudio, referencia o investigación.

9º—Donde se lleven a cabo conferencias tanto por parte del personal administrativo como del personal médico, con el fin de revisar periódicamente con regularidad y profundamente sus respectivas actividades, para poder así mantener el servicio administrativo y el trabajo científico en el más alto grado de eficiencia.

Es bueno ampliar un poco algunas de esas especificaciones. Vemos que en teoría un hospital es una unidad de límites fijos dentro de los cuales se debe hacer un trabajo médico-quirúrgico perfecto hasta donde sea posible, según los más adelantados principios de la ciencia y donde todas las partes que lo componen deben cooperar para lograr ese único fin. En el curso del trabajo encontraremos varias veces la oportunidad de insistir en la trinidad de problemas que presenta una entidad hospitalaria: económico, material (edificio y equipo) y funcional.

Ninguno de los tres puede encararse aislado, ni siquiera el material. Todo es conjunto y los defectos de cada uno repercuten en los otros. Así, idealmente los edificios deben ser amplios, luminosos, sin corrientes de aire, pero bien ventilados, con suficiente luz pero sin que el sol haga daño con su luz o calor. No más de un enfermo por cada 15 metros cuadrados. Espacio suficiente para que la limpieza pueda ser perfecta, incluyendo pisos, paredes y muebles. Inodoros y baños en relación con la capacidad de cada servicio. Agua potable, agua para drenajes calculada también en relación al número de gentes que han de ser atendidas. Servicio de agua asegurado contra interrupciones. Fuerza eléctrica de preferencia propia, o con un servicio de fuerza eléctrica de emergencia. El equipo debe ser renovado, modernizado lo más frecuentemente posible y debe ser completo de acuerdo con los últimos adelantos de la ciencia.

La capacidad de un edificio hospitalario se calcula teniendo en cuenta varios factores; morbilidad, accesibilidad, grado de educación sanitaria del pueblo y cantidad de personal disponible. Se calcula entonces el costo de sostenimiento y no se puede dar menos sin menoscabo del resultado. Este es el camino cuando se quiere dar servicio médico asistencial. Porque también al planear una institución hospitalaria podría recorrerse un camino inverso, partiendo de cualquiera de los factores. Por ejemplo, decir: tenemos tanto de capital, podemos hacer un hospital para tantos enfermos. O calcular sobre la base de personal adquirible: sólo podemos atender *"bien"*, a tal número de pacientes.

Al hacer la conjunción de la Ingeniería con la Medicina, ya se piensa en que debe hacerse separación de hombres, mujeres, niños, niñas. Enfermedades médicas y quirúrgicas. Enfermedades contagiosas. Maternidad aislada, con sus cuartos de partos, salas de recién nacidos. Consulta externa, servicio de emergencias, Rayos X, Laboratorios, sala de operaciones, oficinas, departamento para el personal que recibe hospedaje y alimentación del hospital, esterilización, lavandería, cocina, almacén, farmacia, biblioteca, sala de conferencias, clínicas, etc.

Pasando al aspecto funcional, idealmente se considera que para que el servicio sea lo mejor posible todo el personal debe ser técnico, científico. El personal facultativo suficiente. Se considera que un médico puede atender perfectamente, en el sentido estricto de la palabra, no en el sentido de límite con que corrientemente se usa, a pocos enfermos. Para cada médico debe haber dos enfermeras

y a cada enfermera le deben corresponder no menos de tres auxiliares. Sin contar los sirvientes. El cuerpo médico en un hospital ideal tiene hasta clasificación: médicos honorarios, médicos de consulta, médicos de servicios, médicos internos, médicos residentes, médicos de cortesía. La clasificación es variable según las escuelas pero cualquiera sirve para demostrar la cantidad de médicos indispensables para funcionamiento perfecto de un hospital. Los demás ramos de personal requieren estudios de sus respectivos trabajos. Son de suma importancia la estadística, la farmacia, el laboratorio, los Rayos X, la dietética y la fisioterapéutica.

La labor administrativa debe ser ejecutada también por personal entrenado, la labor total del hospital es planeada y dirigida por un cuerpo de gobierno en el que están representados el mayor número de sectores que componen la comunidad. Y nadie puede arbitrariamente imponer su voluntad en el desarrollo del trabajo hospitalario (al decir nadie, léase gobernadores, políticos, etc.).

Debe haber como complemento indispensable un departamento de relaciones públicas y departamento de trabajo social.

Por último, si se trata de hospitales asistenciales es claro que lo ideal sería que se diera gratis un servicio igual al obtenible a más alto precio. Lo que quiere decir que las posibilidades económicas deben cubrir hasta con largueza los gastos que ocasionare un eficiente servicio con el hospital lleno hasta su máxima capacidad.

La descripción hecha parece exagerada, sin embargo, hay hospitales que llenan las características apuntadas, pero éstas no constituyen el tipo mediano, corriente. Ni tampoco es lo que pedimos que sean nuestros hospitales.

Tal vez algún día llegarán a ser así, pero mientras tanto es imperativo dar más servicio médico asistencial y de mejor calidad que el que actualmente se puede obtener. Veamos en la sección segunda qué es lo que poseemos en materia de hospitales departamentales.

SEGUNDA PARTE

ANALISIS DE HOSPITALES GENERALES DEPARTAMENTALES NACIONALES

Voy a presentar un cuadro que nos da el número de hospitales nacionales por departamento, su ubicación, la relación que hay entre el número de habitantes y los hospitales, la relación entre la extensión de cada departamento y su hospital y luego comentaré los datos expuestos.

CUADRO Nº 1

POBLACION

Departamentos	Extensión (K^2)	Censo de 1940	Censo de 1950	Nº de Hospitales
El Progreso	1,463	73,523	47,678	No tiene
Sacatepéquez	464	87,940	59,975	Uno
Chimaltenango	2,020	189,701	122,310	No tiene
Escuintla	4,011	185,248	123,809	Uno
Santa Rosa	3,394	184,271	109,812	No tiene
Sololá	2,171	94,127	82,869	Uno
Totonicapán	1,086	101,995	99,434	Uno
Quezaltenango	2,317	223,038	183,588	Dos
Suchitepéquez	1,408	194,883	125,196	Uno
Retalhuleu	1,798	75,686	66,066	Uno
San Marcos	3,575	228,138	230,039	Uno
Huehuetenango	7,506	209,758	198,872	Uno
Quiché	8,494	186,812	174,882	Uno
Baja Verapaz	3,535	103,077	66,432	Uno
Alta Verapaz	8,707	191,209	188,758	Uno
Petén	36,033	13,254	15,897	Dos
Izabal	8,975	89,742	55,191	Uno
Zacapa	3,223	156,778	69,553	Uno
Chiquimula	2,554	162,544	122,837	Uno
Jalapa	1,912	138,392	75,091	Uno
Jutiapa	3,344	152,391	138,768	Uno

Encontramos que hay dos departamentos con población menor de 50,000 habitantes, que son Petén y El Progreso. El primero de los dos tiene dos hospitales y el segundo no tiene. Hay ocho departamentos con población entre 50,000 y 100,000 habitantes. Todos tienen un sólo hospital. Seis departamentos tienen entre 100,000 y 150,000 habitantes. Dos de ellos Chimaltenango y Santa Rosa no tienen hospital. Los otros cuatro tienen uno cada uno. Con población entre 150,000 y 200,000 hay cuatro departamentos. Tres de ellos con un sólo hospital y el otro, Quezaltenango con dos: uno en Coatepeque y el otro en la cabecera departamental. Por último, con población mayor de 200,000 está únicamente San Marcos. Sólo tiene un hospital.

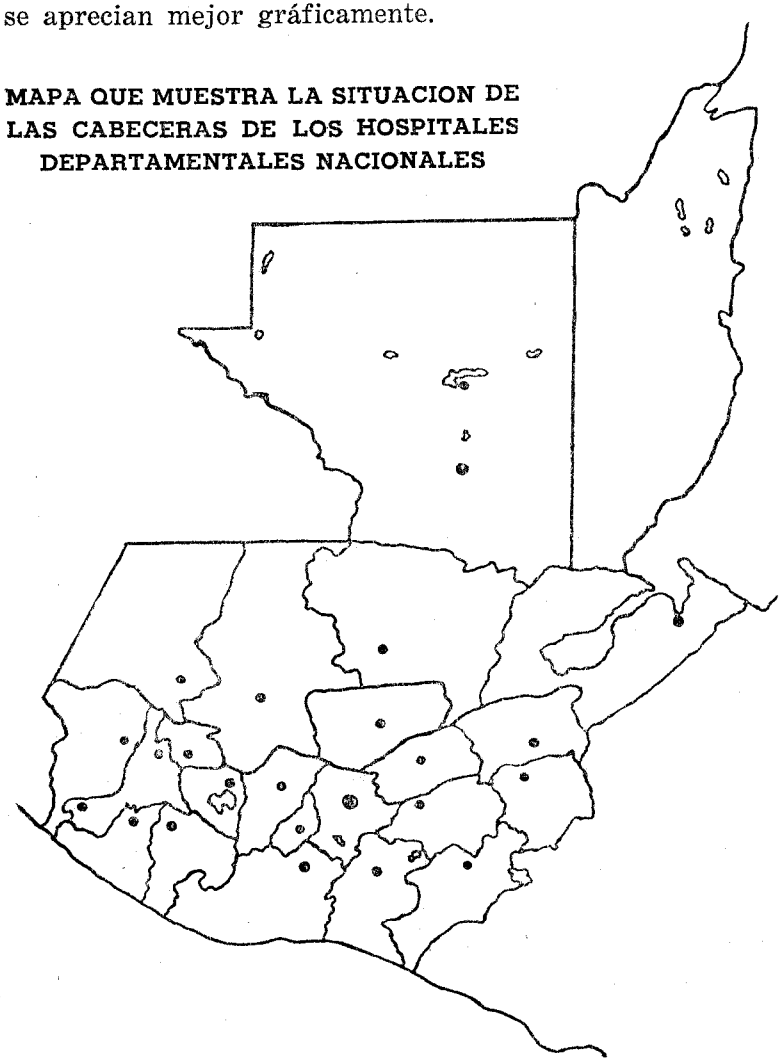
Poniendo en comparación los datos extremos vemos que Petén con 15,897 habitantes y San Marcos con 230,000, son una clara muestra de la falta de planificación previa a desarrollar un programa nacional.

En efecto, Petén tiene dos hospitales y San Marcos sólo uno. Pueden multiplicarse las comparaciones de este estilo, pero creo que basta con citar ésta. Luego, no se pensó en la relación número de habitantes-número de hospitales, para la creación de éstos. O si se pensó es que hasta ahora se está iniciando la fomación de la red que puede llenar la necesidad existente de tales instituciones.

