



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

**EXTENSION NECESARIA EN LA APLICACION
DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
MATERNO-INFANTILES**

TESIS

**PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
POR**

EMILIO PERAZA ESTRADA

**EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, JULIO DE 1959

TIP. SÁNCHEZ & DE GUISE
8ª AV. Nº 12-58.—ZONA 1. GUATEMALA, C. A.

PLAN DE TESIS

- I.—INTRODUCCION
- II.—RESUMEN HISTORICO
- III.—MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA
- IV.—ATENCION MATERNO-INFANTIL
- V.—PROPOSITO Y RESULTADOS
- VI.—CONCLUSIONES
- VII.—BIBLIOGRAFIA.

I.—INTRODUCCION

Es indiscutible el derecho de la mujer a recibir atención médica y otros beneficios y prestaciones de tipo económico y social en las diferentes fases de desarrollo pre, peri y post-natal. Igualmente es inobjetable el derecho del niño a participar de dicha atención y beneficios desde el momento del nacimiento en adelante, hasta el fin de la vida, atención que ha de cubrirse en etapas sucesivas por medio del control neo-natal, infantil, pre-escolar, escolar, etc., y posteriormente en la vida adulta.

En esta forma se contribuirá poderosamente a disminuir la mortinatalidad y la mortalidad infantil que en nuestro país revisten caracteres alarmantes, dado que son actualmente de las más elevadas del mundo. Asimismo la mortalidad materna es grande y en buena parte prevenible.

La forma empírica y muchas veces primitiva de la asistencia del parto en la gran área rural de la República, la falta total o casi total de controles prenatales y las deficiencias asistenciales de todos conocidas, obligan a pensar en la necesidad de crear un programa de protección Materno-Infantil con aplicación práctica y de extensión progresiva, tanto en áreas y población a cubrir como en alcances y extensión de beneficios que se proporcionen. Debe comprender, en lo esencial, control técnico del embarazo y labor de tipo asistencial durante el mismo y en el parto, todo ello complementado con el Servicio Social indispensable que se preste en cada caso y que varía desde el consejo a la ayuda económica y el suministro de suplementos alimenticios. Asimismo es indispensable durante toda la fase mencionada y aún posteriormente la efectiva Educación Higiénica que deberá realizarse por todos los medios posibles.

Como parte del mismo programa se incluye el adiestramiento y capacitación de personas que se han dedicado a la asistencia de partos en forma completamente empírica y su debido control, evitando así gran parte de la morbilidad relacionada con el embarazo, el parto y el puerperio.

Otro punto importante es la coordinación que debe existir con los Centros Asistenciales, Maternidades, etc., ya que es la culminación forzosa, el final obligado de un embarazo bien conducido y de un parto que se lleve a cabo con toda la técnica y asepsia perfectas para obtener un producto vivo, sano y en condiciones de asegurar una superación eficaz y un porvenir seguro en la familia y en la Patria.

El esbozo anterior se encuentra comprendido ampliamente en el Reglamento sobre Protección Materno-Infantil puesto en vigor por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social desde Mayo de 1953 y que rinde sus frutos óptimos (por ser de tipo integral) en el Departamento de Guatemala, único que hasta la fecha goza de estos beneficios.

II.—RESUMEN HISTORICO

Desde principios del presente siglo ha crecido en forma paulatina y progresiva la preocupación por resolver los problemas relacionados con la atención Materno-Infantil; así vemos, que a medida que transcurren los años, el número y calidad de los especialistas en Obstetricia ha aumentado en forma singular. Igualmente la cantidad de embarazadas que asisten a consulta prenatal ha crecido notablemente, pero, por tratarse de Servicios de Especialistas y de Médicos particulares (los cuales son remunerados), sólo quedan en las posibilidades de un número de personas muy escaso en comparación con el resto de la población prenatal en toda la República que recibe poca o ninguna atención médica.

Aliviando en mínima parte esta situación se crean en los distintos Hospitales de la República, Salas de Maternidad con sus respectivos consultorios prenatales; sin embargo, estos Servicios son preferentemente de tipo asistencial y no de prevención, lo que trae consigo cierta limitación en los alcances y proyecciones de Salud Pública en lo referente a protección Materno-Infantil.

