

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

**Proyecciones Nacionales de un Programa
de Salud Pública Integral**

TESIS

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

HUMBERTO AGUILAR STAACKMANN

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO.



GUATEMALA, MARZO DE 1959.

PLAN DE TESIS

I.—Introducción.

II.—Bosquejo Histórico de la Salud Pública en Guatemala:

- a) Consideraciones generales;
 - b) Aspectos de la Salud entre los mayas y los aztecas;
 - c) Primeros Servicios Hospitalarios;
 - d) Actividades iniciales de Sanidad;
 - e) Introducción de la vacuna anti-variolosa en Guatemala;
 - f) Consejos Superiores de Salubridad; y
 - g) Dirección General de Sanidad;
- Primeros Directores y Organización.

III.—Breve Análisis de la situación actual.

IV.—Concepto moderno de Salud Pública.

V.—División de Servicios Rurales de Salud Pública.
Programa de Demostración Sanitaria:

- a) Organización;
- b) Adiestramiento de Personal;
- c) Zona de Demostración Sanitaria;
- d) Conceptos fundamentales del trabajo de los Centros de Salud; y
- e) Programas.

VI.—Proyecciones Nacionales.

VII.—Conclusiones.

VIII.—Bibliografía.

I.—INTRODUCCION

Nuestra patria forma parte de los países del mundo que mayores problemas sanitarios confrontan (1). Para darnos cuenta de ello basta tan sólo dar una mirada a las estadísticas vitales para quedar hondamente impresionados al ver la triste realidad que nos demuestran.

Diariamente cobran tributo, en muchas vidas, enfermedades como paludismo, tuberculosis, diarreas infecciosas, enfermedades de la primera infancia, desnutrición, y muchas otras, y día a día arriban a los distintos centros hospitalarios del país, seres en busca de alivio, para morir algunos a pesar de los tratamientos adecuados y ser dados de alta otros que, al poco tiempo vuelven nuevamente con los mismos o peores males, formando un círculo vicioso y abarrotando los hospitales, para casi darnos una sensación de impotencia en nuestra lucha contra ese tipo de enfermedades.

Si por un lado, las estadísticas revelan, que ocupamos el segundo lugar en veinte países seleccionados del mundo, en lo que a natalidad se refiere, tenemos el primero en mortalidad general y, en niños, las tasas más altas de mortalidad dentro de las edades comprendidas de uno a cuatro años (2). Gran cantidad de niños nacen sin atención médica y, alto porcentaje de seres muere también sin la misma en todo el país (3).

Ardua ha sido la labor de muchos profesionales tratando de solucionar estos problemas y a pesar de ello, la situación permanece casi la misma. Sin embargo podemos hacer varias consideraciones en relación a esta situación y que conviene analizar. Existen varios factores que debemos tomar en cuenta; son ellos principalmente: el económico, el educacional y la falta de salud. Estos factores forman un círculo cerrado y en cualquier sentido que los

tomemos, se influyen recíprocamente. Así, al haber producción baja, los salarios tienen también que ser bajos. Esto hace que las necesidades en cada hogar aumenten, es decir, que haya mayor dificultad para adquirir los alimentos necesarios (lo que determina a corto o largo plazo desnutrición), que la vivienda sea de malas condiciones y que la educación sea sumamente pobre. Esto último por varias razones: a) la falta de dinero suficiente para invertirlo en educar a los hijos; b) esa misma falta, hace que los niños tengan que trabajar prematuramente para aumentar los ingresos; y c) la desnutrición, la cual determina que el rendimiento sea deficiente.

La vivienda en malas condiciones, la mala alimentación y la falta de educación, determinan la enfermedad, la cual produce mayor pobreza porque resta energía y capacidad, lo que origina a su vez producción baja. Existe además, un corto circuito interior, en el cual, la enfermedad determina altos gastos curativos para la persona y para el Estado; dinero en realidad mal empleado si se analiza detenidamente la situación, ya que al invertir grandes sumas en la restauración de la salud, los aportes a obras de saneamiento y prevención son bajos y si estas obras no se realizan en la debida forma, hay aumento de enfermedad (debiéndose invertir más dinero para combatirla), la cual incapacita mayor número de seres para rebajar de nuevo la producción. Ver esquema N° 1. (4) y (5).

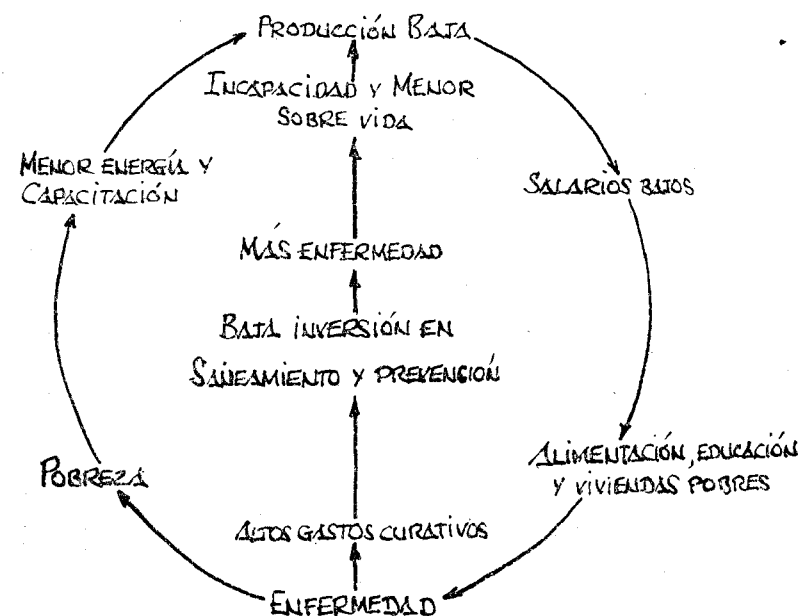
En Guatemala nuestras condiciones sanitarias son malísimas en el área urbana, y en el área rural aún más deplorables. Las autoridades sanitarias pocas mejoras han logrado y esto se debe principalmente a la falta de organización y coordinación de los programas, resultado del escaso personal especializado en Salud Pública, además del poco apoyo que se les ha prestado.

A nosotros nos interesa más el aspecto médico del problema y en este sentido es Salud Pública la indicada y encargada de solucionarlo, extendiendo su acción a nivel nacional, pero con el concepto moderno de lo que es la

Salubridad actualmente, trabajando en equipo para hacer estudios sobre las condiciones sociales, económicas y educativas de cada región o comunidad con el objeto de analizar los recursos de las mismas, jerarquizar sus problemas y tan sólo después, efectuar el planeamiento de los programas que los solucionen, siguiendo un orden lógico de prioridades, de acuerdo con la importancia de los mismos.

Funciona en nuestro país desde 1954 la División de Servicios Rurales de Salud Pública que ha desarrollado sus actividades en una pequeña zona del centro y sur de la República "Zona de Demostración Sanitaria", en donde se han logrado mejoras apreciables.

Esto significa el inicio de una nueva era para la Salud Pública en Guatemala; el entusiasmo y preocupación por ella, cada vez es mayor entre médicos y estudiantes.



Esquema N° 1.

La Facultad de Medicina incluye dentro de su plan nuevo, estudios sobre Salud Pública, siendo a las nuevas generaciones de médicos a las que toca principalmente continuar su desarrollo para lograr en nuestra patria el progreso que en este sentido ya han alcanzado otros países de América.

II.—BOSQUEJO HISTORICO DE LA SALUD PUBLICA EN GUATEMALA

a) CONSIDERACIONES GENERALES:

Al pensar que un análisis de los antecedentes facilita o ayuda a comprender el problema tal como se encuentra actualmente, que asimismo, un examen retrospectivo puede en muchas ocasiones indicarnos el mejor camino a seguir y también por el simple deseo de mencionar algunos de los hechos importantes o acontecimientos que han sido de valor y que han promovido uno que otro cambio en nuestra organización sanitaria, es que pensamos hacer esta breve reseña, la cual no pretendemos esté libre de errores u omisiones involuntarios, debidos más que todo, a la dificultad que encontramos en la obtención de datos, ya que sobre Salud Pública en Guatemala no existe de su historia ningún resumen al respecto.

No está de más mencionar que muchos de los datos que se exponen a continuación, fueron tomados del libro del Dr. Carlos Martínez Durán: "Las Ciencias Médicas en Guatemala, Origen y Evolución".

b) ASPECTOS DE LA SALUD ENTRE LOS MAYAS Y LOS AZTECAS:

De nuestro pasado en este sentido, poco se conoce; se afirma que nuestras razas aborígenes fueron sanas y que el colonizador les trajo, entre otras cosas, vicios, malas costumbres y gran número de enfermedades.

Los mayas y los aztecas practicaban algunos preceptos favorables a la salud individual y colectiva. Entre sus principales costumbres higiénicas se contaban los baños y la dieta. Era costumbre bañarse y lavarse boca y manos

después de comer. En la mitología médica indígena, se menciona a "Temazcaltecl", la abuela de los baños que protegía y aconsejaba los baños de vapor, aún practicados actualmente y conocidos como temazcal.

La dieta de los mayas era variada y moderadas sus comidas para una mejor asimilación; su principal alimento era el maíz pero comían vegetales y carne de venado y pescado. La higiene de la embarazada mereció su atención y era sometida a dietas especiales.

Las epidemias de tifus exantemático fueron frecuentes en América antes de la llegada de los españoles. Enfermedad endémica en México y conocida en lengua azteca como "Matlatzahuatl" (erupción en forma de red), la cual se propagó a las regiones altas de Guatemala. El paludismo o malaria existió en Yucatán, México y Guatemala bajo formas benignas en épocas anteriores al descubrimiento de América. La malaria perniciosa fue importada después de la conquista por esclavos africanos. Antes de la conquista el estado sanitario y moral de los indígenas era malísimo. El memorial de Tecpán-Atitlán relata las pestes que asolaron a Guatemala antes y durante la conquista. El libro de Chilam-Balam de Chumagel habla de una epidemia de disentería que atacó a los mayas en una de sus peregrinaciones; sin embargo, la mayor parte de pestes y epidemias fueron traídas por los españoles. En México, Yucatán y Guatemala, hubo grandes pestes durante la conquista, siglos XVI y XVII.

La fiebre amarilla parece ser que no existió en América antes del siglo XVII. Lo mismo se supone de la influenza.

McBride cree que la epidemia de 1523 que tantos estragos hizo en Guatemala y que fuera descrita en el Memorial de Tecpán-Atitlán, fue de influenza; sin embargo, los síntomas descritos no son suficientes para el diagnóstico. El nombre dado a esta enfermedad: Chaac, que en cakchiquel quiere decir: "peste con erupción cutánea o con llagas" hizo pensar a Brinton que se tratase de sarampión y que la

gran mortalidad se debió a que era primera infección que actuaba en terreno virgen. El Dr. Carlos Martínez Durán se inclina más hacia la tesis de Brinton y añade que pudo haberse tratado de tifus exantemático por los síntomas eruptivos y broncopulmonares referidos.

Respecto a la sífilis, cuyo origen ha sido tan discutido, el Dr. Carlos Martínez Durán en su libro, dedica un capítulo completo a dicho problema, analizando las diferentes tesis y argumentos en pro y en contra del origen americano de la misma, llegando a concluir en que esta enfermedad realmente es tan antigua como el hombre, siendo interesante hacer mención de la extraordinaria resistencia de los mayas e indios de Centroamérica para adquirir la sífilis, resistencia que el autor atribuye a inmunidad racial.

Aunque brutales, los mayas contaban con prácticas eugenésicas, que consistían en matar a los viejos y enfermos incurables con el objeto de librar a la descendencia.

Por último, se atribuye a las epidemias pestilenciales ser la causa de la destrucción del Imperio Maya en el siglo VII de la Era Cristiana.

c) PRIMEROS SERVICIOS HOSPITALARIOS:

En el siglo XVI con la fundación de la segunda ciudad de Guatemala en el Valle de Almolonga, nace el primer hospital que se llamó de la Misericordia, casa de caridad y primer asilo de enfermos que existió en Guatemala, el cual en 1534 se transformó en hospicio, asilo de inválidos y hospital, debido a la triplicación de sus actividades. Este hospital casi no tuvo vida.