Notamos el dato general de que todos los hospitales de que tratamos están situados en la cabecera departamental, no importando la ubicación de ésta en relación con la extensión geográfica de cada departamento, resultando que hay una agrupación de hospitales en una faja más o menos central, que va de oriente a occidente, dejando grandes zonas en el sur y en el norte, sin hospitales. Lo mismo que una faja oriental y otra occidental junto a las fronteras del país. No parece pues que se hayan planeado los hospitales, basándose en la relación número de hospitales, área por cubrir. Respecto a ésta, hay una disposición que he visto aplicada en varios hospitales. Se trata de re-

cibir sólo enfermos provenientes de la jurisdicción política donde está situado el hospital. Tal sistema acarrea grandes dificultades a los usuarios de las facilidades hospitalarias ya que la situación de las cabeceras no es céntrica geográficamente en ningún departamento. Estos detalles se aprecian mejor gráficamente.

MAPA QUE MUESTRA LA SITUACION DE LAS CABECERAS DE LOS HOSPITALES DEPARTAMENTALES NACIONALES



Viendo las cosas como las llevamos hasta ahora presentadas, parece que a cada hospital le corresponde la población total de su departamento. Se nota la mínima cantidad de servicios médicos obtenibles para la inmensidad de población sin facilidades hospitalarias. Porque este es el caso real. La cabecera es accesible desde los lugares cercanos y con buenos caminos. Los municipios alejados o sin buenas vías de comunicación tienen incapacidad física para usar los hospitales. Es clara pues la necesidad de más hospitales, o de hospitales mucho mayores que los actuales.

Sin embargo no estoy diciendo que con sólo tener el dato de población de un lugar y conocer su extensión geográfica ya se puede calcular las necesidades hospitalarias de ese lugar, son necesarios muchos otros datos tales como la ya apuntada accesibilidad, la morbilidad de la región, la clase de población, su educación, etc. Es decir que los planes que se hagan se basan en datos estadísticos. Uno de estos datos que es muy importante es el del crecimiento de población, y hablando de este tema encuentro oportunidad para explicar por qué consigné los dos últimos censos de Guatemala: el primero nos muestra cifras más altas que el más reciente, de 1950. El de 1940 es falso. En ese tiempo todos los datos estadísticos no eran técnicamente obtenidos. De manera que las estadísticas confiables comienzan hasta 1951, cuando la Dirección General de Estadística se preocupó por el Ramo de Salud Pública. De manera que a partir de 1953, después de grandes esfuerzos, ya hay estadísticas verdaderas. Todavía no son exactas hasta donde es posible porque no hay en los hospitales personal entrenado en esa clase de trabajo, viéndose todavía muchos

detalles aritméticos, promedios, cálculos de costos, etc., equivocados. Lo mismo que en nomenclatura, lo que anula muchos informes. Según opinión autorizada del Ministerio de Salud, son utilizables en totalidad, los informes que con formato nuevo se están usando desde 1955.

A continuación voy a presentar algunos datos estadísticos de los hospitales departamentales entre los años de 1949 a 1956.

CUADRO Nº 2

NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS

Departamentos / Años	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956
Totales	2,277	2,328	2,579	2,929	3,222	3,412	3,709	4,075
Sacatepéquez	203	220	251	214	220	232	232	232
Escuintla	159	137	137	144	147	160	165	169
Sololá	164	164	163	174	174	174	174	178
Totonicapán	98	108	85	85	85	85	57	89
Quezaltenango	435	335	335	565	534	538	615	568
Coatepeque						82	109	134
Suchitepéquez	125	179	220	262	241	295	322	322
Retalhuleu	178	178	179	179	179	179	194	314
San Marcos	89	97	101	101	101	95	95	95
Huehuetenango	91	147	186	191	191	103	127	131
Quiché	86	88	88	88	70	69	79	107
Baja Verapaz	66	66	70	70	70	63	55	56
Alta Verapaz	142	156	156	156	183	201	192	204
Petén	7	56	39	59	59	49	56	90
Izabal	38	37	37	109	109	115	115	115
Zacapa	127	95	100	117	113	113	121	121
Chiquimula	150	144	146	146	103	113	103	103
Jalapa	47	39	51	47	60	60	60	68
Jutiapa	72	72	61	46	39	44	42	40

Al examinar este cuadro se ve en primer lugar que el número de camas ha aumentado sin cesar. En 1956 la cifra es casi doble que siete años atrás. El ritmo de crecimiento, sometido a las influencias de los hechos con repercusión social, no ha sido regular. Me refiero a los cambios políticos, las cifras de los aumentos por año son así:

De 1949 a 1950	51
De 1950 a 1951	251
De 1951 a 1952	350
De 1952 a 1953	293
De 1953 a 1954	190
De 1954 a 1955	297
De 1955 a 1956	366

En estos años, por períodos de tres, se llegó a las cifras máximas de 350 de 1951 a 1952 y 366 de 1955 a 1956. Tal vez en un largo período estable, el promedio de aumento se acerque a este número, o aun puede sobrepasarlo si hay mejores vías de comunicación, más educación sanitaria y los ingresos económicos por familia sigan, como es probable, tan bajos como actualmente. El examen del cuadro por hospitales demuestra que cada vez es mayor la afluencia de pacientes. Demuestra igualmente que se ha resuelto el problema local con adaptaciones arbitrarias. Vemos que la capacidad fluctúa, a veces aumentando, o disminuyendo, aunque la tendencia, general es crecer. En algunos lugares donde se notan saltos muy marcados en las cifras de un año a otro es porque se creó unidades nuevas adicionales o sustitutivas de las anteriores. Creo que han sido tiempo y dinero desperdiciados en esos intentos de resolver en cualquier forma un problema que no es local ni regional, sino nacional. Los hospitales son muy antiguos; o nuevos pero sin ser científicamente calculados previamente. Lo que se ha hecho en la mayoría de ocasiones es reparar los edificios, hacerle adaptaciones, agregarle más lugar donde

poner camas. Tal cosa es posible con disposiciones locales de cada director. Pero el crecimiento integral, el que da resultado útil, sólo puede provenir del centro director, del Ministerio del ramo. De lo contrario en esos edificios donde se hizo caber más pacientes, con el mismo personal ante rior, con el mismo presupuesto de antes, el servicio empeora a pesar de toda la buena voluntad que se quiera poner en el trabajo. Aplicar soluciones empíricas a problemas altamente científicas, no siempre da buenos resultados.

Si relacionamos los cuadros Nos. 1 y 2 encontramos al comparar los departamentos vecinos, por ejemplo Sacatepéquez y Escuintla, que éste tiene más del doble de habitantes, y su hospital en cambio sólo tiene el 73% de la capacidad de Sacatepéquez. Es verdad que los enfermos de Chimaltenango van a la Antigua, (según las estadísticas no más de 20% del total de enfermos del hospital de Sacatepéquez, provienen de Chimaltenango), pero igualmente a Escuintla llegan los pacientes de Santa Rosa y de algunos lugares de Jutiapa.

Sololá y Totonicapán nos dan el mismo contraste: el segundo departamento es mayor en población y su hospital tiene la mitad de la capacidad del otro. Los dos están más o menos estables, el de Totonicapán entre 80 y 90 camas y el de Sololá con 174. Con San Marcos y Quezaltenango se repite el fenómeno, siendo San Marcos el que tiene más población y menos camas hospitalarias. Su número de camas ha sido estable desde 1950. Es notable que casi todos los hospitales tengan un número parecido de camas alrededor de ciento cincuenta a pesar de las diferencias tan marcadas de población. En Jutiapa se ve que año tras año el número de camas venía bajando; en 1949 eran 72 camas; en 1956 sólo 40. Actualmente está ya en función el hospital nuevo que se inauguró en julio de este año, con 250 camas más un pabellón para tuberculosis. ¿Por qué un hospital tan grande donde funcionaba uno que se venía empequeñeciendo constantemente? Por que las necesidades de hospital no se cubren ni siquiera con ese hospital nuevo. Las malas condiciones del anterior hacían que no fuera buscado.

Poblaciones tan grandes como Baja Verapaz y Jalapa se han estabilizado con muy pocas camas. San Marcos presenta el mismo caso. Se debe a la situación geográfica del hospital, imposibilitado de cubrir más de una pequeña área. En otras regiones se agrega la falta de fe y confianza de las poblaciones, en el trabajo hospitalario, por ignorancia o por cualquier otra razón.

El uso que cada departamento hace de su respectivo hospital, o mejor dicho, la zona que usa un hospital, ya que a pesar de las disposiciones al respecto la necesidad obliga a buscar el hospital más cercano y no el de la jurisdicción política se deduce mejor del número de enfermos atendidos y del número de estancias que del número de camas de ese determinado hospital.

Sigue a continuación el cuadro número tres, que nos presenta tales datos, estancias y enfermos atendidos recluidos, excluyendo recién nacidos, durante 1956.

CUADRO Nº 3

NUMERO DE ESTANCIAS Y DE ENFERMOS EN LOS HOSPITALES GENERALES NACIONALES DURANTE 1956

Hospital de:	Estancias	Enfermos Atendidos
Antigua	64,483	4,145
Escuintla	63,161	3,940
Sololá	26,152	831
Totonicapán	23,424	1,444
Quezaltenango	137,319	4,723
Coatepeque	53,774	3,219
Mazatenango	109,246	7,446

Retalhuleu	63,559	4,004
San Marcos	34,143	2,538
Huehuetenango	37,841	2,522
Quiché	26,363	1,382
Baja Verapaz	18,779	1,211
Alta Verapaz	75,621	3,727
Petén	14,837	1,107
Poptún	2,776	384
Puerto Barrios	36,787	3,368
Zacapa	99,813	5,250
Chiquimula	31,688	2,779
Jalapa	27,572	2,135
Jutiapa	21,020	1,495

Este cuadro nos permite entrever cómo es de complicado el problema de expectación de uso de una región y por lo tanto la planificación previa a fundar una institución hospitalaria o de una campaña nacional para este fin. En efecto, comparando unos con los otros los departamentos, notamos que Jutiapa tiene la población mayor de la zona norte-oriente y sin embargo, los enfermos atendidos son apenas un poco más de la mitad de los de Jalapa.

Zacapa, el departamento con menor población en esa zona, muestra la cifra mayor de enfermos atendidos.

Totonicapán, Quiché, Baja Verapaz, Petén y Jutiapa son muy diferentes en clima, condiciones físicas, clase de población, número de camas hospitalarias, etc. y sin embargo, todos estos departamentos atendieron en su hospital el año 1956, una cantidad de enfermos muy similar.

Puede hacerse comparaciones iguales entre otros grupos de departamentos, que demuestran la aseveración anterior de las dificultades del problema para el futuro y la falta de estudio con que en el pasado se han creado los hospitales estando inadaptados en la actualidad en lo referente a capacidad en relación con la necesidad que de ellos hay.

Para fijar las ideas voy a resumir las deducciones que de los tres cuadros presentados, podemos hacer:

1º—La cantidad total de servicio hospitalario asistencial departamental nacional es muy poca, comparada con la que es necesario dar para cubrir toda la población que la necesita.