Así y todo, con algo se cuenta hasta llegar al año de 1936 en que se promulga el Código de Sanidad, que en el Capítulo XV, Artículos 193, 194 y 195 contiene todo un programa de protección Materno-Infantil.

En 1945 la Sanidad Municipal de la Ciudad de Guatemala, establece consultorios de Higiene Materno-Infantil que prestan sus servicios en forma organizada y eficiente.

Pero el paso decisivo en la adecuada protección Materno-Infantil, se efectúa en Mayo de 1953, cuando el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social inicia su programa de beneficios integrales abarcando las fases preconcepcional, prenatal, natal, post-

natal e infantil. Es integral, no sólo por considerar todas las etapas de desarrollo biológico, sino por imprimirle preferentemente carácter preventivo sin descuidar el asistencial en sus múltiples aspectos Médico-Socio-Económicos.

Desgraciadamente estos Servicios se encuentran en la actualidad limitados al Departamento de Guatemala y en el caso de los Dispensarios Municipales, únicamente a la Ciudad Capital. Asimismo, la mayoría de Médicos Especialistas en Obstetricia se concentra en la Capital y muy pocos en los Departamentos; ninguno en el área rural.

Por otra parte, los artículos mencionados en el Código de Sanidad, son inaplicables en la extensión de la República por falta de medios económicos, falta de Educación Higiénica, falta de cooperación de las autoridades y otras entidades y sobre todo, falta de personal adiestrado especialmente en Salud Pública.

Por todo ello es que en 1955 con ayuda de organismos internacionales (OMS y UNICEF) se crea la División de Servicios Rurales de Salud Pública, encargada específicamente de la formación de personal adiestrado en Salud Pública y del inicio e impulso de programas de prevención y protección en general. Si al principio funcionó en una región limitada (Zona de Demostración Sanitaria Rural: Amatitlán) paulatinamente extiende sus Servicios a otras Zonas hasta llegar a abarcar toda la República. Se crean Centros de Salud; son dotados del equipo necesario, su personal es adiestrado en Salud Pública y en sus programaciones se da preferencia a los aspectos preventivos, principalmente en lo que concierne a Higiene Materno-Infantil.

III.—MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA

“Se considera que las estadísticas sobre la mortalidad infantil son las que reflejan con mayor precisión las condiciones de vida de la población y el nivel económico y sanitario de la sociedad; siendo para algunos autores una de la estadísticas que mayor utilidad reporta dentro del campo de la salud pública.”

Siendo así, y al pensar que en los últimos años la mortalidad infantil ha oscilado del 18.5 al 25.9% (21.9% en 1956) de la mortalidad total en el país, es decir, la cuarta o la quinta parte de la mortalidad total, se impone la investigación del por qué, de las causas del número tan elevado y alarmante de muertes de menores de un año.

Y es en la misma estadística que las encontramos:

En 1956 (última estadística de que pudimos disponer por motivos ajenos) tenemos:

<i>Causas.</i>	<i>Defunciones</i>	<i>Tasa</i> <i>(Por 10,000).</i>
1.—Ciertas enfermedades de la primera infancia.	5,866	359.3
Comprenden:		
Enfermedades particulares a la primera infancia mal definidas.	2,394	146.6
Neumonía del recién nacido.	2,312	141.6
Diarrea del recién nacido.	385	23.6
Prematuridad.	311	19.0
Inadaptación al régimen alimenticio. . .	128	7.8
Asfixia post-natal y atelectasia.	124	7.6
Prematuridad con mención de cualquier otra afección secundaria.	27	1.6
Otras.	185	11.3

2.—Enfermedades infecciosas y parasitarias.	2,870	175.6
Comprenden:		
Tos ferina.	1,011	61.9
Infectaciones con otros tipos de gusanos, mixtos o sin especificar.	608	37.2
Otras formas de paludismo y las no especificadas.	521	31.9
Sarampión.	414	25.4
Formas no especificadas de disentería. .	138	8.1
Erisipela.	41	2.5
Otras.	143	8.8
3.—Enfermedades del aparato respiratorio.	2,665	163.2
Comprenden:		
Otras neumonías y las no especificadas.	867	53.1
Bronquitis.	868	53.2
Influenza con otras manifestaciones respiratorias.	503	30.8
Bronconeumonía.	259	15.9
Rinofaringitis aguda.	73	4.5
Bronquitis aguda.	53	3.2
Otras.	42	2.6
4.—Enfermedades del aparato digestivo. .	1,932	118.2
5.—Síntomas y estados mal definidos.	834	51.1
6.—Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.	98	6.0
7.—Vicios congénitos de conformación. . . .	96	5.9
8.—Enfermedades alérgicas, de las glándulas endocrinas, del metabolismo y de la nutrición.	44	2.7
9.—Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.	41	2.5