Durante el siglo XVI y por espacio de 20 años, las pestes asolaron a la ciudad de Guatemala, la cual en ese entonces había sido ya trasladada al Valle de Panchoy. Por las descripciones no puede hacerse diagnóstico retrospectivo. La epidemia sufrida en 1558 venida de México, probablemente fue la misma que existió en 1523.

En 1561 y 1562 reaparece la peste Chaac, la cual ocasiona gran mortalidad. En el año de 1564 padece Guatemala por primera vez la epidemia de viruela, la cual cobró alto tributo en vidas sembrando la muerte y la desolación. Pasan 10 años de relativa tranquilidad y en 1576 las pestes nuevamente hacen presa de Guatemala, arrasando pueblos enteros.

En la segunda mitad del siglo XVI Fray Matías de Paz levanta el hospital de San Alejo o de Indios; por esa época también es fundado el Hospital Real de Santiago a instancias del Obispo Marroquín.

Por demás está mencionar que en esta época no había médicos ni cirujanos y que en estos hospitales únicamente se prodigaba asilo a los enfermos tanto indios como españoles, basándose el combate de las epidemias en la fe y la religión.

En el año de 1640 se edifica el hospital de San Lázaro para asilo de los enfermos del mal de ese nombre.

d) ACTIVIDADES INICIALES DE SANIDAD:

Nuevamente en 1733 se presenta en Guatemala la viruela, causando en un mes más de 1,500 muertes. Continúa la cadena de epidemias: en 1769 se presenta el sarampión que ocasiona miles de muertes entre los indios y seguidamente el tabardillo o tifus. Ambas enfermedades fueron estudiadas en forma bastante completa. Las medidas sanitarias no podían ser buenas, dado el atraso científico de la época; sin embargo, grande fue el interés de las autoridades en su lucha contra el sarampión. Casi podría decirse que en ese tiempo se fundó la Sanidad Pública, surgida de las circunstancias del momento. El Dr. Martínez Durán dice textualmente: «El fiscal Romaña y Herrera, el Capitán General Don Martín de Mayorga y el noble Ayuntamiento de Guatemala (1773-74) son sin duda alguna, los creadores oficiales de la Salud Pública. Ellos fueron los primeros en comprender la trascendencia de las palabras de Cabanis,

quien auguraba que si la salud es el primero de los bienes, la medicina debe ser la primera de las artes».

A Don Martín de Mayorga se le coloca muy alto como protector de la Salud Pública. En la epidemia de tifo, gracias a él, se formó una junta de sanidad de la cual emanó el plan de combate contra dicha enfermedad; esta epidemia duró aproximadamente un año.

Recién fundada la capital de Guatemala en el Valle de la Ermita, sufre una de las más terribles epidemias de viruela en el año de 1780. Las circunstancias favorecían el desarrollo de la peste, ya que los hospitales estaban en construcción y no existían lugares de aislamiento. Por esta última razón, el Gobierno dispuso fundar el hospital de viruelas bajo la advocación de San José.

Durante esta epidemia el Dr. José Felipe Flores emplea por primera vez en Guatemala, el método de la inoculación contra la viruela, tomando de pústulas de enfermos el virus y aplicándolo con un algodón sobre ulceraciones provocadas en la piel de individuos sanos. Si bien es cierto, este método precursor de la vacunación significaba un riesgo, era mucho menor que el de la enfermedad, por lo que alcanzó gran popularidad teniendo resultados magníficos.

e) INTRODUCCION DE LA VACUNA ANTI-VARIOLOSA EN GUATEMALA:

En 16 de Mayo de 1804 es recibida en Guatemala por el Dr. Narciso Esparragosa y Gallardo, la ansiada vacuna enviada por el guatemalteco Ignacio Pavón y Muñoz, residente en Veracruz. Ese mismo día, el Dr. Esparragosa hace las primeras inoculaciones. Esto sucede mucho antes que desde México llegara el comisionado de la expedición, que al mando de Francisco Xavier de Balmis, fuera enviada de España a propagar la vacunación en América (6).

Al Dr. Esparragosa y Gallardo se le ha llamado el apóstol de la vacuna. La campaña emprendida en Gua-

temala bajo la dirección de dicho médico, se extendió rápidamente.

En Enero de 1805 se dio el real decreto aprobando los estatutos y reglamentos de la Junta de Vacuna. Los fines de dicha Junta eran tres:

- «1º—La propagación de la vacuna en todo el distrito de la Capitanía General;
- 2º—La perpetuidad de la vacuna, de manera que si fuere posible nunca llegue a faltar en el mismo distrito; y
- 3º—Las observaciones y nuevos descubrimientos que de la práctica de la vacuna puedan resultar a beneficio de la Salud Pública».

Esta Junta funcionó regularmente durante doce años.

A principios del siglo XIX, en el año de 1814, se funda en Guatemala la Junta de Sanidad Pública, base de todas las juntas posteriores y similares. La ley a que ella se refería, decía textualmente: «para cuidar en cada pueblo de la Salud Pública, se formará cada año por el Ayuntamiento, donde el vecindario lo permita, una junta de Sanidad, compuesta del Alcalde 1º o de quien haga sus veces, del cura párroco más antiguo de uno o más facultativos, de uno o más regidores y de uno o más vecinos según la extensión de la población. Esta Junta podrá aumentarse según las necesidades y se regirá por los reglamentos existentes».

El 27 de abril de 1814 se inauguró la Junta, presidida por el Alcalde Juan Antonio Aqueche, D. Manuel del Castillo regidor, Dr. Esparragosa, el cura Mariano García y don Sebastián Melón capitán de voluntarios. Dicha junta pidió el aumento de la misma, siendo aprobado y nombrándose para los nuevos cargos al juez de policía José García Granados, al regidor Luis Francisco Barrutia y al facultativo Pedro Molina.

La Junta de Salud Pública dictó muy buenas medidas, entre ellas: Establecimiento de cementerios fuera del poblado, aseo y limpieza de calles y cárceles, se procedió contra curanderos, etc. Cuando apenas iniciaba sus actividades fue suprimida por orden de la Corte de Cádiz. Seis años duró la interrupción de la Junta de Sanidad, reanudando sus sesiones el 5 de Octubre de 1820, continuando sus funciones hasta el 4 de Noviembre de 1825. La situación política porque atravesaba Guatemala, obstaculizó muchas labores de la Junta. Los hombres se preocupan por la política y la Salud Pública sufre gran abandono. Pocas medidas se toman contra la epidemia de sarampión de 1826 y la de tos ferina de 1836.

Debido a las alarmas que había tenido Guatemala respecto al cólera morbus, epidemia que hacía tiempo andaba en América destruyendo pueblos enteros, se emiten decretos del Gobierno, estableciendo juntas de sanidad en el año de 1833. En los años siguientes sigue siendo preocupación el cólera, más sin embargo, la epidemia se presenta en Chiquimula en 1837. En ese tiempo el Dr. Gálvez, Jefe de Estado, emite decretos importantes para el aislamiento de Chiquimula; se forman cordones sanitarios y muchas medidas más que no son suficientes para evitar la propagación de la enfermedad, que invade toda la República. Se calcula aproximadamente en 12,000 el número de muertos por la enfermedad.

Pasan los años y en 1857 el cólera vuelve a hacer estragos aún mayores que 20 años antes. Probablemente se debió a que las medidas en esta ocasión no fueron tan estrictas como en 1837. Hubo más de 30,000 enfermos, de los cuales murió aproximadamente la tercera parte.

En 1883 se toman medidas de importancia para la Salud Pública; en primer lugar se dispone que la vacunación anti-variolosa sea obligatoria para los niños en las escuelas y más tarde obligatoria para todos los habitantes de la República. Se emite además un reglamento para las lecherías.

El 1º de Marzo de 1890, es creado el cuerpo médico de Sanidad, encargado de velar constantemente por la Salud Pública. Una de sus principales atribuciones se refiere a prevenir la invasión de nuevas epidemias elaborando un reglamento para la Junta de Sanidad e Inspección General de Higiene (7).

En 1892 se toman medidas contra la epidemia de fiebre amarilla, declarándose cuarentenas, etc. Debido a la epidemia de viruela de 1895, se aprueba el 31 de Octubre de ese año el contrato para establecer un lazareto provisional en el "Gallito", aprobándose el pago de los gastos de construcción del mismo, el 8 de Julio de 1896.

f) CONSEJOS SUPERIORES DE SALUBRIDAD:

En 1900 se nombra una comisión compuesta por los Drs. Juan J. Ortega, Nicolás Zúñiga, Jorge Avila Echeverría, Luis Antonio G. Saravia y Manuel Herrera, para que formulen un reglamento de Sanidad. El 15 de Febrero de 1906, el Presidente de la República decreta aceptar la convención sanitaria firmada en sus partes ad-referendum el 14 de Octubre de 1905 en Washington, la cual se refiere a las medidas sanitarias de profilaxis contra la fiebre amarilla. Además, se compra tela metálica para contribuir al saneamiento de los lugares afectados de esta enfermedad. En este año se acuerda el nombramiento del primer consejo superior de Salubridad Pública, según el nuevo código.

Dicho consejo estaba compuesto por las siguientes personas: Dr. Juan J. Ortega, Presidente; Dr. Julián Rosal, Vocal 1º; Licenciado Antonio F. Saravia, Vocal 2º; Dr. Luis A. Abella, Vocal 3º; y Dr. Alberto Padilla, Vocal 4º.

En 1907 se aprueba el Código de Sanidad Pública y se declara oficial la cartilla de higiene escolar del Sr. Máximo Soto Hall (8).

Hasta 1928 se dio el primer paso para una organización sanitaria en Guatemala (9). Las medidas tomadas anteriormente fueron dictadas por médicos generales. En 1910

por Decreto 776, se establece la vacunación obligatoria. En ese mismo año se nombra el segundo consejo: Presidente, Dr. Julián Rosal; Vocales: Dr. Mariano J. López, Dr. Nicolás Zúñiga, Dr. Máximo Santa Cruz, Dr. Rodolfo Robles, Lic. Juan Melgar, y Licenciado Pedro Arenales.

En 1917 se acepta por el Gobierno la comisión sanitaria del Instituto Rockefeller de Washington, para que con el Consejo Superior de Salubridad se dediquen al estudio y tratamiento de la Uncinariasis. En 1918 se comisiona al Dr. Rafael Morales para formar el plano de los lugares donde existe *Stegomia facia* (*Aedes egypti*). En Julio de ese año, se organiza el Consejo Superior de Salubridad en la siguiente forma: Dr. Alvan M. Strusse, Presidente (representante de la Fundación Rockefeller); y Vocales: Dr. Manuel Arroyo, Sr. Ernesto Mencos, Lic. José Flamen-co y Lic. Juan A. Melgar. El 21 de Febrero de 1919, se nombra al Dr. Arroyo, Presidente del Consejo Superior de Salubridad, quien trabajó con la Rockefeller. Se trazaron programas de prevención contra epidemias (8).

g) DIRECCION GENERAL DE SANIDAD:

PRIMEROS DIRECTORES Y ORGANIZACION:

El primer Director de Sanidad Pública fue el Dr. José Azurdia, quien desempeñó ese cargo del 2 de Octubre de 1925 al 10 de Enero de 1927. De esta fecha hasta 1932, fueron directores de Sanidad Pública los siguientes médicos: Dr. Manuel Y. Arriola (10/I/27-14/X/27); Dr. Manuel Arroyo (14/X/27-9/12/29); quien efectuó una verdadera renovación en Sanidad Pública. Se dictó por la Legislativa la Ley Orgánica del Servicio de Salubridad; promovió la importación de expertos extranjeros para conducir las labores sanitarias y gracias a sus gestiones se contrató los servicios del laboratorista profesor Dr. Reynaud, bacteriólogo del Instituto Pasteur de Marsella; del Ingeniero Sanitario Vicente Barbieri y del malariólogo Mario Giaquinto Mira, estos últimos de la Sanidad Pública de Italia.