2º—Estando ubicados en las cabeceras departamentales, y siendo éstas excéntricas en mayoría de los departamentos, cubren necesariamente un área muy pequeña.

3º—Para evitar la sobrecarga de algunos hospitales se ha tomado la disposición de recibir únicamente a los pacientes que provienen de la jurisdicción política.

No obstante, la situación de los hospitales existentes hace que éstos cubran mejor, como es natural, a los lugares más cercanos aunque sean de otro departamento.

Los hospitales deben tener jurisdicción de región sanitaria y no política.

4º—Hay hospitales grandes con poco uso (Sololá por ejemplo) y hospitales pequeños con gran cantidad de enfermos atendidos por año. Al planear una nueva campaña hospitalaria la obra debe estar basada en un estudio previo de todos los factores del problema. Ya no es tiempo de seguir poniendo parches arbitrarios a los hospitales existentes.

Los cuadros a continuación son resúmenes de trabajos auxiliares de la labor médica, practicados en los hospitales nacionales departamentales durante 1956.

Comencemos por los desconsoladores datos negativos:

Electrocardiogramas: No se hizo durante todo el año en ningún hospital de los de nuestro estudio.

Radioterapias: De los 20 hospitales que nos ocupan, se hicieron radioterapias únicamente en Quezaltenango.

Oncología: Este rubro de la estadística está absolutamente vacío durante todo el año.

Exámenes químicos y de Anatomía Patológica: Completamente desconocidos durante 1956, en todos los hospitales nacionales departamentales.

Exámenes químico-biológicos: Sólo el hospital de Quezaltenango reporta 113 exámenes de esta clase. En los demás hospitales este medio de diagnóstico no se usa porque es imposible, no hay con qué hacer exámenes ni hay quien los haga.

CUADRO Nº 5

EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO

Hospital de:	Hematología	Coprología	Urología	Líquido C. R.	Serología	Bacteriología	Parasitología
Totales	**33.357**	**9.944**	**19.4143**	**20**	**5.163**	**2.682**	**4.967**
Sacatepéquez	3,612	2,250	1,024	6	—	33	12
Escuintla	212	129	15	—	—	1	—
Sololá	60	319	214	—	—	5	—
Totonicapán	1,815	560	1,117	—	10	27	22
Quezaltenango	16,026	—	13,589	—	4,999	1,923	4,898
Coatepeque	257	749	408	—	—	20	—
Mazatenango	2,630	3,136	1,980	2	87	393	1
Retalhuleu	743	146	75	—	63	11	3
San Marcos	405	278	165	1	—	36	—
Huehuetenango	1,305	248	230	—	2	16	—
Quiché	2,250	1,136	5	11	2	79	20
Salamá	305	45	14	—	—	—	—
Cobán	2,623	250	13	1	—	38	8
San Benito, Petén	818	350	61	—	—	88	—
Chiquimula	224	64	29	—	—	12	3
Jalapa	72	284	204	—	—	—	—

No hubo informes de los hospitales de Zacapa, Puerto Barrios y Jutiapa.

CUADRO Nº 6

OTRAS LABORES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICA

Hospital de:	Radiografías	Fluoroscopias	Radioterapias	Transfusiones
Totales....	8,630	8,863	240	2,129
Sacatepéquez	941	87	—	
Escuintla	739	—	—	
Sololá	—	28	—	
Totonicapán	225	271	—	
Quezaltenango	2,865	326	240	1,040
Rodolfo Robles	570	728	—	
Coatepeque	198	2,777	—	55
Mazatenango	1,466	2,872	—	
Retalhuleu	321	—	—	627
Huehuetenango	609	1,182	—	
Quiché	123	1,182	—	
Baja Verapaz	184	30	—	
Alta Verapaz	—	—	—	308
Poptún, Petén	3	82	—	
Puerto Barrios	386	79	—	
Jalapa	—	208	—	55

No hay informes de Zacapa, Jutiapa, San Benito.

Los informes anteriores son una clara demostración de la forma tan desigual con que se trabaja en los hospitales presentados. Se nota cuan deficientes son los laboratorios; vimos que hay hospitales muy importantes por el número de enfermos atendidos sin informes de haber trabajado en laboratorio. Lo más probable es que la falta de laboratoristas no hayan trabajado, porque sí tienen laboratorio esos

hospitales. Hay detalles tan raros como que Quezaltenango no tenga ni un sólo examen de heces en todo el año. Puede ser un informe incompleto, pero puede ser una verdad que demuestra la mala calidad de trabajo aún en los mejores hospitales.

Todos los datos de los cuadros son tomados de informes de la Dirección de Estadística, de manera que en principio deben ser considerados fidedignos. Cada labor auxiliar de diagnóstico o terapéutica tiene su jerarquía en el trabajo médico quirúrgico, de manera que para una misma cantidad de trabajo la relación del número de exámenes, transfusiones, etc., debía ser casi igual en todos los hospitales. Al no ser así se ve que están trabajando arbitrariamente en algunos casos y en otros deficientemente. Por ejemplo: los beneficios de una transfusión desconocidos en catorce de los veinte hospitales. Y en los seis donde se usó esta terapéutica salvavidas, fue en muy corta escala.

Con las radiografías y fluoroscopías se ve también una variabilidad extraña; unos hospitales usan sólo la fluoroscopía sin radiografías, otros tienen sólo radiografías y en otros en que se usaron ambos métodos no hay relación justa entre uno y otro. Las radiografías reportadas por el hospital de Escuintla han sido tomadas por la bondad del IGSS, ya que el aparato de Rayos X de tal hospital está descompuesto desde 1955. Ahora bien, ¿a qué se debe esta situación? Creo que presentando los datos que pondré a continuación se irá descubriendo la causa.

CUADRO Nº 7

COSTO DE ESTANCIAS DURANTE LOS AÑOS DE 1949 A 1956 EXCLUYENDO LOS AÑOS DE 1954 Y 1955 POR NO HABER PODIDO OBTENER ESOS DATOS

Hospital de:	AÑOS 1949	1950	1951	1952	1953	1956
Sacatepéquez	0.82	0.88	0.83	0.99	0.92	1.00
Escuintla	0.83	1.00	0.99	1.01	1.06	1.02
Sololá	0.97	0.76	0.82	0.92	0.91	1.65
Totonicapán	1.35	1.27	1.23	1.47	1.29	2.19
Quezaltenango	0.90	0.99	1.20	1.55	1.47	1.78
Mazatenango	0.82	0.91	0.65	0.40	0.48	0.73
Retalhuleu	0.88	1.17	0.64	0.35	0.39	0.79
San Marcos	1.02	1.02	0.99	0.81	0.91	1.18
Huehuetenango	0.93	0.86	0.93	0.86	0.91	1.04
Quiché	0.83	0.73	1.57	1.42	1.72	1.20
Baja Verapaz	1.29	1.10	1.19	1.29	1.49	1.17
Alta Verapaz	0.81	0.74	0.80	0.82	0.82	1.11
Petén	2.68	3.30	3.73	2.78	2.18	3.39
Izabal	1.40	1.65	1.55	1.36	1.87	2.06
Zacapa	0.63	0.58	0.59	0.80	0.57	0.70
Chiquimula	0.69	1.13	1.14	1.10	0.86	1.31
Jalapa	0.73	0.96	0.91	0.95	1.00	1.03
Jutiapa	0.82	1.01	0.95	1.02	1.26	1.81

Igual que hemos visto en los otros resúmenes presentados, aquí hay una variabilidad rara a primera vista. Sabemos en efecto que la tendencia en costos durante los últimos 10 años ha sido subir y subir. Es indiscutible que el costo de vida actual es mucho más alto que en 1945. Sin embargo, en los hospitales hay algunos que tienen estancias menos costosas que en años anteriores. ¿Por qué es así?

Vimos que cada año ha aumentado el número de camas en los hospitales. A pesar de ello las asignaciones mensuales han quedado sin aumentar a la par. Entonces, si una

misma cantidad de dinero debe distribuirse para mayor número de enfermos, entre más sean éstos, menos le toca a cada uno.

Sabemos que actualmente ya no hay grandes diferencias locales en las ciudades más importantes del país, en lo referente a costo de vida. Todo vale lo mismo en casi todas partes. Además la zona del norte no produce verdura. En oriente se produce poca. Sin embargo, qué poco gastan por enfermo en Zacapa, Jalapa y Chiquimula.

En Mazatenango y Retalhuleu los costos llegaron tan bajo como treinta y cinco centavos por cabeza en 1952 en el último de los departamentos y cuarenta en el otro.

Se comprende que si con un quetzal y centavos en el mejor de los casos, un enfermo come, se viste, recibe medicinas, se paga el personal que lo atiende; se hacen reparaciones al edificio donde está alojado, se compra equipo y en fin todos los gastos de la institución están allí comprendidos, no puede ser muy bueno el servicio que se presta.

Los datos apuntados para 1956 son iguales a los de 1957. De modo que para terminar esta segunda sección sólo nos queda dar una ojeada a los hospitales mismos.

Con tiempo y dinero hubiera podido hacer una jira para ver y describir lo visto, que es la forma segura de encontrar la verdad. Pero ambas me faltaron y recurrí entonces a enviar un cuestionario a cada director de hospital departamental.

(Para muestra adjunto el que envié a Quezaltenango).

Tuvieron la gentileza de devolverlo lleno los Doctores R. Sardá, Director del Hospital de Jutiapa; R. Cordón, Director del Hospital de Quezaltenango; A. Carías, Director del Hospital de Jalapa; M. Quintero de Salamá; M. Ortega de Cobán y los datos de Escuintla los obtuve por mí mismo por residir yo en esta ciudad. De los demás no se obtuvo respuesta.

Varios años atrás yo conocí todos los hospitales departamentales. Han cambiado poco. Pero para que lo dicho

tenga autoridad voy a transcribir mejor los comentarios que el Dr. W. Kolbe formuló en su *"Estudio Hospitalario de Guatemala"* en 1948.

Seis hospitales son nuevos con relación a ese estudio: el de Jutiapa, el de Zacapa, Mazatenango, Coatepeque, San Benito (Petén) y el de Quiché. Los demás con pocas modificaciones los mismos de 1948.

Comentaremos aparte los datos de los hospitales de los que tenemos datos recientes. El estudio comienza con el

Hospital de: *Quezaltenango*. Capacidad: *300*. Camas: *417*. Edificio fundado en: *1844*.
¿Qué modificaciones se le han hecho? *reparación total.*
¿Qué servicios se le han agregado? *Varios.*
¿Cuántos baños tiene? *12*. ¿Cuántos inodoros tiene? *46*. ¿Tiene buenos drenajes? *Sí*. ¿Tiene agua potable? *Sí*, ¿Fuerza eléctrica propia? *No*. ¿No sufren interrupciones dichos servicios? *Sí*. ¿Hay departamento para el personal que vive en el edificio? *Sí*. ¿La lavandería es mecánica? *Sí*. o a mano *sí*.