10.—Accidentes, envenenamientos y violencias	22	1.3
11.—Enfermedades de la piel y del tejido celular.	19	1.2
12.—Enfermedades del aparato circulatorio.	5	0.3
13.—Otros.	7	0.4

Con algunas variantes las mencionadas causas han mantenido su proporción durante los últimos años.

No así la tasa general de mortalidad infantil, que muestra tendencia franca al descenso, pero en forma irregular, con alzas pronunciadas hasta 143.9 por mil nacidos vivos en 1942 y bajas marcadas de 87.9 en 1954.

La tasa de mortalidad infantil de 1956 fue de 88.8 por mil nacidos vivos y el número de muertos menores de un año fue de 14,499.

De ellos murieron:

De menos de 1 mes.	5,443	o sea	37.5%
De 1 mes.	1,439	o sea	9.9%
De 2 meses.	1,129	o sea	7.8%
De 3 meses.	997	o sea	6.9%
De 4 meses.	773	o sea	5.3%
De 5 meses.	614	o sea	4.2%
De 6 meses.	827	o sea	5.7%
De 7 meses.	606	o sea	4.2%
De 8 meses.	812	o sea	5.6%
De 9 meses.	663	o sea	4.6%
De 10 meses.	652	o sea	4.5%
De 11 meses.	544	o sea	3.8%

Del total de 14,499 muertos menores de un año, recibieron:

Atención Médica.	1,565	o sea	10.8%
Atención empírica.	1,878	o sea	13.0%
Por Comadrona.	134	o sea	0.9%
Ninguna asistencia.	10,922	o sea	75.3%

El gráfico Número 1, demuestra objetivamente estos porcentajes:

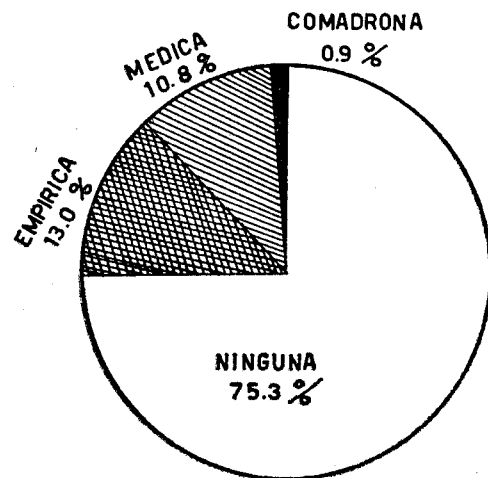


Gráfico Número 1.

Mortalidad Infantil.—Porcentaje según clase de Asistencia.—1956.

De los 14,499:

Murieron en Hospital.	1,074	o sea	7.4%
En Casa de Salud.	17	o sea	0.1%
En la vía pública.	15	o sea	0.1%
En el domicilio.	13,393	o sea	92.4%

La comparación gráfica de estos porcentajes es la siguiente:

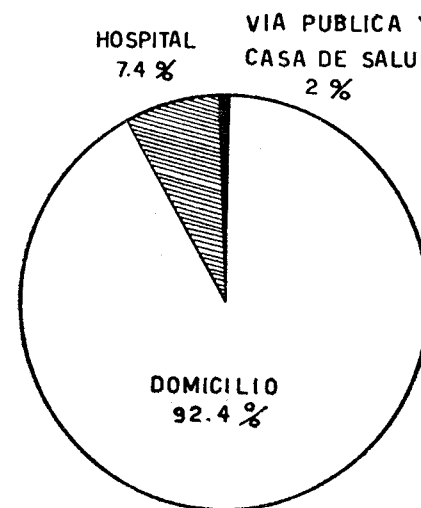


Gráfico Número 2.