Merced a la cooperación de estos profesionales y a la dinámica del Dr. Arroyo, la Sanidad Pública de Guatemala se logró encauzar por los mejores senderos conocidos hasta entonces.

Dr. Luis Gaitán (9/XII/29-17/II/31); Dr. Carlos Padilla (17/II/31-18/II/32); Dr. Flavio Andrade (18/II/32-18/V/32).

El 18 de Mayo de 1932 toma posesión del cargo de Director General de Sanidad Pública, el Dr. Carlos Estévez y es en esta época en que se da el paso firme hacia la organización sanitaria en Guatemala.

Se promulga el código sanitario, se dota de un edificio el cual se divide en secciones. Las campañas anti-parasitarias siguen ocupando lugar prevalente; se organizan mejor las campañas de vacunación, se le da impulso a los estudios sobre Onchocercosis, higiene escolar y otros.

A la Dirección de Sanidad Pública que fue creada en 1925 con el nombre de Dirección General de Salubridad, se le cambia en 1932 por el de Dirección General de Sanidad Pública, el cual conserva hasta la fecha.

De 1932 hasta 1944 la Sanidad está a cargo del Ministerio de Gobernación.

Los acontecimientos políticos de 1944 producen un cambio: la creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, paso de adelanto pero incompleto. Está falto de respaldo legal y no hay reglamento ni ley que lo rijan. A pesar de ello, el Ministerio desarrolla planes de carácter personal. Al principio se formaron dos direcciones: a) Dirección General de Asistencia Social encargada de los Hospitales y problemas asistenciales; b) Dirección General de Salud Pública encargada de los problemas sanitarios, en la cual continúa vigente el código sanitario de 1932.

Durante los años posteriores a 1944 aumentan los presupuestos que en 1951 llegan a un millón doscientos mil quetzales (9). En 1952 se suprime la Dirección General de Asistencia Social, quedando sus actividades a cargo del

Ministerio; la política hospitalaria es la preocupación mayor y el problema sanitario queda relegado a un segundo plano.

En 1954 se disgrega la Sanidad Pública; hay falta de coordinación, 60 a 65% del presupuesto es dedicado al ramo hospitalario y el resto al problema sanitario a pesar de haber aumentado en esta época a la suma de seis millones.

De 1944 a la fecha, intervienen nuevos factores, los problemas de Salud Pública se han convertido en problemas internacionales y con el apoyo de Organizaciones de tipo internacional se favorece el desarrollo de problemas locales.

Organización de Sanidad Pública: Antes de 1929 el único departamento que existía era el de Parasitismo intestinal. Después se desarrolla un departamento de microbiología a cargo del Dr. Reynaud, quien se dedicó al estudio de gérmenes patógenos, dando además una serie de conferencias sobre bacteriología en la Facultad de Medicina. A la vez se desarrollan el Departamento de Malaria, bajo la dirección del Dr. Giaquinto Mira (contándose entre sus colaboradores al Dr. J. Romeo de León) y el Departamento de Ingeniería Sanitaria, en el cual el Ingeniero Barbieri esboza los primeros planos.

La nueva organización de 1932, se debe al Dr. Carlos Estévez, con quien colaboraron los Drs. Luis Gaitán y Francisco Salazar; dicha organización es la siguiente: existen tres divisiones:

- a) *Administrativa:* Dirección de Sanidad, Subdirección y Secretaría General;
- b) *Financiera:* Tesorería de Salud Pública, Sección de Presupuestos y Sección de Compras y Suministros;
- c) *Técnica:* Sección de Laboratorios: Bacteriológico, Serológico, esterilización y farmacia. Sección de lucha contra la parasitosis intestinal, Sección de higiene escolar, Sección de ingeniería sanitaria; se

creó el control de estupefacientes y el juzgado de Sanidad.

En 1944, la organización no se cambia, sólo pasa a formar parte del Ministerio.

Conforme surgen nuevos problemas, se van creando nuevas secciones, así: Onchocercosis en 1935, Epidemiología en 1936, lucha contra enfermedades génito-infecciosas en 1938, etc.

En 1951 se propuso la siguiente organización en la cual, se clasificó al personal en cinco categorías:

- 1.—Personal Técnico;
- 2.—Personal Directivo-Administrativo;
- 3.—Personal de Suministros;
- 4.—Personal de Transportes; y
- 5.—Personal de Mantenimiento.

Luego se dividió la Sanidad en: 1º—Dirección General, comprendiendo la Subdirección; 2º—Secretaría y Oficina de Sanidad Internacional; 3º—Sección de Epidemiología y estadísticas; 4º—Inspección de Farmacias y tráfico de opio; 5º—Juzgado de Sanidad; 6º—Ingeniería Sanitaria; 7º—Sección de Educación y divulgación higiénica; 8º—Sección de Laboratorios; 9º—Sección Materno-Infantil; 10º—Sección de Venereología con hospital anexo (clausurado recientemente); y 11º—Sección Anti-Tuberculosa.

Se crearon servicios móviles o nacionales: Sección de control de insectos, lucha anti-malárica, campaña anti-Aedes aegypti, Sección de Onchocercosis, Sección de Nutriología adscrita al I.N.C.A.P.; fueron inauguradas nuevas unidades sanitarias.

De 1944 a 1951 fueron directores de Sanidad Públicas los doctores: Rodolfo Castillo (23/VIII/44-21/X/44), Julio Roberto Herrera (21/X/44-18/VII/45), J. Romeo de León (18/VII/45-30/I/47), Luis F. Galich (30/I/47-27/XII/51),

durante su administración se llevó a cabo la campaña de erradicación del tifo.

Posteriormente en 1951 se agregan los laboratorios de anatomía patológica y biotécnico; al Departamento de Epidemiología se agrega el de enfermedades transmisibles.

En 1954, el Ministerio de Salud Pública con la participación de la O.M.S. y U.N.I.C.E.F., inició un programa cuyo objetivo principal se ha orientado a prestar servicios de salud pública de tipo *integral*, a la población de un área determinada, para posteriormente extender esas actividades al resto de la República. Para llevar a cabo el desarrollo de dicho programa, se creó la división de Servicios Rurales de Salud Pública como una dependencia del Ministerio del Ramo.

Han sido directores de 1951 a la fecha: el Dr. Roberto Gándara Lacape (27/XII/51-18/XI/53); Dr. José Antonio Mendizábal (18/XI/53-5/VII/54); Dr. Jorge Close de León (5/VII/54-3/XI/54); Dr. J. Antonio Muñoz (3/XI/54-5/IX/55); Dr. Fernando Silva Peña (5/IX/55-23/IV/56); Dr. Marco Antonio Cabrera (23/IV/56-12/III/58); Dr. Carlos Estévez (12/III/58-25/VII/58), en esta fecha tomó posesión del cargo el actual director de Sanidad Pública, Dr. Carlos Padilla y Padilla.

III.—BREVE ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL

Como mencioné en el capítulo anterior, la Dirección General de Sanidad Pública, depende en la actualidad directamente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y sus principales funciones se pueden resumir en la siguiente forma:

- 1.—La Dirección General de Sanidad Pública cuenta con 27 Secciones que funcionan en las oficinas centrales, un Dispensario en la capital y 29 unidades sanitarias en los Departamentos, dependiendo todos directamente del Director General de Sanidad; y
- 2.—El presupuesto se distribuye en dos partes: una que pertenece al presupuesto general de la Nación y otra al presupuesto de gastos extraordinarios.

El personal que aparece en el presupuesto general de la Nación, es nombrado por el Ministerio del ramo, así como los que están en el Presupuesto de gastos extraordinarios, los cuales trabajan por contrato a seis meses plazo.

La selección del personal se ha hecho hasta la fecha en forma irregular, algunas veces es escogido entre varios candidatos por examen y otras veces es nombrado directamente. En todo caso es importante hacer notar que casi en el 100% el personal no es especializado ni adiestrado en Salud Pública.

No existe hasta la fecha ningún reglamento de funciones de la Dirección, por lo que se trabaja sin relación ni coordinación, salvo raras excepciones. En cuanto a las normas que se han de seguir en el trabajo son dadas por el Código de Sanidad que fue aprobado en 1929 con reformas en 1932, 1937 y 1945, el cual está completamente desactualizado.

La Dirección tiene: Un director general, un sub-director y el personal de las diferentes secciones que a continuación se describen (10):

a) *Sección de Epidemiología y Enfermedades Transmisibles:*

Esta sección fue creada en 1936; sus funciones son: atender denuncias de enfermedades transmisibles, extender tarjetas de sanidad y prenupciales, exhumaciones, control de vacuna, supervisión de unidades móviles.

Las dependencias de esta sección son oficinas de vacunación y ocho unidades móviles. Su radio de acción es teóricamente toda la República, pero está limitada en sus funciones y las que desarrolla son sobre todo en la Capital. Casi no existe relación y coordinación con las otras dependencias.

b) *Sección de Lucha contra la Parasitosis Intestinal:*

Creada en 1929; sus funciones son: Prevención del parasitismo intestinal y registro del mismo. Sus dependencias: Un dispensario externo y una brigada de campo. Esta sección está relacionada con el Ministerio de Obras Públicas, Escuelas Normales y el I.N.C.A.P. Cubre la capital y parte de la República. No hay selección de personal.

c) *Sección de Onchocercosis:*

Fue creada en 1935. Funciones: Lucha contra la Onchocercosis que consiste en la extirpación de oncocercomas y el ensayo de algunos medicamentos para tratar la enfermedad. Utiliza brigadas propias que recorren las zonas oncocercósicas del país, sin conectarse con las Unidades Sanitarias. Tampoco tiene relación con Epidemiología.

d) *Sección de Lucha contra las Enfermedades
Génito-Infeciosas:*

Creada en 1938. Tiene como función el control de las enfermedades venéreas en toda la República; además: Investigación epidemiológica, control de meretrices, adiestramiento de personal, divulgación higiénica, colaboración con los trabajadores sociales.

Dependencias: Hospital de Profilaxia Sexual (recientemente cerrado), dispensarios y servicios portuarios.

Se relaciona con centros asistenciales, Juzgado de Sanidad. Cubre toda la República.

e) *Sección de Lucha contra la Leishmaniasis y
Trypanosomiasis:*

Sección creada en 1953. Técnicamente depende de la Sección de Parasitología. Sus funciones consisten en hacer la evaluación de áreas chagásicas; actualmente el trabajo es de tipo rutinario. Se tiene en proyecto hacer un rociamiento con insecticidas de acción residual en las viviendas del área chagásica que no han sido cubiertas por la campaña antimalárica.

f) *Sección de Bioestadística:*

Creada en 1955. Recopila todos los datos estadísticos de Sanidad Pública, particular, Hospital Roosevelt, Dispensarios y unidades Sanitarias. Se relaciona con todas las dependencias de Sanidad Pública. Cubre todo el país. Si hay selección de personal, el cual trabaja a tiempo completo. 20% del personal adiestrado previamente y el 80% en servicio.

g) *Sección de Higiene Materno-Infantil:*

Creada en 1951. Su radio de acción está limitado a la Zona N° 1 de la ciudad capital. Colabora con el dispen-

sario de la Colonia Bethania. Presta atención más que todo asistencial a prenatales, lactantes y a pre-escolares. El personal es nombrado por el Ministerio del ramo. Falta de personal adiestrado, cuenta con local inadecuado y carece de facilidades de movilización.

h) *Sección de Higiene Escolar:*

Creada en 1932. Radio de acción: Escuelas de la capital. Funciones: Asistenciales y en parte preventivas de la salud escolar. Dependencias: Consulta Escolar, Clínica O.R.L. Clínica Oftalmológica, Oficina de distribución de leche. Tiene relaciones con el Ministerio de Educación Pública, Federación de natación, comedores infantiles. Entre sus actividades: elaboración de fichas de salud, vacunación, higiene mental departamento suprimido, nutrición y agudeza visual. La selección del personal es hecha en parte por el jefe de la Sección y en parte por el Ministerio. Dicho personal no es adiestrado.

i) *Sección Buco-Dental Escolar:*

Creada en 1952; funciona únicamente en la capital, previniendo y curando enfermedades dentarias en los escolares. Tiene relación con las dos secciones anteriores, los laboratorios de Sanidad y el Hospital General. Programas que se desarrollan: prevención de caries por aplicación tópica de flúor. El personal tampoco es adiestrado.

j) *Sección de Nutrición:*

Existe desde 1951; se preocupa de la atención de todos los problemas de nutrición en el país: programas de leche, unidad de campo, educación nutricional. Se relaciona con UNICEF, INCAP, Centro de Salud de Amatitlán, Consejo de Protección Nutricional, Casas del Niño y Comedores Infantiles. Rinde informe mensual y anual a INCAP y

a Sanidad Pública. Entre los programas que desarrolla: Elaboración de mapa epidemiológico de nutrición, administración y distribución de suministros UNICEF.

k) *Unidades Sanitarias:*

Funcionan 29, aunque se han inaugurado algunas más. Prestan servicio de tipo asistencial. No tienen personal adiestrado. El personal no se selecciona ni adiestra previamente. El médico trabaja a tiempo parcial y en algunas de ellas sólo existe una persona responsabilizada que actúa empíricamente y sin ninguna preparación u orientación de sus labores.

l) *Sección de Supervisión:*

Creada en 1955. Funciones: supervisar trabajo de jefes de unidades sanitarias. Cubre todo el país. El personal es nombrado por el Ministerio del ramo y no es adiestrado.

m) *Sección de Saneamiento Ambiental:*

Creada por Decreto 1841 de 1932. Tomó el nombre en 1955. Funciones: promoción y realización de actividades relacionadas con el mejoramiento del medio ambiente. Dependencias: Ingeniería Sanitaria, administración e inspecciones sanitarias. Se relacionaba con Socio-educativo Rural, INCAP, Servicios Rurales, Municipalidades, Comunidades, Instituto de Fomento Municipal, particulares y dependencias de Sanidad Pública.