Servicios que Comprende:

¿Qué número de Salas de medicina de hombres tiene?	3
¿Qué número de salas de medicina de mujeres tiene?	3
¿Qué número de salas de medicina de niños tiene?	2
¿Qué número de salas de medicina de niñas tiene?	2
¿Hay aislamiento para enfermedades médicas?	2
Total de servicios médicos	12

¿Qué número de salas de cirugía de hombres tiene?	2
¿Qué número de salas de cirugía de mujeres tiene?	2
¿Qué número de salas de cirugía de niños tiene?	1 mixto
¿Qué número de salas de cirugía de niñas tiene?	

¿Están juntas las enfermedades sépticas externas con las quirúrgicamente intervenidas? *No*.
¿Hay aislamiento para enfermedades quirúrgicas que lo ameriten y para post-operatorio inmediato? *Sí*.
¿Tiene pabellones para otras enfermedades?
¿Consulta externa? *Sí*. ¿Banco de sangre? *Sí*. ¿Rayos X? *Sí*. ¿Laboratorio? *Sí*. ¿Anatomía patológica? *No*. ¿Maternidad? *Sí*. ¿Cuarto de partos? *Sí*. ¿Sala de recién nacidos? *Sí*. ¿Está la maternidad aislada de la sepsis externa? *No*. ¿Hay servicio de emergencia? *Sí*. ¿Admiten pacientes a toda hora? *Sí*.

¿Qué exámenes se hacen en el laboratorio?:

Orina: *Sí*. Heces: *Sí*. Sangre: *Sí*. Cualitativo y cuantitativo: ..... Recuentos: *Sí*. Fórmula de blancos: *Sí*. Sedimentación: *Sí*. Coagulación y sangría: *Sí*. Serología: *Sí*. Bacteriología: *Sí*. Metabolismo basal: Sí. Pruebas de funcionamiento orgánico: *Sí*.

Personal Facultativo (poner cuántos):

¿Cuántos médicos? *13*. ¿Hay médico interno? *2*. ¿Practicantes? *1*. ¿Farmacéutico? *1*. ¿Dentistas? *2*. ¿Comadronas? *2*.

Personal Administrativo (poner cuántos):

¿Administrador? *1*. ¿Secretario? *1*. ¿Contador? *1*. ¿Encargado de personal? ..... ¿Guardalmacén? *1*. ¿Ama de llaves? ..... ¿Encargado de estadística? *1*.

Personal Técnico (poner cuántos) :

¿Enfermeras graduadas? *12.* ¿Auxiliares? *22.* ¿Anestesistas? *4.*

¿Rayos X? *3.* ¿Laboratoristas? *5.* ¿Farmacéuticos? *3.* ¿Encargado de estadística? *1.* ¿Veladoras? *6 y un velador.* ¿Puede decirme cuál es su presupuesto mensual? *Q7,695.00.* ¿Depende sólo del erario nacional? *Sí.* ¿Qué otros ingresos tiene? *donativos.*

¿Qué total de enfermos se atendió el año pasado? *15,067.* ¿Cuál fue el promedio diario de enfermos ese año? *413.* ¿El día de más enfermos, cuántos hubo? *438.* ¿El día de menos, cuántos hubo? *372.* ¿Cuántos enfermos de medicina fueron el año pasado? *1,462.* ¿Cuántos de cirugía? *661.* ¿Qué epidemias hay en su región? ..... ¿En qué tiempo son? *Ocasional.* ¿Se sobrecarga su hospital? *Gripe.*

SACATEPEQUEZ:

"Hospital de tipo antiguo, en buenas condiciones. Equipo inadecuado para un hospital moderno. Está en buenas condiciones y es superior al de la mayoría de hospitales del país.

Conclusiones: Aunque el hospital no puede considerarse moderno, es uno de los mejores del país. No hay urgencia de cambiarlo por un nuevo.

Agrego yo: el laboratorio es incompleto, el personal escaso. Es un hospital grande, suficiente para su zona. En aquel tiempo 20% de su población hospitalaria provenía de Escuintla y 12% de Chimaltenango. Los de Escuintla ya no van allí y los de Chimaltenango cuando tengan hospital, que es urgente que lo tengan, tampoco irán. De modo que si se le deja las entradas que tiene; se le disminuye la capacidad, se le mejora el laboratorio y se le aumenta personal, éste seguirá siendo un buen hospital.

ESCUINTLA:

"Estructura Física: anticuada y en malas condiciones. Equipo inadecuado. Laboratorio insuficiente, Personal profesional escaso.

Conclusiones: El Hospital es anticuado y debe ser repuesto pues no está en condiciones de dar buen servicio". Por mi parte agrego: no tiene agua suficiente. Más bien casi nunca tiene agua. Fuerza eléctrica sumamente irregular.

Su porcentaje de ocupación muy alto, con congestiones muy frecuentes, principalmente en las medicinas, demuestra que no puede cubrir bien su zona.

Su personal es muy escaso. No hay veladoras en su organización, sino del mismo personal diurno, rotativamente, dos enfermeras velan cada noche haciendo jornadas de 24 horas. Sus servicios sanitarios son letrinas, porque la escasez de agua no permite el uso de inodoros. Baños para enfermos sólo tiene 6. Las mujeres de la medicina se van a bañar a un río cercano al edificio. Actualmente tienen más camas que en 1948, más un pabellón para tuberculosos. Esto último es un problema aparte del que hablaré más tarde.

QUEZALTENANGO:

"Estructura física: aunque se mantiene muy bien, es inadecuada. Equipo insuficiente y anticuado. Personal escaso. Laboratorio bastante completo.

Conclusiones: Quezaltenango es la segunda ciudad de Guatemala, necesita un *nuevo* hospital moderno". De la hoja adjunta podemos tomar algunos datos para completar el examen de este departamento: ahora tiene 618 camas entre sus diferentes servicios (dato de la Dirección General de Estadística), es decir, casi el doble de cuando el Estudio

Hospitalario. Su personal sólo ha aumentado 44% en los médicos. Para ese tan enorme número de camas hay 7 veladores. Se han gastado fuertes sumas en ese edificio inadecuado para ir poniendo en condiciones de dar mejor servicio. Se le agregó el Hospital Infantil, banco de sangre, servicios para: oftalmología, prematuros, cunas, dental y laboratorio bacteriológico. El edificio fue fundado en 1844. El comentario del Dr. Kolber es pues, ahora, más cierto que antes se necesita un nuevo hospital. (127 camas están dedicadas a TBC pulmonar) : en las camas restantes, lo que es propiamente el Hospital General hay un porcentaje de ocupación muy alto, con sobresaturaciones temporales.

SAN MARCOS:

"Estructura física: construcción antigua e inadecuada. Equipo escaso e inadecuado. Laboratorio incompleto. Personal escaso.

Conclusiones: Este hospital debe ser abandonado y debe construirse uno nuevo".

El edificio es el mismo, actualmente. El equipo se ha modernizado un poco. El personal sigue más escaso relativamente ahora que tiene más camas. Así que la conclusión está vigente hoy más que ayer.

TOTONICAPAN:

"Estructura física: en malas condiciones e inadecuada. Equipo escaso y malo. Laboratorio: incompleto. Personal profesional sumamente escaso.

Conclusiones: Debe abandonarse este hospital y construirse uno nuevo, moderno". El año pasado este hospital tenía 89 camas en vez de las 66 de 1948. Tuvo un número bastante alto de enfermos atendidos en el año. Sin embargo, todavía es el mismo edificio.

Estos comentarios escuetos que estoy transcribiendo pintan la realidad moderadamente. A través de ellos no se siente la vida íntima de una institución y por lo tanto no dan cabal la magnitud de la situación que yo quisiera que todos conocieran. No es igual en efecto, contar incidentes vistos, que aislados o fortuitos no tienen significación, pero que repetidos casi de manera permanente y de una enorme variedad, son indicio de desastre en las instituciones hospitalarias. Por ejemplo yo vi en el hospital de Sololá, en un día de lluvia, cómo se filtraba el agua por las paredes hacia el interior de las salas. Vi en cierta ocasión una procesión de enfermos que salía del Hospital de Escuintla, unos macilentos y temblorosos, sostenidos por los que estaban un poco mejores, yendo a evacuar sus necesidades a una toma que hay detrás del edificio. Era porque en este el servicio de aguas hacía días que brillaba por su ausencia. Y el caso no es raro: se puede ver en los cuestionarios de Quezaltenango, Jalapa, Salamá y Cobán que todos esos hospitales sufren interrupciones en sus servicios de agua y luz.

Eso quiere decir inodoros sucios, mal lavado de ropa, retraso en el trabajo. Naturalmente, tal cosa no sucedería si los edificios fueran nuevos, bien planeados, bien dotados y bien mantenidos. Volvamos a hablar del hospital de Sololá; funciona en un edificio que era una escuela de niños y ¿tendrá similitud de necesidades técnicas un edificio donde unos cuantos niños permanecerán unas horas diarias, con otro donde hasta un ciento de personas van a vivir, con toda clase de enfermedades?

Sería interminable si me pusiera a relatar desgracias de todos nuestros viejos hospitales. Es preferible que continué con la transcripción de comentarios del Dr. Kolbe.

SOLOLA:

"Estructura física: en buenas condiciones. Equipo: inadecuado. Laboratorio: sólo se hacen exámenes de orina. Personal profesional: 1 médico.

Conclusiones: Este hospital podrá servir durante algunos años. Su sustitución por uno más moderno debe ser considerada en el futuro". El futuro de aquel tiempo es ahora. Lo que relaté de las paredes filtros, fue hace un poco más de 2 años. Su equipo ha mejorado lo mismo que su laboratorio.

El porcentaje de ocupación en ese hospital es muy bajo (no llega a 50%). Podría ser, pues, más pequeño y guardándole la misma asignación, mejoraría mucho.

HUEHUETENANGO:

"Estructura física: construcción de adobe en malas condiciones. Equipo: inadecuado. Laboratorio: no se hacen exámenes. Personal profesional: tres médicos.

Conclusiones: El hospital debe abandonarse y debe construirse uno de tipo moderno".

Bastante ha mejorado el servicio asistencial en ese departamento. Se le proporciona a mucho más personas; de 61 camas en 1948 ahora el hospital cuenta con 131 camas más un pabellón antituberculoso. Hay un médico más, es decir, cuatro. El personal ha crecido 25%, mientras el hospital aumentó su capacidad más de 200%. El alza habida en asignaciones hace dos años más o menos, tampoco está en relación proporcional. Como se ve es necesario un gran cambio.

QUICHE:

"Estructura física: inadecuada y en malas condiciones. Equipo: insuficiente. Laboratorio: no existe. Personal profesional: un médico.