Mortalidad Infantil.—Porcentaje según el lugar de ocurrencia.—1956.

La firma del certificado de defunción fue por:

Médico.	1,729	o sea	11.9%
Empírico.	2,169	o sea	15.0%
Autoridad.	10,601	o sea	73.1%

El promedio diario de defunciones de menores de un año fue 39.6 comparado con 181.1 que fue el promedio de mortalidad general.

La mortinatalidad fue de 5,222 y su tasa de 32.0 por mil nacidos vivos. Las estadísticas son muy variables según el país por dificultades diagnósticas, deficiencias estadísticas, omisiones toleradas o deliberadas, falta de criterio unificado para la calificación de mortinato, confusión con mortalidad neonatal, etc.

Las causas de mortinatalidad son muy variables: Causas desconocidas, Higiénicas, Económicas y sociales. Médicas: Enfermedades agudas o crónicas de los progenitores, etc. Además, afec-

ciones propiamente gravídicas (toxemias, hipertensión). Afecciones en los órganos genitales. Incidentes en el curso del embarazo (traumatismos). Anomalías en el huevo y en el feto (embarazo extrauterino, mola, infarto placentario, inserciones viciosas, etc.) Causas en relación con el trabajo del útero (parto anormal, anomalías de contracción, intervenciones, accidentes en el curso del trabajo). Post-natales: maniobras de reanimación; síndromes pulmonares; infecciosos agudos; digestivos; nerviosos; hemorrágicos; inmadurez; dificultades para la lactancia.

Como causas directas se reconocen: maceración (1/5 de casos), malformaciones, premadurez, traumatismo obstétrico, infección intrauterina, eritroblastosis, sífilis, anoxia.

La mortalidad materna durante 1956 fue de 483 y su tasa 3.0 por mil nacidos vivos. Teóricamente esta tasa es baja y casi a la altura de las tasas de mortalidad materna de países más desarrollados, en los cuales la Salud Pública ha alcanzado grados superlativos. En la práctica es mucho mayor, dado que mueren madres y embarazadas con diagnósticos imprecisos o considerados aparentemente sin relación con el embarazo; tal por ejemplo, el caso de septicemias, anemias agudas hemorrágicas, eclampsias y preeclampsias indagnosticadas, etc. Sin embargo, debidamente certificadas como causas de mortalidad materna, se mencionan: septicemias, toxemias incluyendo eclampsias y otras, hemorragias, shock y otros accidentes del parto.

El número de nacimientos en 1956 fue de 163,301. Tasa 48.8 por mil habitantes.

De ellos nacieron en Hospitales:

Vivos.	13,035
Muertos.	822
Total.	13,857

En el Centro Materno-Infantil del I. G. S. S.:

Vivos.	4,147
Muertos.	113
Total.	4,260

En Casas de Salud y Maternidades Privadas, así como de la asistencia a domicilio por Médicos o Comadronas Graduadas, no se tienen datos exactos, creyendo que aproximadamente un 3 a 4% de los nacimientos fueron atendidos en esa forma.

El gráfico Número 3, objetiva los porcentajes de nacimientos según clase de atención.

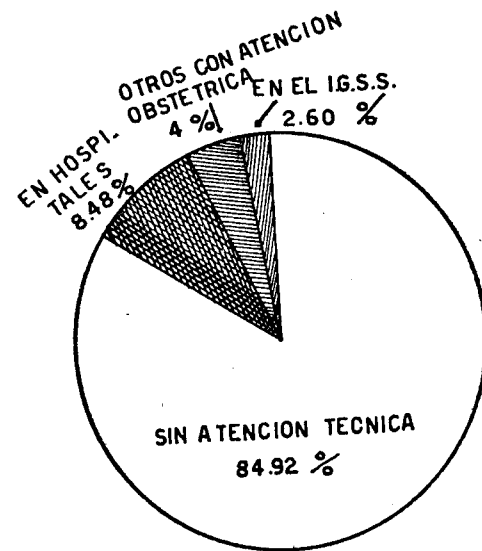


Gráfico Número 3.

Nacimientos en la República.—Porcentaje según clase de asistencia.—1956.