Entre los programas que se desarrollaban están: Introducción de agua en zonas rurales y mantenimiento de plantas y centros rurales. Actualmente funciona como un departamento de Ingeniería Sanitaria separado de Sanidad y dependiendo directamente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

n) *Departamento de Higiene Veterinaria, Zoonosis y Control de Alimentos:*

Creado en 1956. Funciones: Control de alimentos de origen animal, vacunación de perros contra la rabia. Dependencias: Sección de Control de Alimentos, Sección de Zoonosis y Sección de Higiene Veterinaria. Area que cubre: Guatemala, Escuintla, Sacatepéquez y Chimaltenango.

El personal es nombrado por el Ministerio, sin selección de capacidad. Se encuentra parcialmente adiestrado en un 80%.

ñ) *Inspección de Farmacias y Tráfico de Opio:*

Sección creada por decreto 1841 de 1932. Sus funciones son: el control de farmacias, medicamentos y estupefacientes. Relaciones de coordinación y colaboración con la Dirección General de Sanidad Pública, Juzgado de Sanidad, Colegio Médico y Universidad. Debe cubrir toda la República a través de las Unidades Sanitarias y Saneamiento ambiental. El personal es en parte adiestrado pero en servicio.

o) *Laboratorios:*

Cuenta la Dirección con los siguientes:

- a) *Serológico*, creado en 1932;
- b) *Bacteriológico*, creado en 1929;
- c) *Biológico*, creado en 1937;
- d) *Patológico*, creado en 1954;
- e) *Análisis de Alimentos*, creado en 1936-37;
- f) *Esterilización*, creado en 1929; y
- g) *Farmacia*, creado en 1932.

Todos trabajan independientemente. Area de acción: la capital y uno que otro examen de los departamentos. El Laboratorio Serológico cuenta con cinco laboratorios en las

Unidades Sanitarias. Se está desarrollando un curso para adiestramiento de personal. El nombramiento del mismo se hace a propuesta de la Dirección previo examen. En algunos casos esto no sucede así.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL ESTADO ACTUAL DE LA SALUD PUBLICA EN GUATEMALA:

Como puede verse en el análisis anterior, la organización, funcionamiento y muchos otros aspectos de nuestra salubridad, dejan mucho qué desear habiendo una completa desorientación y falta de coordinación que llevan, por mucho que tengan los buenos deseos de cooperar en el logro de las mejores finalidades, al fracaso irremisible o al éxito mediocre, ambas cosas no aceptables ni deseables desde el momento en que todos los problemas pueden salvarse si las autoridades estatales y un sector más amplio del gremio médico, se preocupan en forma más directa de la solución de dichos problemas. Lo primero que se hace notorio es la falta de organización desde el punto de vista jerárquico en las dependencias de Sanidad Pública, ya que dependen directamente del Director General las 27 Secciones de la misma, el Dispensario Municipal y las Unidades Sanitarias, haciendo un total de 53 dependencias directas. En la actualidad se acepta que, en términos generales, todo jefe puede tener bajo su control un número limitado de 6 a 8 dependientes, manteniendo una buena coordinación y un buen funcionamiento de sus actividades, un número mayor se ha comprobado que diluye su atención, impidiendo dedicarle a cada uno de ellos el tiempo adecuado (14).

En consecuencia, como se comprenderá, es prácticamente imposible que una sola persona pueda darse cuenta siquiera de cómo funcionan todas las dependencias, ya no digamos tratar de solucionar los problemas que surgen a cada momento.

Se podrá trabajar más coordinadamente modificando la organización en forma de sistema escalonado dependiendo

del Director solamente cierto número de Divisiones, las cuales tendrían a su vez Departamentos que controlarían un número limitado de Secciones. Con esto existirá, un tipo de administración jerárquica en la que cada funcionario tendrá relación y responsabilidad hacia arriba con un solo jefe, y a través de él con los jefes de niveles más superiores hasta llegar al Director que es el responsable ante el Ministerio del ramo.

Al haber en esta forma una división del trabajo, es posible la delegación necesaria de funciones y responsabilidades con lo que se logra dirigir y orientar mejor las actividades que se realicen.

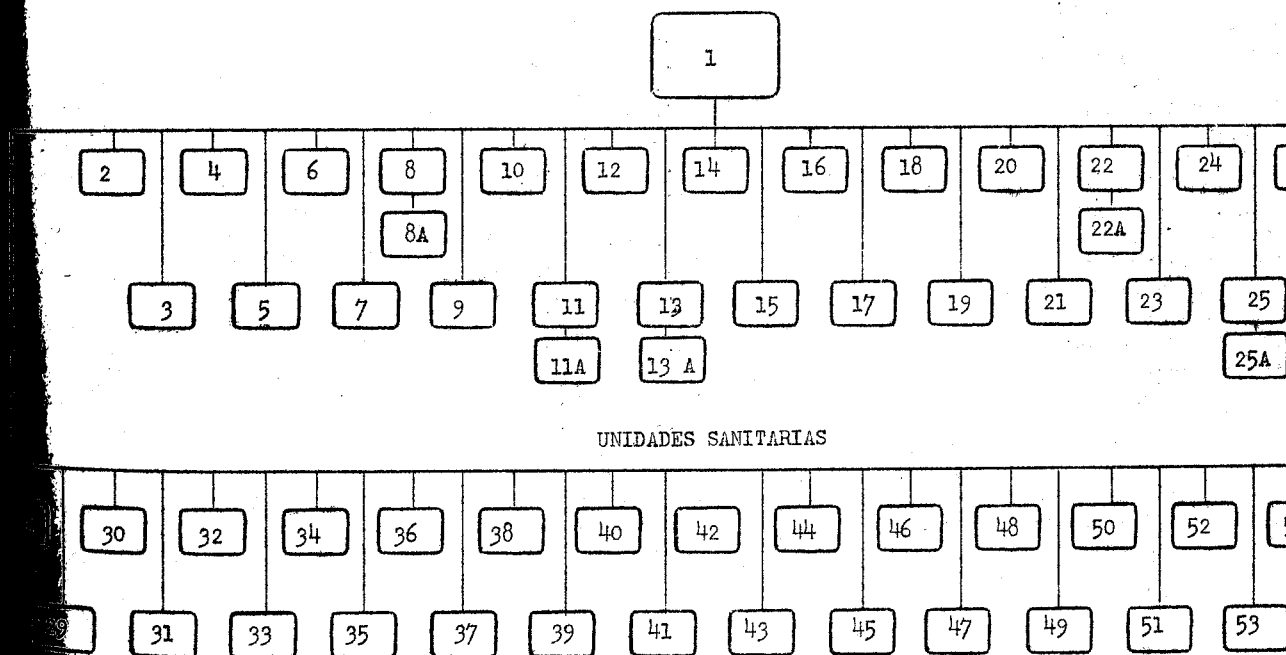
Otro grave problema es la falta de relación y coordinación entre las diferentes secciones con que cuenta la Dirección General de Sanidad Pública. Casi puede decirse que trabajan independientemente unas de otras, pudiendo observarse como ejemplos las labores que desarrollan las Secciones de lucha contra la parasitosis intestinal, de lucha contra la onchocercosis, contra las enfermedades venéreas, leishmaniasis, etc., las cuales no guardan ninguna relación entre sí, ni con la Sección de Epidemiología de la cual deberían depender directamente, sobre todo si como actualmente se considera, la epidemiología ha ensanchado su campo de acción a otros problemas que aún en nuestro medio, Sanidad Pública no contempla (11).

Igual cosa sucede con otras Secciones como las de Higiene Materno-Infantil y de Higiene Escolar, que deberían estar agrupadas en un sólo departamento encargado de velar por el bienestar de madres y niños en lo que se refiere a problemas de pre-natalidad, eugenesia, primera infancia, pre-escolaridad, escolaridad, niño sano y enfermo, etc. Los laboratorios por otro lado, trabajan independientemente unos de otros cuando deberían también agruparse en un sólo departamento de laboratorios que dicte las normas para el funcionamiento de todas las secciones especializadas, teniendo a nivel local los laboratorios de los Centros de Salud que actuarían como sucursales del laboratorio central.

Respecto al personal que trabaja en Sanidad Pública no es adiestrado previamente, siendo nombrado en forma por lo regular arbitraria, sin tomar en cuenta capacidad y entrenamiento. El personal de las Unidades Sanitarias se encuentra en las mismas condiciones desde el médico hasta el último empleado, lo que hace que en estos centros se desarrollen labores puramente asistenciales, debido ésto, entre otras causas, al desconocimiento que se tiene sobre lo que es la Salud Pública en su concepto moderno.

Para terminar merece hacerse mención a lo limitado del presupuesto asignado a Sanidad Pública, que impide el desarrollo de programas; es razón también para que parte del personal trabaje a tiempo parcial, lo que produce un rendimiento menor y es causa para que la extensión de las actividades desarrolladas por las diferentes secciones, esté limitada a la ciudad capital casi por completo.

(Ver a continuación el esquema de la Organización actual de Sanidad Pública).



- 1.- DIRECCION GENERAL DE SANIDAD PUBLICA.
- 2.- Sección de Mantenimiento.
- 3.- Laboratorio de Biología
- 4.- Sección de Presupuesto.
- 5.- Laboratorio de Bacteriología.
- 6.- Sección de Provacuación.
- 7.- Laboratorio de Serología.
- 8.- Sección de Presupuesto.
- 8 A Inspecciones Sanitarias.
- 9.- Laboratorio de Bromatología.
- 10.- Sección de Higiene Escolar.
- 11.- Departamento de Parasitología
- 11A. Lucha contra la Trip. y Leshm.
- 12.- Sección de Lucha contra la Onc.
- 13.- Higiene Veterinaria.
- 13A. Campaña Antirrábica.
- 14.- Sección de Materná Infantil.
- 15.- Depto. de Enf. Transmisibles.
- 16.- Sección de Bio-Terio.
- 17.- Depto. de Bio-estadística.
- 18.- Sección de Saneamiento Ambiental.
- 19.- Depto. de Patología.
- 20.- Sección de Buco-Dental Escolar.
- 21.- Clínica de Personal.
- 22.- Sección de Nutrición.
- 22A. Programa UNICEF.
- 23.- Depto. de Farmacias y Tráfico de Drogas.
- 24.- Laboratorio de Medios de Cultivo y Ester.
- 25.- División de Genito-Infeciosas.
- 25A. Dispensario Central de Hospitalización.
- 26.- Laboratorio de Farmacias.