Conclusiones: El hospital no es adecuado para dar servicio a los pacientes. Se están elaborando planos para habilitar otro edificio pero este cambio debe ser provisional, ya que deberá construirse un hospital nuevo de tipo moderno".

El cambio se hizo. La capacidad actual es de 107 camas. Ya tiene laboratorio, servicio para niños y su equipo está en bastantes buenas condiciones, siendo todavía insuficiente. Creo que este hospital con una asignación mayor, trabajaría muy bien.

RETALHULEU:

"Estructura física: antigua y en malas condiciones. Equipo insuficiente y de mala calidad. Laboratorio incompleto. Personal profesional, escaso.

Conclusiones: El hospital no es adecuado para dar servicio porque debe ser repuesto por uno moderno".

Aquí sólo ha habido cambio en el equipo. Cuando la Compañía Frutera pagó al gobierno lo que adeudaba de impuestos, con material para hospitales, se mejoró el equipo de todos los hospitales que estaban en peores condiciones de escasez o mala calidad de equipo.

Además el cambio general de crecimiento: actualmente sirve 314 camas.

El personal no aumentó. De modo que si era inadecuado antes, hoy es menos adecuado aún.

MAZATENANGO:

De este hospital no podré comentario del Dr. Kolbe, porque es nuevo. Tiene un poco más del doble de camas de las que tenía el viejo. Está servido por el mismo número de médicos que había cuando era más pequeño. Tiene también un pabellón antituberculoso de 80 camas. Cuando termine la revista de hospitales haré un comentario al res-

pecto de estos pabellones, y de otros problemas que se han agregado a los hospitales últimamente, que son generales a todos. Sigo:

JALAPA:

"Estructura física completamente inadecuada y en malas condiciones. Equipo: prácticamente no lo hay. Laboratorio: un microscopio es todo. Personal profesional: un médico.

Conclusiones: El hospital es inadecuado para las necesidades de la comunidad, y es inapropiado para dar atención a los enfermos".

Para ver el estado actual del Hospital de Jalapa tenemos el cuestionario devuelto lleno por el Dr. A. Carías, Director actual del mismo, médico único de la institución, la cual tiene ahora 73 camas.

Se ve que ya tiene laboratorio, Rayos X, un aislamiento para TBC. Pero nos demuestra también que para esas 73 camas sólo hay un inodoro y un baño. Que no hay servicio ni de medicina ni de cirugía para niños.

El laboratorio es insuficiente; su maternidad inadecuada. No hay enfermera graduada, ni comadrona; todo su personal, salvo el médico, es empírico. No hay veladoras. Su asignación es muy pequeña: recibe Q1,500.00 mensuales más el costo de las estancias del IGSS. Funciona en un edificio fundado en 1945: era una casa particular y con remiendos, como se ha hecho casi en todos los departamentos, se transformó en hospital. La escasez de personal auxiliar es aquí aguda: hay seis enfermeras auxiliares, de ellas una hace un mes de vela por turnos rotativos, lo cual quiere decir que sólo 5 trabajan de día, habiendo seis salas, más servicio de emergencia, consulta externa, sala de operaciones, etc.

Como se ve, no puede ser peor.

JUTIAPA:

El examen de este hospital no lo haremos basado en la opinión del Dr. Kolbe porque no conoció el hospital actual.

Comenzó a funcionar en julio de 1957. Es el primero de la República que tiene un edificio a propósito. En 1948 había un hospital con un promedio de ocupación de 125%, con 68 camas.

El actual tiene 250 camas más un pabellón de 80 camas para tuberculosos. En este hospital se ve la diferencia de cuando sus servicios son planeados para lo que van a servir: hay 60 baños y 80 inodoros. Agua y luz en cantidades adecuadas. Fuerza eléctrica propia. Lavandería mecánica. Posee todos los servicios necesarios. Sin embargo, todavía tiene laboratorio incompleto. Un servicio para niñas, mixto de cirugía y medicina.

Personal muy escaso para cuando funcione con su promedio de ocupación normal: consta de 3 médicos, un practicante interno; 2 enfermeras graduadas, 12 auxiliares (4 veladoras). El personal de oficina ha mejorado grandemente en este hospital; hay encargado de estadística, guardalmacén, contador, además del administrador-secretario. Tenemos pues, un hospital que funciona en un edificio ad hoc.

A pesar de ser el más moderno de los hospitales guatemaltecos todavía hubo necesidad de que el actual director, Dr. R. Sardá, modificara los planos durante la construcción para que, según él mismo dice: "tuviera más disposición de hospital y no de hotel". La asignación mensual es todavía pequeña para cuando el hospital funcione a su máxima capacidad, ya que el costo de mantenimiento tiene que elevarse al ser mayor el hospital. La relación número de enfermos, número de personal sigue como anteriormente: es decir, personal sumamente escaso. En resumen se desperdicia un buen edificio por faltar a uno de los prin-

cipios básicos de la planificación hospitalaria: nada puede crecer en un hospital sin que todo lo demás crezca en relación.

Y este es el mejor hospital de la República.

COBAN:

"Estructura física: no es moderna pero está en buenas condiciones y tiene dos alas nuevas. Equipo superior al de la mayoría de los hospitales del país; en buen estado; inadecuado, sin embargo, para un hospital moderno. Laboratorio incompleto. Personal profesional: 2 médicos, 1 dentista y un farmacéutico examinado.

Conclusiones: Este hospital debe ser sustituido por otro moderno, pero no urge hacerlo ya que su estructura física está buena y tiene dos secciones nuevas".

Actualmente este hospital cuenta con un hospital infantil adscrito, de 67 camas. En el mismo hospital hay ahora 379 camas. El personal es todavía igual. El edificio es el mismo de hace nueve años, los que por fuerza tienen que hacerse sentir. El trabajo para el personal está sumamente recargado porque el hospital es muy solicitado en ese lugar. El cuestionario que envié incluye la pregunta: ¿se recarga ese hospital? y la respuesta es en la hoja de Cobán: "Los enfermos ya no caben ni en el suelo, pues hasta los colchones están agotados".

ZACAPA

"*Conclusiones:* El hospital debe ser abandonado por ser inadecuado para el servicio de los pacientes. Su estructura física es mala e inadecuada para las necesidades de la capacidad oficial de 80 camas. El ministerio del ramo ha iniciado ya la construcción de un nuevo hospital".

Este hospital nuevo existe. Ya está terminado, pero no está en uso. Se sigue trabajando en el viejo no se por

qué razón. Este ahora tiene que estar peor que antes y más que su capacidad se aumentó a 131 camas.

CHIQUIMULA:

"Estructura física: mala e inadecuada. No es apropiada para la hospitalización de los pacientes. Equipo: totalmente inadecuado. Laboratorio: no hay ni se hacen exámenes. Personal profesional: un médico.

Conclusiones: El hospital es inadecuado y debe ser abandono. Se necesita urgentemente uno nuevo".

Como todos, este hospital creció. Cuenta ahora con 103 camas. Hay un laboratorio pero casi no se usa. El año pasado se atendieron 2,779 enfermos y como se puede ver en el cuadro correspondiente sólo se hicieron 224 exámenes hematológicos, 64 coprológicos, 29 urológicos, 12 bacteriológicos y 3 parasitológicos (?). El personal aumentó con un practicante interno, o por lo menos la plaza existe, al igual que en Zacapa, Sololá, Escuintla (aquí hay dos plazas, pero raramente ha habido dos practicantes). El edificio sigue siendo cada vez peor y el equipo aunque mejorado es escaso. La asignación mensual es muy baja.

SALAMA:

"*Conclusiones:* Hospital inadecuado para dar atención a los pacientes. Debe ser abandonado. Se necesita un hospital nuevo de tipo moderno.

Ya en aquel tiempo debía ser abandonado y era inadecuado. No obstante no se ha hecho el cambio. Tiene 60 camas y se le han agregado servicios indispensables de los que carecía: Consulta externa, servicios de niños (aunque mixtos para cirugía y medicina), un aislamiento para TBC. El equipo es malo y anticuado. Laboratorio incompleto. Personal facultativo: sólo un médico. No cuenta con enfermera graduada. Es necesario, pues, el cambio propuesto desde 1948.

IZABAL:

El hospital que funciona en este lugar es el provisional que construyeron a medias entre el IGSS y el Ministerio de Salúd Pública Asistencia Social. No lo conoció el Dr. Kolbe. El conoció una galera vieja que servía entonces, con treinta camas. Este provisional ya estaba en construcción y el Dr. Kolbe dijo que estaría bien como provisional y que "subsecuentemente debe construirse un hospital en forma más permanente".

Este provisional sirve 115 camas. Puede decirse que sus servicios son mixtos para cirugía y medicina de hombres y lo mismo de mujeres ya que sólo están separados por un tabique incompleto de madera. Sufre de marcada escasez de agua, malos drenajes, pocos inodoros, pocos baños. Su equipo es bastante bueno. Personal profesional relativamente abundante; 4 médicos. El edificio es de madera.

Resumiendo es un mal hospital.

PETEN:

En este departamento hay dos hospitales: el de San Benito, grande de 90 camas y uno pequeño en Poptún con 27 camas. Este es sostenido por Sanidad Pública con una asignación de apenas Q200.00 mensualmente. El año 1956 se atendieron en él 384 enfermos. Su personal es relativamente abundante lo que hace que sus estancias sean costosos. Los hospitales muy pequeños no son prácticos. Salen muy caros.

El otro hospital tiene como problema principal el de consecusión de personal. En la población no hay donde elegir y de otras zonas no se quieren ir al Petén. Por lo demás puede decirse que está sirviendo bastante bien.

Terminamos ya la revista a los hospitales, viendo sus particularidades. Podemos entonces cerrar la sección segunda de esta tesis dando a conocer tres problemas hospitalarios que son generales. Son ellos:

1º—Es reconocida como obligatoria la labor docente que los hospitales generales deben desempeñar, según la definición que de ellos hace la Asociación de Hospitales de Estados Unidos de Norteamérica.

El Dr. Kolbe tomó en cuenta este punto al hacer su estudio y en cada comentario hay una nota al respecto, que yo omití por ser absolutamente general, guardando el tema para tratarlo aquí. Dice la nota "Labor docente ninguna".

Yo creo que el caso es peor todavía: el médico va a olvidar muchos detalles de métodos de diagnóstico, de terapéutica: se va a trabajar cada vez más empíricamente. Como casi no hay manera de reconocer los errores, es imposible corregirlos. Esta condición es importante porque es causa de que sea difícil conseguir personal profesional para los hospitales.