Nota.—Los gráficos fueron tomados del Boletín Mensual de la Dirección General de Estadística, Número 12, Diciembre de 1957.

IV.—ATENCION MATERNO-INFANTIL

“....en el período peri-natal convergen en forma crítica la mortinatalidad, la mortalidad neo-natal (mortalidad infantil precoz) y la mortalidad materna.”

Tal es la situación actual. Considerada en números, se atiende y controla médicamente al año un 15% aproximadamente de la población prenatal. Es decir, una parte mínima que no llena debidamente las aspiraciones de un control y prevención que formen las bases del mejoramiento y conservación de la especie, la superación de los pueblos y el anhelo supremo de bienestar y progreso personales y de la Patria en general.

Queda un 85% de nacimientos que son atendidos empíricamente, por vecinas, amigas, etc., o que no reciben ninguna atención. De ahí que las causas de muerte (tanto maternas como infantiles) enumeradas anteriormente, encuentren campo propicio para su incremento constante.

“No hay que juzgar el éxito de un Servicio Pre-natal por el número de embarazadas que pasan por ahí, ni por el número de consultas que se le dan a cada paciente; solamente la reducción de la mortalidad y morbilidad materna, fetal y neo-natal, indican la eficiencia del Servicio.”—(*Browne*).

La observación estadística nos indica que sólo un número reducido de niños nacen con asistencia médica. Y el problema se agudiza al pensar que no todas las madres de esos niños han acudido a controles prenatales periódicos; muchas de ellas ni siquiera lo han hecho una vez, ya que acuden a centros asistenciales únicamente en el momento del parto. En cuanto al resto de las aproximadamente 160,000 o más madres anuales, no cuentan tal vez ni siquiera con una mínima orientación para la adecuada conduc-

ción del embarazo y menos a la hora de presentarse alguna complicación. Su modo de pensar, sencillo y lógico, las lleva a considerar el embarazo y el parto como una cosa natural y corriente. Pero, sin dejar de reconocerlo así, es imprescindible el control médico pre, peri y post-natal. Sólo así se podrán valorar oportunamente las deficiencias metabólicas, nutricionales, patológicas o de otra índole que presente la embarazada para su debida corrección y tratamiento y lograr, por consiguiente, el feliz término del embarazo en la forma más precisa y adecuada y al mismo tiempo, menos peligrosa para madre e hijo asegurando así una positiva reducción en los índices de mortalidad de ambos.

Es deber de todo profesional al servicio de las Ciencias Médicas (en lo personal, humano y social) contribuir, en la medida de sus posibilidades, a disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil. No es tarea únicamente del Obstetra; es labor de conjunto multiplicando esfuerzos para lograr como objetivo preciso la baja en los mencionados índices que, si actualmente se encuentran entre los más altos del mundo, en el futuro es de esperarse sean, si no los más bajos, por lo menos aproximados a ellos.

Asimismo, los organismos encargados de velar por la Salud Pública, están en la obligación de extender sus servicios a toda el área rural, principalmente en el aspecto preventivo, destacándose en primera línea el programa Materno-Infantil que deberá ser aplicado en forma completa, segura y progresiva, coordinando perfectamente los aspectos profilácticos con los puramente asistenciales y sociales.

“Es de notar que la frase “partos sin atención médica” se ha de interpretar en su sentido más amplio. Casi siempre significa también extrema pobreza, defectuosa instrucción sanitaria, desaseo, deficiencias de la alimentación, falta de cuidados prenatales y parto en chozas donde se carece de lo más estrictamente necesario para casos de urgencia, pues, las parturientas son atendidas por las vecinas o por comadres ignorantes.”

Otro aspecto importante a considerar y que debe ser tenido muy en cuenta, se refiere a la gran cantidad de niños menores de un año que mueren sin ninguna asistencia (75,3%, es decir, tres

cuartas partes). Considerando que en esa edad las causas de muerte son en gran mayoría prevenibles por controles médicos periódicos, tratamientos oportunos, inmunizaciones, saneamiento ambiental y, sobre todo, Educación Higiénica intensiva, se piensa que en parte la obra a realizar depende del Estado y específicamente de Salud Pública: adiestramiento y especialización de personal, creación de Centros de Salud, dotación de los mismos, coordinación asistencial y extensión de servicios a toda la República.