UNIDADES SANITARIAS

- 28.- Cobán.
- 29.- Poptún.
- 30.- Ayutla, Ocos y Pajapita.
- 31.- El Progreso.
- 32.- Salamá.
- 33.- Quetzaltenango.
- 34.- Champerico.
- 35.- Coatepeque.
- 36.- Chimaltenango.
- 37.- El Quiché.
- 38.- Chiquimula.
- 39.- Retalhuleu.
- 40.- Tiquisate.
- 41.- Antigua.
- 42.- Mazatenango.
- 43.- Puerto de San José.
- 44.- Centro de Salud de la Democracia.
- 45.- San Marcos.
- 46.- Huehuetenango.
- 47.- Malacatán.
- 48.- Puerto Barrios.
- 49.- Quilapa.
- 50.- Jalapa.
- 51.- Sololá.
- 52.- Jutiapa.
- 53.- Totonicapán.
- 54.- Livingston.
- 55.- Zacapa.
- 56.- Flores, Petén.

IV.—CONCEPTO MODERNO DE SALUD PÚBLICA

La formulación de un concepto claro sobre cualquier actividad, se basa substancialmente en la comprensión de los objetivos que persigue. Cuando en el año de 1848 se creó una Junta General de Sanidad en Inglaterra, resultado del informe de Edwin Chadwick sobre las terribles condiciones sanitarias de los obreros de Londres el objetivo era fundamentalmente, ayudar a esa gente tan desafortunada; sin embargo, el criterio evolucionó rápidamente en los miembros de la Junta y pronto se obtuvieron tan buenas mejoras en muchos aspectos de la vida social. La idea podría definir la actividad de esa primera oficina de Sanidad Pública había variado rápidamente al ampliar sus objetivos.

De la misma manera el concepto de Salud Pública ha evolucionado y ha sido influido no sólo por los adelantos de la Ciencia Médica, sino por todas las constantes mas y progresos del pensamiento humano; su fundamento filosófico ha sido indudablemente el mismo, el deseo de mejorar las condiciones de vida del hombre en una mejor forma, pero durante mucho tiempo se han tenido como objetivos los que ahora se consideran medios; el primer departamento de Salud Pública de los Estados Unidos de América, estuvo adscrito a los Hospitales de Marina cuando los puertos eran la vía de entrada de epidemias devastadoras; actualmente el control de los buques que arriban es, ya no el objetivo, sino uno de los medios que se cuenta para evitar la enfermedad.

En esta constante evolución, es posible que cuando en tiempos futuros se logre el objetivo actual, éste se transforme en un medio para algo mayor; sin embargo es probable llegar a él previamente, a través de todos los recursos de nuestro alcance.

La conquista de la Salud del hombre es el máximo objetivo actual y ella ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud, como "El completo estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Los medios por los cuales puede llegarse a la meta, son múltiples y cada quien emplea los que considera más útiles; sin embargo, se ha sistematizado un conjunto de métodos aceptados por la mayoría, que susceptibles de variación, forman el concepto moderno de la Salud Pública.

Entre las múltiples descripciones que se han formulado, tal vez la más completa es la definición hecha por Winslow quien dice:

«La Salud Pública es la ciencia y el arte de: 1.—Impe-
dir la enfermedad; 2.—Prolongar la vida; 3.—Preservar
la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo coordinado de
la comunidad para: 1) el saneamiento del medio; 2) el con-
trol de las enfermedades transmisibles; 3) la educación de
los individuos en higiene personal; 4) la organización de los
servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz
y el tratamiento preventivo de las enfermedades; y 5) el
desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno
un nivel de vida adecuado para la conservación de la Salud;
organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudada-
no se encuentre en condiciones de gozar de su derecho
natural a la Salud y a la longevidad».

Y es que precisamente el hecho de curar a los enfer-
mos ha sido durante mucho tiempo la actividad única del
médico, y cuántos son los que se han visto atacados por sus
contemporáneos al tratar de salirse de los carriles estable-
cidos para buscar nuevos horizontes de superación y de
progreso; desde el punto de vista filosófico, es el médico
el llamado a profundizar en los conocimientos que le hacen
más útil a los seres que lo rodean, ya que tiene a la natu-
raleza humana en su formación global, tanto la materia
como la mente necesitan de sus cuidados y no hay otro ser

humano que tenga sobre sí, tal responsabilidad. La pro-
yección de esa posibilidad no tiene límites, y ya Salomón
Neumann decía en 1874: «La ciencia médica es intrínseca
y esencialmente una ciencia social y mientras no se recono-
ca esto en la práctica, no estaremos en condiciones de gozar
de sus beneficios y tendremos que darnos por satisfechos
con un simulacro y un molde vacío».

Cuántas veces se ha pedido al facultativo que se hu-
manice, y es que el paciente desea la ayuda integral de
aquel en quien confía; igual sucede con los pueblos ame-
nazados constantemente por la enfermedad; luchan contra
ella en el deseo de prolongar la vida y preservar la salud,
pero sólo quien posee los conocimientos técnicos para lo-
grarlo puede serles de ayuda; evidentemente no es la lucha
aislada la que lleva al éxito y se reconoce que éste puede
lograrse únicamente mediante el esfuerzo organizado de la
comunidad. Este es el mayor obstáculo en la práctica y
precisamente las comunidades menos organizadas son las
más afectadas por la enfermedad, ya que ésta, marcha al
mismo nivel que los demás factores que determinan el atra-
so o el adelanto de una nación.

Precisamente por ello, los pueblos menos evolucion-
dos, los que tienen más problemas sanitarios, son los que
más necesitan de personal especializado, de amplio criterio
y capacidad de trabajo, para luchar en forma efectiva por
la mejora integral de la población.

En cada sitio las condiciones son peculiares necesi-
tando, por lo tanto, programas adecuados a sus propias
características, aunque siguiendo los principios generales
de acción ya ampliamente conocidos. Es indispensable en-
tonces, adentrarse en el conocimiento de esas condiciones
para formular el método más adecuado para resolver los
problemas encontrados; y es por ello también, que no bas-
ta invertir grandes cantidades de dinero en actividades
que han sido beneficiosas en otras regiones distintas, sino
que es necesario formular los programas locales con base

en las causas conocidas de los problemas que se desea resolver.

Cuando la comunidad se entera de las causas reales de los problemas que confronta, es mucho más fácil que se organice debidamente y este es el medio único que cita Winslow en su definición, y es el que se acepta comúnmente como el de máxima utilidad. Cuando se enfoca a corto plazo, sin embargo, deja de verse como medio y se le considera un fin: el esfuerzo organizado de la comunidad que es la suma del esfuerzo de cada uno de sus componentes. Para llegar a él es necesario que cada hombre *desea* poner al servicio de los demás una parte de su energía y de nuevo un medio se transforma en un fin más inmediato.

Se hace necesario estudiar los medios que harán que cada miembro de la comunidad colabore en la medida de sus posibilidades, por voluntad y deseo propio. Y se llega a un punto substancial en la filosofía de la Salud Pública: "lograr que la comunidad desee hacer lo que se quiere que haga, de acuerdo con los beneficios que le procurarán los conocimientos científicos de la época".

Ya no es simplemente divulgar estos conocimientos como una información que se vierte en cualquier sitio; es una verdadera educación, formadora de hábitos y actitudes la que va a producir beneficios. Cada hombre tendrá los conocimientos que se encuentren a la altura de su nivel cultural y se regirá por ellos. En la actualidad el promedio de ese nivel cultural en nuestro país es muy bajo y no puede esperarse que produzca resultados, pero progresivamente se irá elevando y el avance mantendrá un ritmo ininterrumpido.

Esa es la base del trabajo colectivo en el que también la responsabilidad se distribuye en forma proporcional a la capacidad individual. Ese es el medio adecuado que permite aspirar con sólidos fundamentos, a la conquista del gran ideal que es la Salud del hombre.

V.—DIVISION DE SERVICIOS RURALES DE SALUD PUBLICA PROGRAMA DE DEMOSTRACION SANITARIA

Haciéndose necesario un cambio en nuestra organización y administración sanitarias tan rezagadas en la actualidad y con base en los principios modernos de Salud Pública, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en colaboración con la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, estudiaron los problemas de salubridad nacionales, analizaron los factores positivos y negativos existentes e iniciaron un programa en 1954 que tiene como objetivo prestar servicios de salud pública de tipo integral a los habitantes de un área determinada para con base en los resultados obtenidos, extender dicho programa al resto de la República.

a) ORGANIZACION:

Para poder llevar a cabo el desarrollo de estas actividades, se hizo necesario: 1º—Crear una dependencia: la División de Servicios Rurales de Salud Pública, encargada de la planificación, dirección, ejecución y evaluación del programa; 2º—Nombramiento del personal técnico directivo nacional, especializado en la materia e integrado por un médico, una enfermera y un ingeniero, asesorados por un equipo similar de la OMS; 3º—Asimismo se hizo la organogramación técnico-administrativa de la división.

b) ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL:

Es obvio suponer que para el desarrollo de sus actividades, la división de Servicios Rurales necesitaba del suficiente personal especializado o adiestrado en Salud Pública y siendo tan escaso en el país, fue necesario crear el Centro

de Adiestramiento como una dependencia de la División de Servicios Rurales, con el objetivo de adiestrar al personal indispensable para la zona de demostración y seguidamente el requerido para cubrir en forma progresiva al resto del país.

El Centro de Adiestramiento funciona desde 1955 y se encuentra ubicado en el Municipio de Amatitlán. El adiestramiento es para médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería e inspectores.

A la fecha hay un total de 170 egresados en pleno desempeño de sus labores (38 médicos, 25 enfermeras, 53 auxiliares de enfermería y 54 inspectores) (13).

La enseñanza actualmente está dividida en dos partes: una teórica y una práctica que se realizan: la primera en las aulas del Centro de Adiestramiento y la segunda en los Centros de Salud que funcionan actualmente en la Zona de Demostración Sanitaria. El tiempo que dura el adiestramiento es de cuatro meses par la parte teórica y dos meses de prácticas; además los primeros seis meses del trabajo de campo ya en desempeño de un cargo se consideran como un requisito previo al cabo de los cuales se otorga el diploma de adiestrado en Salud Pública.

c) ZONA DE DEMOSTRACION SANITARIA:

El área escogida para el desarrollo de las actividades de la División de Servicios Rurales, se dio el nombre de "Zona de Demostración Sanitaria". Como el objetivo era extender los servicios a todo el país, se necesitaba que la zona en que se iba a trabajar, reuniera ciertas condiciones y características similares a las diferentes regiones de la República. Además, se necesitaba que su ubicación fuera cercana a la capital por facilidad de acceso, facilitar la supervisión, etc. Es así como se escogió una pequeña parte de los Departamentos de Guatemala y Escuintla, cubriendo los siguientes municipios: Amatitlán, Palín, San Vicente Pacaya, Escuintla, Siquinalá y Santa Lucía Cotzu-

malguapa. Dicha zona tiene una extensión de 1,460 Kms.²; 86,118 habitantes, la densidad de población por kilómetro cuadrado es de 57.1 habitantes; presenta variaciones de altura entre 338 y 1,540 metros sobre el nivel mar; las vías de comunicación con la capital son buenas, pero localmente adolecen de todas las deficiencias de los caminos de tierra, de herradura y no adaptados a la estación lluviosa, creando serios problemas. El clima varía de un lugar a otro. (Ver el siguiente cuadro) (13):

Municipios:	Población:	Habitantes por Km ² :	Altura mts. s. n. m.:
Amatitlán	12,903	63.1	1,180
Palín	6,109	69.1	1,138
San Vicente Pacaya	4,658	19.6	1,550
Escuintla	35,246	105.7	338
Siquinalá	6,197	36.7	366
Santa Lucía Cotzumalguapa	21,005	48.4	366
TOTAL Y PROMEDIO:	86,118	57.1	821

En esta zona puede verse que se reúnen características de las regiones tanto altas como bajas del país en lo que se refiere a altura, clima, densidad de población, tipo de enfermedades, condiciones sanitarias, etc.

d) CONCEPTOS FUNDAMENTALES DEL TRABAJO EN LOS CENTROS DE SALUD:

Previo al inicio de sus actividades regulares, los Centros de Salud verificaron el análisis de las condiciones sociales, ambientales, económicas, etc., propias de la población a atender, haciéndolo en la siguiente forma:

- 1º—*Estudios Monográficos:* De las localidades para conocer su geografía, comunicaciones, recursos, religión, costumbres, mercado, fuentes de ingreso, escuelas, etc.;

2º—*Encuestas Sanitarias*: Realizadas por los inspectores de Salud Pública de población en población y de casa en casa, anotando condiciones higiénicas, condiciones de la vivienda: número de habitaciones, construcción, ausencia o presencia de agua, de letrinas, ventilación, iluminación, basureros, baños, etc.. Después de obtenidos estos datos se elabora el plano sanitario; y

3º—*Encuestas de Población*: Realizadas principalmente por el personal de enfermería, en igual forma que las anteriores e investigando: número de habitantes, condiciones económico-sociales, ocupacionales, culturales, nutricionales, calzado, etc.