2º—El caso de las ambulancias: es muy bueno dotar de adelantos tales como es a los hospitales para mejor servicio, pero resulta que un carro necesita quien lo maneje (dos sueldos, dos personas más mantenidas por el hospital); necesita lugar para guardarlos, gasta gasolina, llantas, piezas de repuesto, composturas y si todo sale del mismo presupuesto, la pequeña cantidad que tocaba a cada enfermo se reduce aún más. Además, con facilidad de transporte gratis se aumenta la afluencia al hospital, el que ya sin dicho medio de transporte era insuficiente para la cantidad de gente que lo busca, en casi todos los departamentos. También se aumenta el número del hospitalizados sin justa razón: viejecitos desamparados, enfermos casi agónicos con enfermedades caquectizantes, etc. En fin, el servicio da lustre a la asistencia social, pero empeora el servicio hospitalario. En menor grado sucede lo mismo con los carros fúnebres: el modelo de lujo enviado a todos los hospitales gasta un galón de gasolina por cada siete kilómetros gasto

que podría evitarse si se les diera estos carros a las municipalidades.

3º—Los pabellones antituberculosos. Se han creado en Jutiapa, Sololá, Escuintla, Quezaltenango y Mazatenango. El personal de ellos es pagado por la Liga contra la Tuberculosis, la cual manda también medicinas específicas para esa enfermedad. Es un paso dado hacia la solución del problema nacional que constituye la TBC: los enfermos están aislados, tienen medicinas, personal propio. Mas los pobres hospitales a los que los pabellones están adscritos tienen que dar comida, lavado, de ropa y medicina para toda la patología agregada a la TBC, para cerca de 90 gentes más, sin que haya habido un aumento paralelo de las asignaciones mensuales. Por lo menos en este caso especial de crecimiento brusco de los hospitales se aumentó el personal en la forma necesaria. Cada pabellón tiene su médico, cuatro enfermeras y dos conserjes.

Es fácil conjeturar que aún con personal suficiente, medicinas apropiadas, el tratamiento de la TBC falla por su base si no está complementado con una buena alimentación, la cual es imposible si la comida de todos estos enfermos tiene que salir de un subdivisión más del rígido presupuesto. En Huehuetenango hay también un pabellón similar pero es subvencionado por particulares, solución que parece buena. No está de más que deje constancia de un caso particular: en el Hospital de Escuintla el acceso al pabellón antituberculoso se consigue atravesando la Sala de Maternidad. Por allí pasan enfermos y personal del pabellón, contándose entre los primeros los de tratamiento ambulatorio que traen todas las sepsis posibles en sus ropas y cuerpos. Una demostración más de planificación arbitraria e inconsulta.

Recopilaré aquí lo expuesto anteriormente como paso previo a sugerir las modificaciones que me parecen útiles para conseguir los dos objetivos que a través del trabajo se han venido delineando: mejorar el actual estado de los

hospitales departamentales y dar más servicio médico asistencial en los departamentos.

Las condiciones médico-sociales del país se pueden resumir así: Guatemala tiene una población que en su mayoría desconoce la educación sanitaria y la higiene; geografía difícil para las comunicaciones entre los diferentes núcleos de población, ambiente de alta morbilidad por doquiera del país y casi en general, muy bajo nivel de vida por los míseros ingresos económicos de los trabajadores. La atención médica, por tanto, debe dárseles gratis o casi gratis.

Para dar ese servicio médico hay tres tipos de centros: los hospitales nacionales departamentales, los centros de Sanidad Pública y los del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. No tomamos en cuenta las pequeñas casas de salud privadas que por escasas y caras no ayudan a resolver el problema. Además, nos referimos exclusivamente a los hospitales y será sólo en relación con ellos que hablemos de las otras clases de centros de asistencia médica.

Los hospitales generales departamentales, nacionales, son todos demasiado pequeños para que siendo únicos puedan dar el servicio necesario en sus respectivos departamentos. La mayoría tiene edificios en malas condiciones físicas. Algunos están en buenas casas, pero inadecuadas para hospitales. El equipo con que trabajan es escaso y en muchos de ellos es malo; los laboratorios rudimentarios; el personal auxiliar todo empírico, sin ningún entrenamiento bien dirigido; personal profesional sumamente escaso. Se manejan con muy poco dinero porque reciben una cantidad que no ha sido calculada por el trabajo que se hará, sino por el total que hay para distribuir.

Su situación ya no responde a las necesidades actuales de servicios médicos en todo el país. Los servicios higiénicos con que cuentan están muy por debajo de los requerimientos mínimos en cantidad y calidad, pudiéndose ver colmos como el del Hospital de Jalapa con un sólo inodoro

para 73 camas; o como el caso del Hospital de Escuintla, con letrinas porque la escasez de agua impide el uso de inodoros.

Muy pocos tienen fuerza eléctrica propia. Casi ninguno tiene departamento cómodo y bien planeado para su personal interno, sino sólo roban un poco de espacio útil al hospital. Casi todos carecen de aislamientos para medicina o cirugía; la mayoría tiene un servicio mixto para niños y niñas, medicina y cirugía, habiendo todavía un hospital, el de Jalapa, que carece en absoluto de servicio para niños.

La lavandería es a mano en casi todos, lo que retarda y encarece el trabajo de lavado.

La escasez de personal hace que el Director sea, por lo general, Jefe de todos los servicios, médicos y quirúrgicos, fungiendo además como supervisor de la administración y de la contaduría; es encargado de personal y para colmar la medida, en algunos departamentos es el Médico Forense obligado y gratuito. Aun en los hospitales que cuentan con más de un médico, a cada unidad de trabajo (constituída por un médico y una auxiliar o, rarísimamente dos auxiliares), le tocan demasiados pacientes.

En muchos falta enfermera graduada. Las maternidades están a cargo de empíricas porque esas plazas tienen sueldos de auxiliares Q30.00 ó Q40.00. La atención nocturna es casi inexistente por lo reducido del personal. Es corriente ver una veladora para 60 o más enfermos y se da el caso de que a un enfermero le toque controlar las salas de mujeres.

Ninguno de los hospitales de nuestro estudio tiene especialistas ni posibilidades de consulta.

Hay bastantes hospitales que viven sobresaturados de pacientes. El de Salamá, por ejemplo, tuvo un día en sus 60 camas 108 enfermos en 1956. Por último, la labor docente que debiera ser obligatoria, no se puede cumplir porque aunque la cantidad de trabajo que se hace es enorme, su calidad es bajísima por las deficiencias descritas ya.

Concretando al máximo, el servicio hospitalario actual puede definirse así: mediano hospedaje, mala alimentación y terapéutica de "se hace lo que se puede".

La buena voluntad que los Directores han puesto en mejorar los hospitales sólo ha logrado paliar las deficiencias sin solucionar el problema, ya que éste es de magnitud nacional. Sin embargo, se puede hacer mejoras que aunque sea lentamente, corregirán los defectos actuales. He visto hacer gastos que si bien útiles no eran indispensables y cuyo monto indica que sí hay fondos para trabajar. Me refiero por ejemplo, a las camas con colchones y almohadas de esponja con que ~~(también de dotaron en 1955)~~, se dotaron en 1956 todos los hospitales; y a las unidades de ambulancia y coche fúnebre para cada hospital. Es oportuno intercalar aquí unas sugerencias del Dr. Sardá, al presente Director del Hospital de Jutiapa, la cual transcribiré literalmente: "1º—Que para ser Ministro de Salud Pública se conozca perfectamente bien los problemas hospitalarios por haber sido director de uno o varios de ellos por largos años. 2º—Que sea prohibido que los ministros de este ramo intervengan en política y más todavía, que transformen en política la labor ministerial. 3º—Que además de buen ministro haya buen sub-secretario con suficiente autoridad para resolver los asuntos que se le planteen. Este cargo debe ser desempeñado por un médico".

Paso a continuación a presentar mis sugerencias. La misma división en tres aspectos que hicimos para estudiar nuestros hospitales, haremos al tratar de reformas: aspectos económico, funcional y material. Cada uno se presta para intentar corregir sus fallas, pero teniendo en cuenta que cualquier modificación repercute sobre los tres aspectos, no guardaremos los límites estrictamente y a menudo interferiremos en un campo al hablar de otro. Tampoco conviene hacer modificaciones de un aspecto aislado. Comenzaremos con el aspecto financiero que es tal vez el más difícil de cambiar, pero algo se puede intentar:

los hospitales en su mayoría tienen como única fuente de ingresos la asignación mensual del Ministerio del ramo. Los que tienen adjunto un pabellón para el IGSS reciben pago por las estancias correspondientes. Algunos hospitales reciben donativos. En otros, las fincas pagan las estancias de sus mozos hospitalizados. La asignación gubernativa es, aun en los que tienen estas otras entradas, la parte más importante para su sostenimiento. Los donativos son demasiado irregulares para tomarse en cuenta. El pago de las fincas no siempre se hace efectivo; además, esos ingresos van al fondo común. El precio de las estancias está por debajo del valor actual de las mismas. No conozco el resultado, financieramente, de la tenencia de pacientes del IGSS en los hospitales, pero el caso del Hospital de Escuintla lo conozco bastante bien; en ese hospital el pabellón del IGSS es contraproducente. Se atiende tan pocos pacientes que lo que el hospital recibe es menos de lo que gasta y pierde lugar útil. Tal vez donde haya suficiente número de pacientes en forma regular el caso no sea el mismo.

Opino que hay varias formas factibles para mejorar tal estado de cosas: 1º—No sobrepasar la capacidad de los edificios hospitalarios. Esta capacidad tiene dos motivos para ser limitada: la escasez de personal y la pequeñez de capital disponible. Se aducirá que muchos pacientes quedan sin ser recibidos. Es una gran verdad, que a los demagogos parece crimen por una razón sencilla: si no son recibidos por el hospital hablan mal del gobierno y, si lo son y se les da mala atención, hablan mal del director y del personal hospitalario. Tal cosa sucede en forma permanente en la actualidad, siendo el verdadero crimen esa atención pésima, crimen en la que han sido cómplices comprendiéndolo o no, los médicos.

2º—La tributación que pagan las fincas al ramo de Sanidad Pública es muy pequeña. Creo que soportarían perfectamente un impuesto para los hospitales.

3º—La mayor cantidad de pacientes atendidos en los pitales es por Malaria y accidentes. Entonces, si se lograra que el Paludismo fuera considerado enfermedad profesional, cubriéndola el IGSS en el futuro, se conseguiría que donde éste tenga Centro Hospitalario, se descongestione el hospital nacional y donde haya pabellón del IGSS dentro del hospital, no sólo se descongestionarían las salas hospitalarias sino aumentaría el ingreso por estancias pagadas.

4º—Las epidemias constituyen otra de las causas de hacinamiento de enfermos en los hospitales departamentales. Se debe a que ellas se desarrollan casi sin control porque el campo de acción de los dispensarios e Inspectoría de Sanidad Pública es muy limitado, reducido casi exclusivamente a las cabeceras departamentales. Creo que sería posible que la sección de Epidemiología de Sanidad Pública organizara unidades móviles que se encargarían de limitar la extensión de los brotes epidémicos y hacer tratamientos ambulatorios en los casos adecuados, reduciendo así el número de enfermos que tendrían que ser hospitalizados.