Como un apéndice, reproducimos las medidas profilácticas dictadas por el Dr. Julio A. Bauzá y que aparecen en el Título IV sobre profilaxia de la mortalidad peri-natal, Capítulo Segundo, Tercera Parte del libro "Pediatria Social" del Dr. Manuel Antonio Girón:

- “1.—Declaración de todo embarazo que haya sobrepasado el tercer mes de gestación.
- 2.—Multiplicación de los Consultorios pre-natales, en las zonas urbanas y rurales.
- 3.—Extensión del uso de Unidades Móviles en los centros poco poblados, para el examen y asistencia de la mujer grávida.
- 4.—Establecimiento de Salas de Maternidad en todas las poblaciones de cierta importancia, con equipo y personal debidamente adiestrado en la asistencia del parto y del recién nacido. Asistencia a domicilio por personal técnicamente preparado.
- 5.—Diagnóstico cuidadoso de todas las muertes fetales y neonatales para los efectos de la estadística vital.
- 6.—Asistencia al recién nacido por un médico pediatra especializado, en toda maternidad de cierta importancia, con el equipo moderno necesario a ese fin.
- 7.—Protección social y alimenticia a la mujer pobre en estado de gravidez, y descanso obligatorio de la mujer obrera antes y después del parto.

- 8.—Establecimiento del Seguro de Maternidad dentro del Seguro de Salud o por separado de éste.
- 9.—Protección médico-social del niño prematuro, con declaración obligatoria de los nacimientos con vida, incluidos en esta categoría.
- 10.—Establecimiento de Bancos de Leche de mujer o Lactarios para la alimentación total o parcial de los prematuros y niños de menos de 4 semanas, que no puedan ser amamantados por la madre respectiva.
- 11.—Organización de asistencia médica obligatoria de todo recién nacido, cuyos padres no estén en situación de proporcionársela durante las primeras semanas de vida, sea a domicilio, sea por intermedio de los Consultorios o Puestos de Puericultura.
- 12.—Establecimiento de buenos servicios de asistencia de urgencia a la madre y a todo recién nacido, en caso que se solicite.
- 13.—Organización de un buen servicio de Estadística Vital.”

V.—PROPOSITO Y RESULTADOS

En lo esencial el presente trabajo tiene únicamente la pretensión de enfocar nuevamente la atención de autoridades y entidades encargadas de la solución de los problemas de Salud Pública, así como de los Profesionales hacia el enorme problema que constituye la falta de protección Materno-Infantil en toda la República (excluyendo, aunque no del todo, a la Capital) y sobre todo en el medio rural, el más necesitado y que aún espera, en algunas localidades, no digamos un programa completo de Salud, siquiera la visita de un Médico para atender sus múltiples conflictos de salud, alivio a sus dolencias, corrección de deficiencias alimenticias, control y prevención de determinadas enfermedades, atención pre y post-natal, mejora de condiciones ambientales, etc., etc.

Afortunadamente, la nueva organización de los Servicios de Salud Pública iniciada en Guatemala con la creación de la División de Servicios Rurales de Salud Pública, permite ser optimistas al respecto, ya que se extiende por todo el territorio Nacional en forma lenta pero organizada y segura, contando con elementos capaces, personal especialmente adiestrado y además el respaldo del propio pueblo y autoridades que han comprendido la necesidad urgente de la mencionada reorganización, dándole esencialmente propósitos preventivos, divulgando conocimientos acordes con la realidad de nuestro tiempo y medio, sin por eso desestimar el aspecto asistencial, el cual debe estar perfectamente coordinado como un complemento (si así pudiera llamársele) de la integración de los Servicios de Salud Pública.

La creación de Centros de Salud localizándolos en zonas y poblaciones más necesitadas de sus servicios y siguiendo un plan preestablecido; la dotación de dichos Centros con equipo suficiente y el adiestramiento en Salud Pública de personal competente y en

número adecuado, forman las bases con las que se contará en el futuro para la aplicación, aún en las más remotas áreas, de los programas preventivos entre los cuales, en primera fila, cuentan los que tienden a la adecuada protección Materno-Infantil, cimiento del porvenir de las generaciones venideras y del progreso general del país.