Obtenida y tabulada esta información, fueron puestos en vigor primero en el Centro de Salud Modelo de Amatlán, los programas básicos siguientes de acuerdo con las necesidades encontradas:

- 1.—Saneamiento Ambiental;
- 2.—Higiene Materno-Infantil y Escolar;
- 3.—Control de Enfermedades Transmisibles;
- 4.—Educación Higiénica;

Se agregaron además:

- 5.—Nutrición;
- 6.—Consulta médica curativa y de hospitalización; y
- 7.—Investigación, prácticas para personal en adiestramiento e información.

Para que estos programas sean desarrollados en buena forma es necesario hacer notar que todo el personal tiene plena conciencia de algunos principios de los cuales citamos:

I.—*El Trabajo en Equipo*: Aunque en los Centros de Salud existe desde el punto de vista administrativo, un director y personal subalterno, desde el punto de vista técnico, el trabajo es de grupo, en el cual cada uno desempeña una

parte importante siendo su labor conocida y comentada por todos. Todo nuevo programa es estudiado por el grupo, señalándose cuál va a ser la actividad que desarrollará cada participante.

II.—*Control de la Unidad Familiar*: El grupo de personas que constituye una familia, está influenciado por el ambiente que lo rodea, de tal manera que los factores que influyen sobre la salud de una de ellas, actuará también en una u otra forma sobre las demás, por lo cual, la unidad de trabajo para los Centros de Salud no es el individuo sino la familia.

De esta manera actuando sobre un elevado número de familias, se busca mejorar a toda la comunidad, e inversamente mejorando las condiciones y servicios de la comunidad, se espera actuar favorablemente sobre la familia y el individuo.

El control se consigue principalmente a través de las visitas domiciliarias, llevándose en el Centro un sobre familiar dentro del cual cada miembro de la familia que ha entrado a control tiene su ficha individual.

III.—*Integración de los Servicios*: La cual consiste en que la misma institución debe estar en condiciones de prestar servicios de prevención, de fomento, así como de reparación de la salud.

IV.—*Participación de la comunidad y autoridades locales*: Es uno de los recursos más importantes con que se cuenta y que debe tenerse siempre presente para la realización y buen éxito de los programas planeados. La colaboración de la comunidad y autoridades locales tanto oficiales (autoridades municipales, gobernador, etc.) como extraoficiales (personas influyentes en la comunidad, agrupaciones o asociaciones del lugar, autoridades eclesiásticas, etc.), es vital, por ello antes de la realización de cualquier programa debe contarse con ellas para obtener ayuda, participación, comprensión y sobre todo interés por los actividades que realiza el Centro. Lograr el interés de una

comunidad por sus problemas, que no sólo tenga conciencia de que existen sino el deseo de solucionarlos para su propio beneficio, prestando ayuda material o colaboración en cualquier forma, hace que los costos de las obras disminuyan, su apreciación sea mejor, las consideren como propias y se preocupen por su mantenimiento.

V.—*Participación de otras instituciones:* Aspecto importante que debe tenerse presente y que constituye recursos de otro tipo (nacionales o internacionales) como OMS, UNICEF, SCISP, SCIDE, OSP, INCAP, etc.

e) PROGRAMAS:

Las actividades que se enumeran a continuación, son desarrolladas casi en su totalidad en el Centro de Salud Modelo de Amatlán y en forma parcial en los demás Centros ubicados en la Zona de Demostración Sanitaria.

Saneamiento Ambiental:

Encuestas sanitarias.

- a) Dotación de agua potable;
- b) Disposición de excretas;
- c) Disposición de basuras;
- d) Control de alimentos;
- e) Planeamientos municipales;
- f) Higiene y mejoramiento de vivienda;
- g) Higiene y mejoramiento de escuelas;
- h) Dotación de duchas, sanitarios y lavaderos públicos;
- i) Dotación de parques infantiles;
- j) Establecimiento de nomenclaturas funcionales;
- k) Saneamiento de emergencia para ferias locales;
- l) Organización de la comunidad y comités para mantenimiento de obras; y
- m) Estadísticas.

Higiene Materno-Infantil y Escolar:

Encuestas de población.

- a) Consultorio prenatal;
- b) Consultorio niño sano;
- c) Higiene escolar;
- d) Consultorio dental de prenatales;
- e) Consultorio dental de niño sano;
- f) Consultorio dental de preescolares;
- g) Visita domiciliaria;
- h) Restaurante prenatal;
- i) Restaurante infantil;
- j) Clubes de madres;
- k) Adiestramiento de empíricas;
- l) Organización de clubes "pequeños amigos";
- m) Laboratorio; y
- n) Estadísticas;

Control de Enfermedades Transmisibles:

- a) Enfermedades venéreas;
- b) Tuberculosis;
- c) Poliomiélitis;
- d) Inmunizaciones;
- e) Malaria;
- f) Rabia;
- g) Encuestas (parasitaria);
- h) Programas de nutrición;
- i) Laboratorio; y
- j) Estadística.

Educación Sanitaria:

- a) Pláticas;
- b) Seminarios;
- c) Panels;
- d) Jornadas;
- e) Audio-visuales;
- f) Noches sociales;
- g) Concursos;
- h) Clubes;
- i) Visita domiciliaria; y
- j) Organización de comunidad.

Nutrición:

Con colaboración de INCAP, UNICEF y la sección de nutrición de Sanidad Pública.

- a) Restaurante prenatal;
- b) Restaurante infantil;
- c) Educación nutricional;
- d) Encuestas alimentarias;
- e) Encuestas económico-sociales;
- f) Distribución de suplementos UNICEF:
 - 1) Leche elaborada.
 - 2) Leche en polvo.
 - 3) Vitaminas A y D.
- g) Demostración de menús;
- h) Adiestramiento de personal; e
- i) Organización de grupos voluntarios.

Servicios Médicos:

- a) Consulta externa;
- b) Exámenes de salud;
- c) Tratamientos iniciales;
- d) Tarjetas sanitarias;
- e) Integración a Hospitales;
- f) Visitas domiciliarias;
- g) Servicio dental;
- h) Laboratorio; e
- i) Estadística.

Adiestramiento, Investigación e Información:

- a) Adiestramiento de médicos;
- b) Adiestramiento de enfermeras y parteras;
- c) Adiestramiento de auxiliares de enfermería;
- d) Adiestramiento de inspectores;
- e) Centro de prácticas de la Escuela Nacional de Enfermeras;
- f) Encuestas de campo;
- g) Encuestas de laboratorio;
- h) Encuestas estadísticas;
- i) Atención de visitantes:
 - 1) internacionales.
 - 2) nacionales.
 - 3) cursos de estudiantes.
 - 4) otros.

VI.—PROYECCIONES NACIONALES

Queremos antes del desarrollo de este punto hacer notar que en sí, constituye el objeto de este trabajo y aunque evidentemente dentro de las proyecciones que un programa de Salud Pública de tipo integral pueda tener para Guatemala hayamos omitido otras quizá más importantes, por olvido o por desconocimiento, creemos que las consideradas a continuación, están también en primer plano y que de llevarse a cabo su realización, mejorarían indudablemente nuestras actuales condiciones de salubridad.

Viejo y conocido es el aforismo de que "más vale prevenir que curar"; a cada instante lo mencionamos y sin embargo lo que menos han hecho y hacen nuestros servicios médicos y de salud pública, es aplicarlo. Ejemplo categórico está dado por las labores y programas de trabajo que desarrollan en la actualidad las unidades sanitarias que funcionan en el país. Sus actividades son de tipo asistencial y en muchos casos de medicación sintomática. Paludismo igual antipalúdicos, parasitismo intestinal igual vermífugos y seguiría la lista interminable de ejemplos, cuando en realidad la lucha contra este tipo de enfermedades no debemos entablarla en el enfermo sino antes de que lleguen a él; en el medio ambiente en que se desenvuelve.

Los servicios de Salud Pública que se efectúan en la Zona de Demostración nos hacen ver claramente la necesidad imperiosa que tenemos de aplicar medicina de tipo preventivo. Los programas que desarrollan son más ajustados a nuestras necesidades, y al extenderse a nivel nacional los servicios de salud tendrían que abaratare aunque aparentemente al principio subieran sus costos.

La atención materno-infantil, aspecto primordial en programa de Salud Pública y penosamente descuidado en nuestro país, según se demuestra por las estadísticas: (elevado porcentaje de partos realizados sin atención médica;

gran cantidad de madres que terminan su embarazo en malas condiciones de salud y desnutrición (15); tasas de las más elevadas de América en mortalidad general, mortalidad infantil, prematuridad, etc.), tendría que mejorar también con este tipo de programa en el interior de la República (16).

Sin embargo de esto, la Dirección General de Sanidad Pública en la forma que se encuentra organizada actualmente, no podría desarrollar programas de salud pública de tipo integral. La Zona de Demostración Sanitaria hace ver claramente lo desactualizado de nuestra Sanidad en organización y reglamentos. De las consideraciones anteriores se desprende en consecuencia, que sería adecuado que el país estuviera dividido en zonas o regiones. En esta forma los Centros de Salud estarían en capacidad de asumir la responsabilidad de las actividades de Salud Pública en las respectivas localidades favoreciéndose así la resolución de problemas locales sin necesidad de recurrir a la Dirección General de Sanidad Pública.

Sólo teniendo conocimiento de las características y problemas de una localidad, es posible organizar programas más adecuados.

En Salud Pública no podemos ni debemos aplicar los mismos programas a todo el país, ya que sería ilógico y de resultados seguramente dudosos. Cada región tiene problemas propios que deben estudiarse previamente para resolverlos en un orden lógico de prioridades. Guatemala, está demostrado que necesita de cuatro programas básicos que deberían desarrollarse en toda la nación: Saneamiento ambiental, Educación Sanitaria, Control de Enfermedades Transmisibles e Higiene Materno-infantil y Escolar; sin embargo, para su aplicación no se debe seguir, seguramente, el mismo orden en todas las regiones. En cada lugar hay que jerarquizarlos y en unos será Saneamiento Ambiental el que tenga prioridad, en otros Educación Sanitaria, etc. y aún habrá sitios en que no sean éstos los programas para iniciar una campaña de Salud Pública, sino otros surgidos

de las necesidades propias de la comunidad donde se actúa.

La Salud Pública es en medicina, una especialidad como cualquier otra y el médico sanitario tiene como paciente a la comunidad y no a los enfermos en particular, no obstante actúa ante ella como un médico lo haría ante un paciente, es decir: conociendo sus datos generales, su historia y antecedentes para luego realizar el examen físico que en el caso de una comunidad está representado por las encuestas sanitarias, económico-sociales, visitas domiciliarias, etc., haciéndose en seguida el diagnóstico o diagnósticos, por ejemplo: mal saneamiento ambiental, presencia de tales o cuales enfermedades transmisibles, etc., para luego, basándose en estos diagnósticos, prescribir el tratamiento, que será efectuado a través de los programas a desarrollar.