5º—El sello que se ha cobrado para reconstrucción del Correo, que el pueblo paga sin sentirlo, ahora que el edificio del Correo está terminado, podría dar ingresos para los hospitales nacionales.

6º—Sería conveniente, ya teniendo hospitales bien dotados y adecuados, que fueran del tipo "abierto", en el cual se le dan facilidades a los médicos que las soliciten, cobrándoles por los servicios prestados. En esta forma podría darse servicio de Rayos X, Laboratorio, banco de sangre. El trabajo de toda la clase médica local se mejoraría y le daría ingresos al hospital ya que la mayoría de departamentos no tienen esas facilidades ni privadas.

7º—Podría generalizarse en los hospitales nacionales departamentales la atención pagada a enfermos semiprivados. En las cabeceras departamentales hay gran cantidad de personas que no tienen medios suficientes para costearse una casa de salud, pero no van al hospital. Todavía es casi

general la idea de buscar el hospital únicamente como último recurso. Se considera vergonzoso recluirse en él. Estas personas pagarían gustosas si las comodidades y la atención médica fueran buenas y baratas.

8º—Sanidad Pública, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y los Hospitales, necesitan servicios que podrían ser comunes (Rayos X, laboratorios, etc.), costeándolos entre las tres instituciones.

Trataremos a continuación asuntos que si bien pertenecen al aspecto funcional, encuentran aquí su lugar por su honda repercusión en los gastos de los hospitales. Nos referimos a las estancias indebidas y a las estancias prolongadas sin razón justa.

Los laboratorios deficientes, la medicina escasa, el personal mal entrenado y poco, son motivos de prolongación de estancias por mal diagnóstico o malos tratamientos. Débese pues, mejorar el equipo, completarlo. Mantener siempre suficiente material terapéutico; hacer buen trabajo médico quirúrgico, no sobrecargando los hospitales, ya que esto rebaja las posibilidades de buen trabajo.

La escasez de personal es un problema absolutamente de tipo económico: habiendo más dinero para cada hospital se puede pagar a mayor número de servidores para ellos. En cuanto a su preparación y calidad, se mejoraría si todos estos aspirantes a plazas hospitalarias fueran seleccionados por medio de un reglamento. Por ejemplo, para las enfermeras, convendría fijar entre otras bases que se crean pertinentes: a) edad límite de no menos de 20 años; b) instrucción primaria hasta 6º año como mínimo; c) que tengan por lo menos tres meses de práctica vigilada y guiada en hospitales, teniendo éstos la obligación de impartir cursillos de capacitación para el efecto y, finalmente, examen previo a emplearlos.

Hay una causa determinante en la mala calidad de personal obtenible actualmente, que debe modificarse para

conseguir los mejores resultados: los sueldos son muy pequeños y las jornadas de trabajo muy largas, la alimentación y el hospedaje que el hospital les proporciona no son muy buenos, luego, sólo se puede elegir entre las personas que pueden soportar esas condiciones.

Hospitalizaciones inmotivadas: éstas son producidas por falta de reglamentación para el ingreso de los enfermos. La consulta externa de los hospitales funciona muy pequeña cantidad de tiempo durante el cual se selecciona a los enfermos vistos, para internar unos, otros para que con recetas dadas allí se traten por su cuenta. Casi no se hacen tratamientos ambulatorios por cuenta del hospital porque esto exige personal aparte. Se hospitaliza pues al que pudiera hacerse tratamiento ambulatorio, porque viene de un lugar lejano desde donde no podría venir con la frecuencia necesaria o porque no tiene con qué comprar su medicina. Pasada la hora de consulta externa, los pacientes que llegan al hospital son ingresados como emergencias; en esta forma penetran al hospital casos que no merecen hospitalización. Este sistema aumenta también, por lo menos un día, el número de estancias que cada uno de estos enfermos causa, ya que casi siempre son vistos por el médico hasta el día siguiente, salvo casos de verdadera emergencia. Si existiera un reglamento claro y rígido en sus especificaciones se evitarían muchas estancias. No se vería así a esos viejecitos sin parientes que debían estar en un asilo de ancianos, que son enviados al hospital por las autoridades, porque no hay quien los mantenga. Tampoco se recibirían esos enfermos de enfermedades caquectizantes que ya cerca de su muerte, los parientes por evitarse molestias los llevan al hospital. Este no puede darles la atención especial que necesitan, por escasez de personal. Las medicinas que consumen se desperdician porque ya es imposible mejorarlos. Ensucian ropa y en fin, son enfermos caros y que no se benefician con su estancia en el hospital.

Tales problemas deben ser solucionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por medio de otras de sus dependencias, no por los hospitales.

El reglamento de egresos debe contener una especificación en el sentido de que la salida de un enfermo debe hacerse efectiva no más de un día después de la orden de alta y, al recibir a un paciente debe obligarse a la persona que se responsabiliza por él a dejar en depósito ropa y dinero para que el egresado se conduzca a su residencia. Tal cosa es necesaria por la frecuencia con que permanecen en el hospital personas ya sanas, que no se van por falta de ropa o porque los parientes no los van a traer.

Hay otros puntos que como los dos anteriores, están en relación con el aspecto económico y el funcional: la terapéutica dirigida y la proveeduría central. Se economizaría bastante si hubiera una oficina central que importara medicinas y material para hospitales. Se estudiaría por enfermedades los tratamientos más convenientes y con base en las estadísticas de porcentaje las mismas se surtiría a los hospitales. Debería también haber un laboratorio farmacéutico central que fabricara todo lo posible para uso de los hospitales departamentales. Igualmente sería conveniente crear la proveeduría general con surtido de equipo moderno para mantener en constante renovación y mejoramiento los equipos hospitalarios. Todas estas oficinas asesoradas por médicos.

La dotación actual de los hospitales en cuanto a equipo es muy desigual. Unos tienen regular, otros malo y, en general, todos tienen poco. Para ejemplo copio a continuación un párrafo de la respeusta que el Director del Hospital de Salamá dio a mi cuestionario: "Se debía estandarizar con buen equipo médico-quirúrgico y mecánico a los hospitales nacionales. El hospital de esta ciudad (Salamá) cuenta solamente con un aparato de Ombredanne para anestesias; un autoclave de kerosene que dificulta grandemente

la esterilización de ropa e instrumental y, para succión continua, un viejo aparato de Wangesteen".

El Dr. Sardá ya citado, opina: "El equipo es otro factor no tomado en consideración, y para mí, es después del personal el punto capital". El asunto es lógico, la escasez y la mala calidad o malas condiciones de equipo no permiten un buen trabajo. La creación de los organismos centrales sugeridos anteriormente resolverían el problema. El Dr. M. Quintero comparte la idea del establecimiento de tales dependencias y la complementa con una sugerencia que me parece muy interesante: "Convendría crear —opina él— un cuerpo de Inspectores Hospitalarios que serían intermediarios entre los hospitales y el Ministerio para que éste provea las necesidades de aquéllos". Cabe aquí también la magnífica idea de don Miguel González, administrador del Hospital San Juan de Dios por muchos años y quien ha desempeñado cargos importantes en el ramo de Salud Pública, de crear un fondo de reserva para urgencias hospitalarias, al servicio de los hospitales nacionales departamentales. Dicha reserva de dinero solucionaría inmediatamente infinidad de problemas sin expedienteos retardatorios ni esperas dañinas. La puesta en marcha de estas dos últimas ideas terminaría esa queja permanente de los directores hospitalarios: "el Ministerio no nos oye".

Hemos derivado progresivamente al aspecto funcional de los hospitales. Para entrar de lleno a este tema, comenzaremos generalizando: sabemos que no existe un reglamento que fije con claridad y exactitud las obligaciones de cada empleado en los hospitales. Estos funcionan según el arbitrio del Director respectivo. Sugerimos la creación de una oficina para control de centros asistenciales médicos, cuya función sería revisar los resultados obtenidos por períodos digamos de seis meses; calificaría y daría las oportunas indicaciones para corregir los defectos. Podría basar sus estudios en los datos estadísticos que le mandaran los hospitales, interpretados por un técnico en la materia. En

cada hospital igualmente, los datos serían ejecutados por un encargado de estadística, entrenado al efecto. Se recibiría entonces en los hospitales las oportunas indicaciones, verbigracia: (En ese hospital hay una tasa de mortalidad muy alta, rogamos investigar las causas). (Sugerimos corregir en tal forma el lavado en su hospital, pues actualmente está saliendo a un costo muy elevado). Las estancias por enfermo son muy prolongadas en su hospital ¿a qué se debe eso?). (Por qué razón en ese hospital tay tanta diferencia entre el número de intervenciones quirúrgicas entre hombres y mujeres?), etc.

Aun más, podrían ser los inspectores hospitalarios los que investigaran estas fallas y propusieran las enmiendas pertinentes.

Fijemos nuestra atención en algunos detalles: La escasez de personal trae como consecuencia mala atención hospitalaria. Es necesario para evitar esto: 1º—Que haya por lo menos una enfermera por cada 10 camas. Así los servicios (de no más de 30 camas) deben tener 3 enfermeras, dos para el día y una veladora. Estas enfermeras no harán servicio de limpieza; para este fin habrá personal exclusivo, variable en número según el tamaño del hospital.

2º—Todos los hospitales deben tener Médico Interno y si fuera posible practicantes internos. Los ingresos de la tarde los haría este médico interno, con una buena observación clínica y órdenes terapéuticas. Los enfermos tendrían de este modo buena atención y tratamiento desde su ingreso.

3º—La consulta externa debe funcionar por lo menos toda la mañana y tener departamento para tratamiento a ambulatorios.

4º—Debe mejorarse los sueldos y las condiciones de vida del personal interno. El personal facultativo podría seguir con los sueldos simbólicos de que ahora *goza,* pero debe colocársele en un ambiente verdaderamente científico para superación de su trabajo y estímulo personal. La labor

docente vendría por sí sola, pudiéndose complementar con conferencias, sesiones clínicas, etc., para todos los médicos locales, ya que el personal facultativo seguirá siendo escaso durante mucho tiempo.

5º—Hay un hecho muy importante en el funcionamiento defectuoso de los hospitales, que por corriente pasa desapercibido: que un médico —el Director— maneja a su antojo la institución a su cargo. Tal cosa debe cambiar en beneficio de los resultados de la labor hospitalaria. El calificativo actual para esos cargos debe responder a la realidad: Los médicos deben ser exclusivamente Directores Ejecutivos. Debe haber, pues, una política general para todos los hospitales, dispuesta de preferencia por comités (Cuerpos de Gobierno de Hospitales), integrados por representantes de todos los grupos que componen una comunidad —Asociaciones benéficas, clubs, representaciones religiosas, grupos laborales y las autoridades civiles del pueblo—. El Director se encargará de llevar a cabo esa política exactamente dentro de las reglas fijadas por el cuerpo de gobierno.