La División de Servicios Rurales de Salud Pública ha dado ya ese primer paso: reorganización de servicios, creación de Centros de Salud, adiestramiento de personal en el país y en el extranjero y coordinación asistencial. Se cubre actualmente un área y número de habitantes reducidos, pero con tiempo y apoyo decidido de pueblo y gobierno llegará a cubrir el resto de la República.

Los resultados, aunados los esfuerzos de entidades de Salud Pública, I. G. S. S., Municipalidad, Hospitales públicos y privados y de Profesionales Obstetras y Pediatras ya comienzan a ser palpables. Estadísticas comparativas tanto en nuestro país como en otros países que presentan situaciones y condiciones similares a las nuestras, muestran el valor de una buena profilaxis durante el embarazo y el parto, la superación en las técnicas obstétricas, la mejora en los cuidados del recién nacido y en general, el adecuado control profiláctico periódico del niño, todo lo cual se traduce en una baja de la mortalidad materna e infantil que es un anhelo patrio y el impulso orientador del presente trabajo.

VI.—CONCLUSIONES

- 1ª—La atención prenatal técnicamente dirigida, así como la asistencia médica del parto y el control periódico de la madre y del niño, contribuyen grandemente a rebajar la mortalidad, tanto materna como infantil.
- 2ª—Es necesaria la extensión de Servicios Materno-Infantiles integrales a todo el país a efecto de que todas las mujeres y niños de cualquier posición económica y social, gocen de sus beneficios en su oportunidad.
- 3ª—Dichos Servicios pueden ser prestados a través de los Centros de Salud en coordinación con Hospitales Departamentales, Maternidades, Casas de Salud, etc. Contando además con la colaboración de Médicos particulares, Especialistas en Obstetricia, Comadronas Tituladas, Parteras empíricas adiestradas, etc.
- 4ª—Es función de Salud Pública la creación y mantenimiento de nuevos Centros de Salud que cubran toda la República, la formación y entrenamiento de personal especializado para los mismos y una ayuda completa para el funcionamiento y desarrollo de los programas de Salud que se lleven a cabo, principalmente el de Higiene Materno-Infantil como medio de lograr el punto primero.
- 5ª—En los Hospitales Departamentales aumentar los Servicios de Maternidad, dotándolos de locales, equipo, medicinas y personal especializado para un adecuado control prenatal y asistencia del parto y evitar así el empirismo reinante en la mayoría de poblaciones de la República.

- 6ª—Igualmente se hace necesario que el I. G. S. S. extienda progresivamente sus Servicios Materno-Infantiles a toda la República, ya que actualmente sólo el Departamento de Guatemala goza de estos beneficios.

EMILIO PERAZA ESTRADA.

Vº Bº,

DR. FRANCISCO J. AGUILAR,
Asesor Oficial.

Imprimase,
DR. ERNESTO ALARCÓN B.,
Decano.

VII.—BIBLIOGRAFIA

- 1.—Pediatria Social.—*Dr. Manuel Antonio Girón*. Editorial Universitaria, Guatemala, 1956.
- 2.—Reglamento sobre Protección Materno-Infantil.—Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Tercera edición, 1955.
- 3.—Código de Sanidad de la República de Guatemala. Capítulo décimoquinto, 1936.
- 4.—Puntos básicos para programas de Salud Pública en la República.—*Dr. Luis F. Galich*.—Guatemala, 1951.
- 5.—Análisis estadístico sobre la mortalidad infantil en la República de Guatemala.—*Lic. René Arturo Orellana G.*—Boletín mensual de la Dirección General de Estadística, Número 12.—Guatemala, C. A., Diciembre de 1957.
- 6.—Guatemala en Cifras.—Publicación de la Dirección General de Estadística.—Guatemala, C. A., 1957.
- 7.—Preventive Medicine for the Doctor in his Community.—An Epidemiologic Approach. Hugh Rodman Leavell, M. D., Dr. P. H., E. Gurney Clark, M. D., Dr. P. H.—Second edition, 1958.
- 8.—Obstetricia de Williams.—Nicholson J. Eastman.—Segunda edición en español, 1953.