Otro aspecto o proyección que conviene mencionar, es el que se refiere a que con servicios adecuados de Salud Pública las fuentes estadísticas de información mejorarían; ya que cada centro tendrá que interesarse por hacer la educación sanitaria necesaria e incluso verificaría la notificación de mortalidad y natalidad locales entre otras, datos sin los cuales es imposible medir correctamente el grado de evolución alcanzado periódicamente, siendo ésta también una de nuestras más lamentables deficiencias del momento.

Aspecto también importante, sería la elevación del nivel del personal profesional y técnico de Salud Pública, evitando el empirismo por medio del adiestramiento y becas de especialización en la materia y evitando asimismo, la improvisación de funcionarios y de funciones en esta rama tan importante de la salud en general.

La mejora en nuestra organización sanitaria promovería un cambio en nuestros servicios, los cuales estarían más de acuerdo con la evolución que ha tenido esta especialización en el plano internacional, permitiéndonos además aprovechar en mejor forma los recursos de educación, agrícolas, pecuarios, etc.

Otro problema que necesariamente se solucionaría, sería el de los servicios hospitalarios, los cuales mejorarían en su funcionamiento debido a la canalización de enfermos, ya que en los Centros de Salud, al prestar servicios de tipo integral, a la vez que previenen y fomentan la salud, tienen funciones de recuperación de la misma yendo al hospital, únicamente los casos que no pueden tener atención ambulatoria o domiciliaria.

En la actualidad ha sido elaborado por las autoridades sanitarias del país, con la participación de entidades internacionales, un anteproyecto de organización para Sanidad Pública, el cual comprende en resumen, los siguientes puntos principales (14):

1.—*Seguir un sistema de organización escalonado*: (punto tratado anteriormente y del cual se hizo ver la importancia).

2.—*Diferenciación de trabajo normativo y ejecutivo*: así como el Gobierno tiene diferenciados sus poderes para un buen funcionamiento, en Sanidad Pública es necesario e importante hacer una separación entre el trabajo normativo, realizado por 3 divisiones:

- a) División de servicios técnicos generales;
- b) Saneamiento ambiental; y
- c) Epidemiología, encargados de dar las técnicas en sus respectivos campos, las cuales al ser aprobadas por la Dirección seguirán la vía ejecutiva representada por la división de servicios locales (antes división de Servicios Rurales de Sanidad Pública) la cual realizará el trabajo de campo a través de los Centros de Salud. La otra división para completar cinco, es la de administración que tiene carácter auxiliar para facilitar las labores de la Institución.

Las funciones básicas de las Divisiones se resumen así:

- 1.—De Investigación;
- 2.—Técnico-normativas;
- 3.—De Planeamiento;

- 4.—De Asesoría;
- 5.—Evaluativas;
- 6.—Educativas;

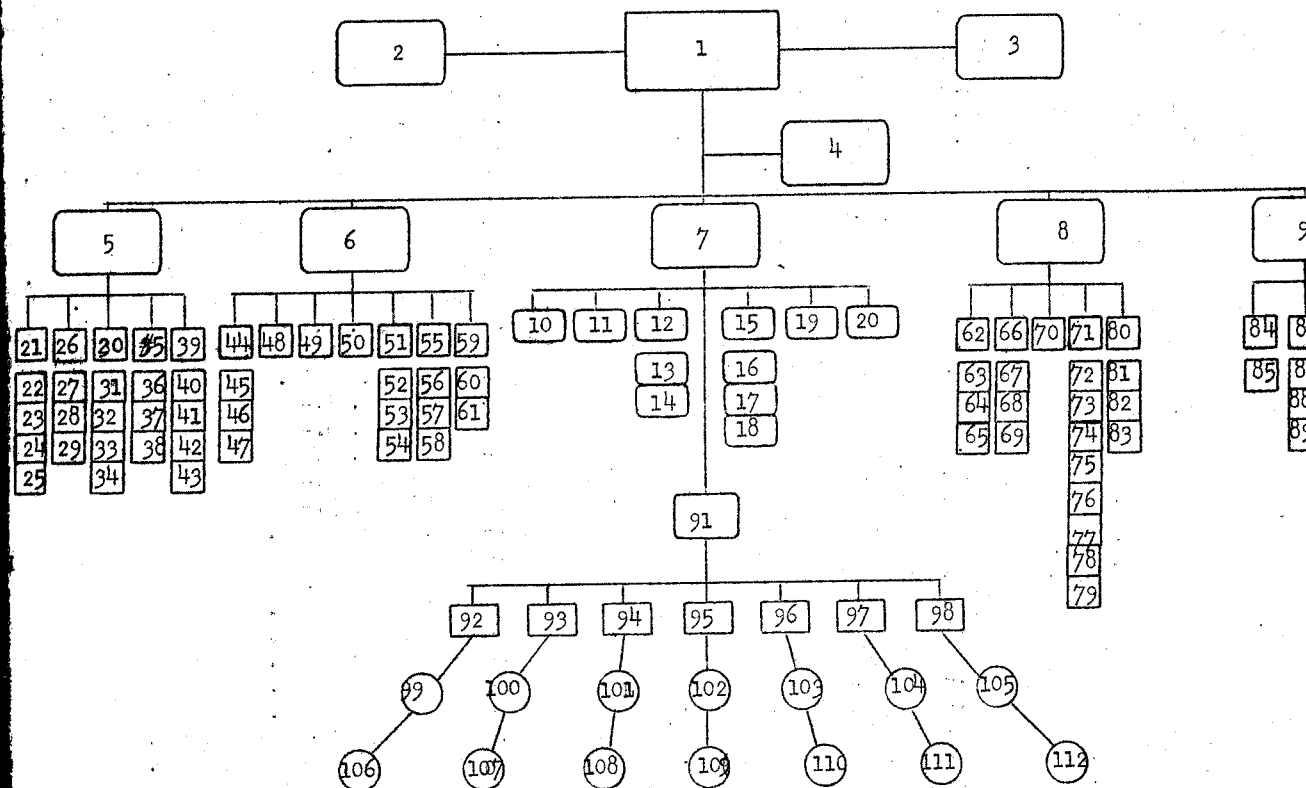
- 7.—De Organización;
 8.—De Coordinación;
 9.—De Supervisión;
 10.—Técnico-administrativa; y
 11.—De Promoción de Servicios.

3.—*Regionalización*: sistema considerado en la Administración Sanitaria moderna, como el más adecuado para extender los servicios de Salud Pública en un país. Para Guatemala, la regionalización consistirá en la división del territorio nacional en siete divisiones, cada una confiada a un equipo de personal especializado el cual se encargará de orientar en su región el trabajo de los centros de Salud de acuerdo con el plan general. Estos equipos están coordinados con la planta central de Sanidad por el Departamento de Centros de Salud. Cada Región constaría de un número determinado de Centros de Salud, completando su acción a través de los puestos de Salud Rural.

Contempla además la reorganización, otros tres puntos básicos:

- 1) *Adiestramiento de personal*: Considerado en plano nacional e internacional, de cuya importancia hemos hablado con anterioridad;
- 2) *Carrera Sanitaria*: Creada como consecuencia del punto anterior; estableciéndose grados que den estabilidad al personal, así como remuneración adecuada y escalonada, lográndose asimismo el desempeño de puestos por oposiciones y méritos profesionales; y
- 3) *Presupuestos*: Como es lógico suponer, el desarrollo progresivo de la reorganización necesitará la asignación de fondos adicionales en forma progresiva, los cuales deberán ser contemplados con anterioridad al elaborar el presupuesto general del ramo.

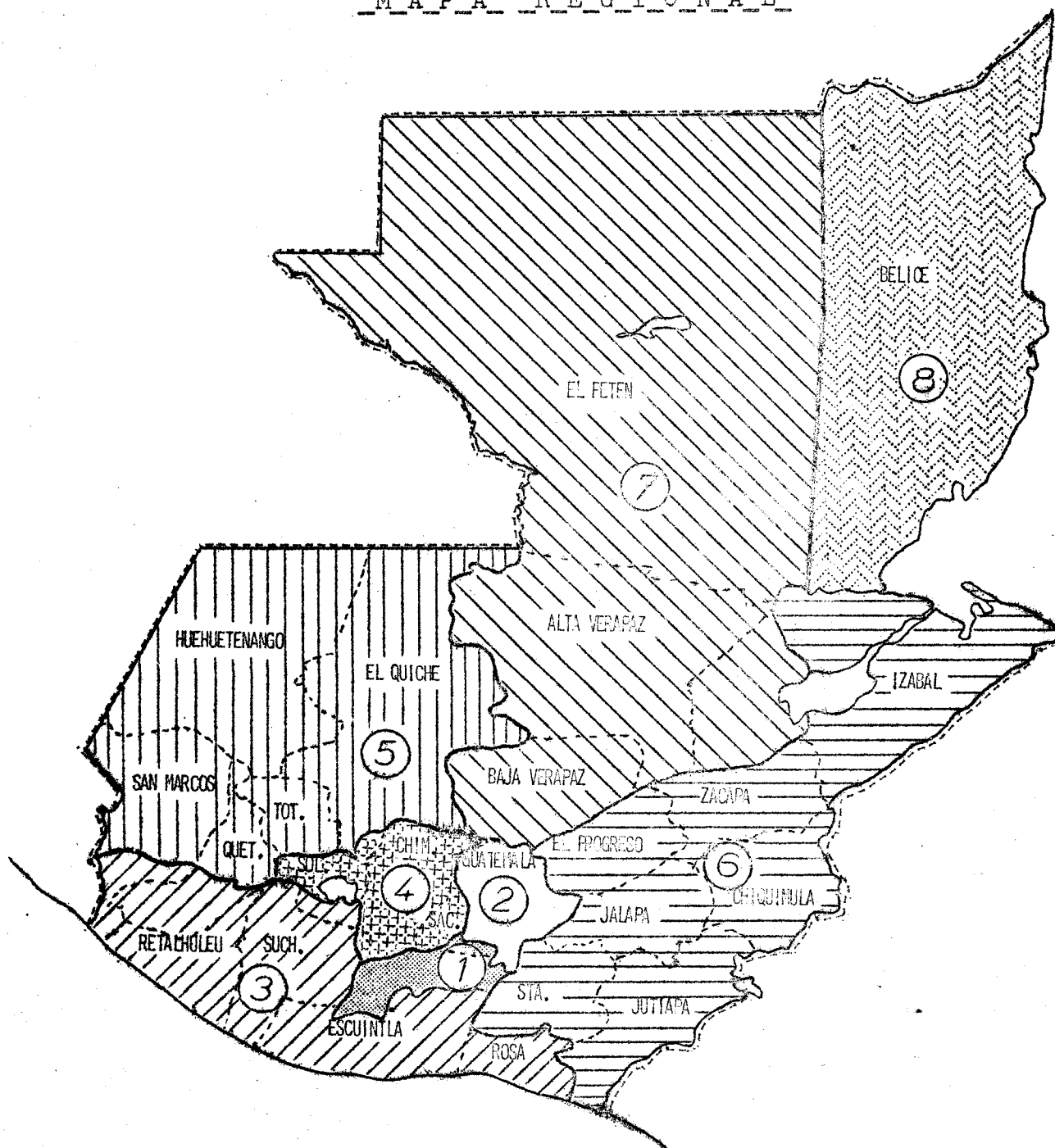
(Ver Proyecto de Organograma para Sanidad Pública y Mapa Regional).