Es claro que la experiencia del Director puede guiar, sugerir o modificar esa conducta, pero será el estudio del comité el que disponga las modificaciones. Tal manera de proceder tiene la ventaja de que se obtiene la ayuda de todo un pueblo, el cual conoce los problemas de un centro del que tanto necesita y del que, estando bien servido y equipado, todos se van a servir. Sería conveniente que se usaran los medios posibles de colectar fondos, de lo cual se encargaría un comité específico.

6º—Es necesario que para el funcionamiento sea aceptable, que la parte material del hospital llene las condiciones mínimas indispensables. Por lo tanto pasamos a detallar las sugerencias que se refieren a este aspecto de nuestro tema.

1º—En primer lugar, la localización de los hospitales existentes actualmente ya no responde a las necesidades

que de ellos hay en el país. Ni como regionales dan la cantidad necesaria de servicio porque son muy pequeños. Deben construirse nuevos hospitales en sitios elegidos después de cuidadoso estudio de la demanda y facilidades para usarlos.

2º—Al construir un nuevo hospital debe tener todos sus servicios previstos y bien planeados técnicamente: yo sugiero salas de no más de 30 camas. Calcular no menos de 15 metros cúbicos por cama; 150 litros de agua por cada habitante del hospital; protección contra moscas, zancudos y polvo. Buenos drenajes y buena disposición de las inmundicias.

Debo transcribir aquí la sugerencia que al respecto recibí del Dr. Sardá. El opina: "Que los planos de los edificios hospitalarios sean hechos por ingenieros asesorados por médicos, para que no resulten hoteles en vez de hospitales, como el presente".

3º—Los hospitales viejos que tenemos en los departamentos, al disminuir su población hasta un límite justo, con la asignación presupuestal que están recibiendo o todavía mejor, aumentada, pueden servir bien una zona de influencia menor de la que ahora les corresponde.

Todo lo expuesto anteriormente tiene como fin primordial mejorar el servicio médico asistencial nacional. Lo que se expone a continuación, al mismo tiempo que desarrolla la condición del punto 3º anterior, es decir, disminuir la población actual de los hospitales, es un proyecto para dar más servicio de asistencia médica en los departamentos.

1º—Siempre ha existido marcada separación entre la labor de Sanidad Pública y la de los hospitales. ¿No sería posible una jerarquización diferente y que una sea el complemento de la otra? Los llamados Inspectores de Sanidad podrían tener una enseñanza básica de las enfermedades epidémicas, para hacer medicina curativa en casos adecuados y en sitios determinados por la dificultad de acceso a un hospital o falta de médicos.

2º—Se crearían consultorios con servicio hipodérmico, farmacia, equipo para pequeña cirugía y atención de partos, en lugares a donde ya no llega la influencia del hospital o donde la morbilidad sea muy alta. Estarían atendidos por pasantes o infieris en medicina. Se haría tratamientos ambulatorios, educación sanitaria, pequeñas intervenciones quirúrgicas, obstetricia normal o de fácil resolución y distribución de enfermos a los hospitales. Tendrían además a su cargo la supervisión de esos practicantes de Sanidad, preparándolos para luchar contra endemias y epidemias del país. En algunas zonas remotas del Occidente y del Norte de la República estos consultorios serán lo único posible durante muchos años.

3º—En casos de necesidad se crearían pabellones transitorios para epidemias en los sitios necesarios, costeados por las fincas o las municipalidades y atendidos por los Jefes de Consultorio y los practicantes de Sanidad.

Se objetará que con este sistema se está creando una legión de empíricos. Es una gran verdad; pero ningún médico desconoce que aún en la capital, hay brujos, espiritistas, farmacéuticos y empíricos que tienen más clientela que los doctores en medicina. Yo considero que la calidad de Médico es tal, que no se debe temer esa competencia.

Países con problemas parecidos a los nuestros, como las Indias Holandesas, por ejemplo, crearon una escuela para practicantes nativos, preparándolos para luchar contra el Paludismo, Enteritis y métodos primitivos de asistencia a partos. Los resultados obtenidos han sido muy buenos.

4º—No sólo en los lugares de difícil acceso se habilitarían estos consultorios sino también en las zonas de alta morbilidad alejadas más de 40 Kms. de un hospital general. Pongo 40 Kms. como ejemplo; la cifra definitiva será pro-

ducto del estudio de zonas de influencia, facilidades de acceso, etc.

El Dr. Kolbe propone que se hagan los hospitales grandes y cuando estén ya terminados, construir los subsidiarios para que el sistema funcione completo. Sería muy bueno ejecutar tal sistema, pero la experiencia demuestra que se necesita mucho tiempo para tener estos hospitales y mientras tanto enormes cantidades de gente no tienen a su alcance facilidades de atención médica. ¿No sería entonces más lógico y humano comenzar al revés? Primero lo pequeño, lo factible en cualquier momento y luego lo más difícil y lento. La misma falta de educación sanitaria del pueblo, exige más esta clase de servicio. La creación de esos pequeños puestos de socorro médico es una buena solución.

CONCLUSIONES

Hemos revisado los diversos requerimientos y funciones de los hospitales modernos en la primera parte de esta tesis. En la segunda parte presentamos la realidad nacional en cuanto a Hospitales Generales Departamentales se refiere y luego, en la tercera parte, tratamos múltiples problemas de dichas instituciones e hicimos numerosas sugerencias para resolverlos, aprovechando ideas propias y de profesionales Directores de Hospital, así como también los estudios técnicos que con el mismo fin se ha elaborado y que hemos tenido a nuestro alcance. Finalmente pasamos a dar las conclusiones de nuestro estudio, que son las siguientes:

1ª—El tipo ideal de hospital general está muy por encima de nuestro mejor hospital departamental.

2ª—En nuestro país se necesita mucho más servicio hospitalario que el que pueden dar los Hospitales nacionales existentes.

3ª—Esta necesidad irá aumentando progresivamente al crecer y educarse la población y este problema no debe resolverse sobrecargando cada vez más los hospitales como se ha hecho hasta ahora, ya que el resultado es mala atención hospitalaria.

4ª—Los defectos principales que se encuentran en los hospitales son: a) Edificios inadecuados; b) Capacidad muy pequeña en relación con el servicio que necesitan las comunidades; c) Equipo escaso y a veces en malas condiciones; d) En general el personal hospitalario es muy reducido en relación con el número de enfermos que atiende; e) Presupuestos exiguos; f) Preparación

deficiente del personal administrativo y del auxiliar; g) Dirección sin normas de orientación por falta de reglamentos; y h) Localización inadecuada en relación con las necesidades regionales.

5ª—Se sugiere para coregir los defectos, en el mismo orden en que se enumeraron: a) Al construir nuevos hospitales, los planos deben ser ejecutados por técnicos especializados o por ingenieros asesorados por médicos; b) Crear nuevos hospitales y centros de consulta médica donde más se necesiten. Tal cosa resuelve también el punto h; c) La creación de una proveeduría general con laboratorio farmacéutico adjunto, y una oficina de inspección de hospitales para conocer las necesidades de éstos y resolverlas; d) Presupuesto que permita el mejor funcionamiento por cada hospital considerando incluso el aumento de personal necesario para cada caso; e) Creación de nuevas fuentes de ingresos: tributación directa de parte de las fincas para los hospitales; transferencia para los hospitales del impuesto del sello de reconstrucción del correo; organización de comités que colecten fondos de la comunidad, por medios aprobados por el cuerpo de gobierno; f) Organización de la escuela para personal administrativo hospitalario; obligación de los hospitales de impartir cursillos para enfermeras; crear un reglamento para elegir a los aspirantes a plazas en los hospitales; y g) La política de cada hospital debe ser fijada por reglamentos emitidos por el respectivo cuerpo de gobierno; el director debe ser sólo el ejecutor de estos reglamentos.

6ª—Es necesaria mayor cooperación de parte de otros organismos que hacen labor médica asistencial para los hospitales.

7ª—El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social podría ayudar a los hospitales nacionales tomando a su cargo el Paludismo como enfermedad profesional y teniendo servicios auxiliares comunes con los hospitales (Rayos X, Laboratorios, etc.), financiados proporcionalmente al uso que los pacientes asistenciales o asegurados hagan de ellos.

8ª—Sanidad Pública podría también usar servicios en común. Además crear unidades que hicieran medicina curativa en sitios donde las facilidades hospitalarias son difíciles o imposibles, y para luchar contra las epidemias y pandemias en sus brotes originales, evitando así la plétora hospitalaria actual.

JOSE VICTOR ROMA E.

Vº Bº,

Dr. Manuel Antonio Girón.

Imprímase,

Dr. José Fajardo,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

Hospital Care in the Unietd States.—Conmonwealth Fund, 1949.

Bases para la Organización de un Hospital General.—Pedro Fariñas y Colaboradores, 1949.

Higiene y Saneamiento del ambiente rural.—Zapatero y Ballesteros, 2ª Ed.

Estudio Hospitalario de Guatemala.—Dr. W. Kolbe. IGSS., 1948.

Censos de 1940 y 1950.—Dirección General de Estadística.

Estadísticas Hospitalarias de 1949 al 53.—Dirección General de Estadística.

Boletines de Estadística 15/X/57 y *30/X/57.*—Dirección General de Estadística.

Cuestionarios contestados por los Médicos Directores de los Hospitales de Salamá, Cobán, Quezaltenango, Quiché, Jalapa, Jutiapa y Escuintla.

Revistas "El Hospital".—Nº 12, 1957; Nº 7, 1949 y Nº 10, 1956.

FE DE ERRATAS

DICE	DEBE DECIR
Pag. 7, renglón 10: . . .ser algo de ellos	.....ser digno de ellos.
Pag. 12, Párrafo 4, renglón 4o. según sus dependencias se extienden.....	Según que sus dependencias se extiendan.

Pag. 23 El título del gráfico debe decir:
Mapa que muestra la situación de las Cabeceras y de los hospitales departamentales.

Pag. 35 renglón 15: . . . . los beneficios de una transfusión desconocidos	.....Los beneficios de una transfusión fueron desconocidos....

Pag. 37: Véase el cuestionario de la página 38 a continuación de donde dice (Para muestra adjunto el.....).

Pag. 38 renglones 6 y 7: . . . con pocas modificaciones los mismos . . .	. .con pocas modificaciones son los mismos . . .
Renglón 9o.: El estudio comienza	El estudio comienza por el hospital de Sacatepèquez
Página 49, renglón 9o. . . .abandono. Se necesita. . .	. . .abandonado. Se necesita
Página 51, Punto 2o. renglones 2o y 3o :. adelantos como es. . . para mejor servicio	adelantos como ese para mejorar sus servicios.
Pág. 68 renglón 15: . . .funcionamiento por cada hospital.....	. . .funcionamiento a cada hospital

Pag. 37: Debe agregarse a los cuestionarios mencionados, el del Hospital del Quiché, enviado por el Dr. C. Arenales.