- 1.- DIRECCION GENERAL DE SANIDAD.
- 2.- Consejo de Sanidad.
- 3.- Asesoría Interaccional.
- 4.- Asesoría Jurídica.
- 5.- División de Administración.
- 6.- División de Epidemiología, control y erradicación de enfermedades evitables.
- 7.- División de Servicios Locales.
- 8.- División de Servicios Técnicos Generales.
- 9.- División de Saneamiento Ambiental.
- 10.- Departamento de Higiene Mental.
- 11.- Departamento de Nutrición.
- 12.- Departamento de Enfermería.
- 13.- Enfermería.
- 14.- Parteras.
- 15.- Departamento de Higiene Materno Infantil.
- 16.- Materna.
- 17.- Infantil y Pre-Escolar.
- 18.- Escolar.
- 19.- Departamento de Odontología.
- 20.- Departamento de Atención Médica.
- 21.- Secretaría.
- 22.- Correspondencia.
- 23.- Biblioteca.
- 24.- Archivo.
- 25.- Central Telefónica.
- 26.- Departamento de Personal.
- 27.- Aplicación del Escalafón.
- 28.- Aplicación del Reglamento de Personal.
- 29.- Servicio Médico del Personal.
- 30.- Departamento de Contabilidad.
- 31.- Cuentas.
- 32.- Inventarios.
- 33.- Presupuesto.
- 34.- Pagaduría.
- 35.- Departamento de Proveeduría.
- 36.- Compras.
- 37.- Bodega.
- 38.- Suministros.
- 39.- Departamento de Transportes y Mantenimiento.
- 40.- Distribución de Control de Vehículos.
- 41.- Control de Combustibles.
- 42.- Talleres.
- 43.- Mantenimiento.
- 44.- Departamento de Enfermedades Transmisibles.
- 45.- Control de Enfermedades Agudas.
- 46.- Inmunizaciones.
- 47.- Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.
- 48.- Departamento de Malaria.
- 49.- Departamento de Tuberculosis.
- 50.- Depto. de Enfermedades Venéreas.
- 51.- Departamento de Parasitosis.
- 52.- Parasitismo Intestinal.
- 53.- Oncoocercosis.
- 54.- Tripanosomiasis-Leishmaniasis.
- 55.- Departamento de Enfermedades no Transmisibles.
- 56.- Enfermedades Degenerativas.
- 57.- Accidentes.
- 58.- Radiaciones.
- 59.- Departamento de Salud Pública Veterinaria.
- 60.- Zoonosis.
- 61.- Control de Alimentos.
- 62.- Departamento de Estadística.
- 63.- Estadísticas Vitales.
- 64.- Estadísticas Sanitarias.
- 65.- Estadísticas Administrativas.
- 66.- Depto. de Educación Higiénica.
- 67.- Educación Higiénica.
- 68.- Relaciones Públicas.
- 69.- Artes Gráficas.
- 70.- Depto. de Servicio Social.
- 71.- Departamento de Laboratorio.
- 72.- Bacteriología.
- 73.- Biología.
- 74.- Serología.
- 75.- Parasitología.
- 76.- Bromatología.
- 77.- Patología.
- 78.- Farmacia.
- 79.- Esterilización.
- 80.- Depto. de Control de Farmacias y Drogas.
- 81.- Farmacia.
- 82.- Drogas y Estupefacientes.
- 83.- Productos Farmacéuticos de Patente.
- 84.- Depto. de Inspecciones Sanitarias.
- 85.- Supervisión.
- 86.- Depto. de Revisión Sanitaria de Obras.
- 87.- Abastos de Agua.
- 88.- Disposición de Excretas.
- 89.- Servicios Públicos y Privados.
- 90.- Departamento de Ingeniería Sanitaria.
- 91.- Departamento de Centros de Salud.
- 92.- Región No. 1. Zona de Demostración Sanitaria Rural y Centro de Adiestramiento.
- 93.- Región 2. Depto. de Guatemala.
- 94.- Región No. 3.
- 95.- Región No. 4.
- 96.- Región No. 5.
- 97.- Región No. 6.
- 98.- Región No. 7.
- 99.- Centros de Salud.
- 100.- Control del Servicio de Salud Municipal de la Capital.
- 101.- Centros de Salud.
- 102.- Centros de Salud.
- 103.- Centros de Salud.
- 104.- Centros de Salud.
- 105.- Centros de Salud.
- 106.- Puestos Sanitarios Rurales.
- 107.- Puestos Sanitarios Rurales.
- 108.- Puestos Sanitarios Rurales.
- 109.- Puestos Sanitarios Rurales.
- 110.- Puestos Sanitarios Rurales.
- 111.- Puestos Sanitarios Rurales.
- 112.- Puestos Sanitarios Rurales.

y Mapa Regional).

MAPA REGIONAL



REFERENCIAS:

Límite Internacional:
 Límite Departamental:
 Límite de Zona Regional:
 Zonas Regionales No.:

DIVISION DE SERVICIOS RURALES DE SALUD PUBLICA
 SECCION DE ARTES GRAFICAS.
 Stencil No. 729. A. M. C.

CONCLUSIONES

- 1ª—Las estadísticas vitales de la América demuestran que Guatemala se cuenta entre los países que confrontan los más graves problemas sanitarios;
- 2ª—En Guatemala así como en otros países considerados como subdesarrollados, está probado que las causas definitivas de agravación de nuestros problemas son la enfermedad, la ignorancia y la pobreza integrando un círculo vicioso que en lo que corresponde a la enfermedad, es a la Dirección General de Sanidad Pública a quien toca promover las medidas tendientes a prevenirla en la medida de sus posibilidades.
- 3ª—La organización de la Dirección General de Sanidad Pública no ha sufrido prácticamente ninguna modificación desde que se estableció en 1932, lo cual da como resultado que las actividades de Sanidad del país se encuentren considerablemente atrasadas.
- 4ª—Nuestra Dirección General de Sanidad Pública tiene más o menos una organización administrativa que le permite funcionar pero no cuenta, sin embargo, de ello, con programas definidos que orienten las actividades ni en su planta central ni en las unidades sanitarias distribuidas en el interior de la República.
- 5ª—Es notorio en la organización actual de Sanidad que carece de los sistemas básicos de funcionamiento de una Dirección General a saber: la delegación de responsabilidad y autoridad, la diferenciación entre lo normativo, lo ejecutivo y lo administrativo, careciendo de supervisión en general y como uno de los puntos más importantes, la falta también de una filosofía y objetivos definidos en la realización de sus programas.

- 6ª—Es evidente la carencia de presupuesto adecuado y de personal especializado en Salud Pública en Guatemala, y como consecuencia de esto, la Dirección General de Sanidad Pública se ha visto en la necesidad de improvisar sus funcionarios especialmente en el interior de la República.
- 7ª—En la Zona de Demostración se ha realizado un programa de Salud Pública Rural, que sirve en la actualidad, de base para la reestructuración de los Centros Sanitarios en el resto del país.
- 8ª—Con base en las conclusiones anteriores, podemos deducir entonces que no sólo es conveniente, sino de urgencia absoluta que la Dirección General de Sanidad Pública inicie de inmediato su reorganización técnica y administrativa considerando como principios generales, entre otros: a) la delegación de funciones y responsabilidades; b) la diferenciación entre sus organismos normativos y ejecutivos; y c) la regionalización, definiendo claramente sus objetivos y programas.
- 9ª—Es de suma urgencia asimismo abordar de lleno el estudio y la elaboración de un código sanitario funcional y acorde con los sistemas modernos de Salud Pública.
- 10ª—En vista de la escasez de personal especializado, es necesario continuar con la preparación del mismo para garantizar la buena marcha de los servicios, propiciándose ya sea el desarrollo del Centro de Adiestramiento que funciona en la actualidad, o la creación de una escuela de Salud Pública dentro de la Universidad.
- 11ª—No desestimando la necesidad de enfatizar sobre los aspectos preventivos y de fomento de la salud en la preparación de sus alumnos, conviene que la Facultad de Medicina no sólo incluye sino desarrolle progresi-

vamente la enseñanza de estos temas, ampliando o creando para el efecto las cátedras respectivas.

- 12ª—Como consecuencia de lo anterior, la creación del Servicio Rural obligatorio se hace necesario con la participación de la Dirección General de Sanidad, que proveería los Centros de práctica que cuenten con programas integrales de Salud Pública.
- 13ª—Para asegurar una buena organización de nuestra Sanidad Pública, existiendo ya plena conciencia y un anteproyecto elaborado con este propósito; es necesario: "Garantizar la asignación de fondos en el presupuesto en forma creciente conforme los servicios se vayan desarrollando".
- 14ª—En términos generales conviene impulsar fundamentalmente programas destinados a la protección-materno-infantil, al saneamiento ambiental, al control de las enfermedades transmisibles y a la educación sanitaria siendo los que figuran prevalentemente en el orden de prioridades.
- 15ª—De acuerdo con la reorganización, las funciones de investigación, de planeamiento, de evaluación, de supervisión, tendrán que determinar indudablemente un progreso constante en el conocimiento y la solución de nuestros problemas de Salud, determinando también una baja de nuestros índices de morboletalidad en general, lo cual constituye en sí, el objetivo final de la Dirección General de Sanidad Pública.
- 16ª—Todas las conclusiones anteriores podrían dejarse al margen si lograra hacerse prevalecer por quienes corresponde, una última que las comprendería en su totalidad:

Es absolutamente necesario, urgente e imposter-gable proceder a la reorganización de la Dirección

General de Sanidad Pública de acuerdo con los principios de la administración sanitaria moderna, así como que nuestras escuelas facultativas inicien una educación profesional que provea los conocimientos y los medios que capaciten al alumno, para el ejercicio de su profesión dentro del concepto de lo que es la salud individual y colectiva en su forma integral.

HUMBERTO AGUILAR STAACKMANN.

Vº Bº,

Dr. Marco Antonio Cabrera.

Imprimase:

Dr. Ernesto Alarcón B.,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Resumen de los informes cuatrienales sobre las condiciones sanitarias en las Américas.* O.S.P. y O.M.S., junio de 1958.
- 2.—*Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, XLIII: 215-225, 1957.
- 3.—*Sexto Censo de Población.* Abril de 1950, Dirección General de Estadística.
- 4.—MOLINA G., ADRIASOLA G.: *Principios de Administración Sanitaria. Teoría y Práctica de la Salubridad en América Latina.* Escuela de Salubridad, Universidad de Chile, Santiago 1955.
- 5.—COLLADO ARDÓN R.: *Consideraciones médicas sobre el sub-desarrollo económico nacional*, Tesis de graduación, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1958.
- 6.—MARTÍNEZ DURÁN, C.: *Las Ciencias Médicas en Guatemala. Origen y Evolución.* Tip. Sánchez & de Guise, Guatemala, 1941.
- 7.—ASTURIAS, F.: *Historia de la Medicina en Guatemala.* Tesis de graduación, Tipografía Nacional, 1902. Biblioteca de Sanidad Pública.
- 8.—GAITÁN, L. & HERRERA, J. R.: *Índice Bibliográfico de las Leyes y Disposiciones Gubernativas de carácter médico sanitario, dictadas por el Gobierno de Guatemala durante los años de 1821 a 1938.* Biblioteca de Sanidad Pública.
- 9.—GALICH, L. F.: *Historia de la Salud Pública en Guatemala.* Conferencia dictada en el curso de Adiestramiento para Médicos en Salud Pública, 1958.

- 10.—CABRERA, M. A.; AGUILAR, O.; OROZCO, G.; FUENTES ALVARADO, B.; ACONCHA, L. E. & SOTO DE ORTEGA, M. R.: *Informe presentado por la Comisión encargada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para tratar sobre la Organización de la Dirección General de Sanidad Pública*. Estudio de la Dirección General de Sanidad Pública, junio de 1957.
- 11.—ESTRADA SANDOVAL, C.: *Resúmenes de Epidemiología*. Conferencias dictadas en el curso de Adiestramiento para Médicos en Salud Pública, 1958.
- 12.—HANLON, J. J.: *Principios de Administración Sanitaria*. Publicaciones Científicas, O.S.P., diciembre de 1954.
- 13.—ESTRADA SANDOVAL, C.: *Organización de Servicios Integrales de Salud Pública División de Servicios Rurales, Zona de Demostración Sanitaria*. Trabajo presentado al IX Congreso Nacional de Medicina, Diciembre de 1958.
- 14.—PADILLA Y PADILLA, C. & AGUILAR, O.: *Organización de Servicios Integrales de Salud Pública*. Trabajo presentado al IX Congreso Nacional de Medicina, Diciembre de 1958.
- 15.—*Guatemala en Cifras*. Dirección General de Estadística, 1957.
- 16.—*Mortalidad Infantil en las Américas. Hechos y Cifras*, O.S.P. y O.M.S., julio de 1957.