

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
República de Guatemala, Centro América.



*Aporte a la Divulgación del Problema  
"Falta de Salud en Guatemala"*

**TESIS**

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE  
GUATEMALA,

POR

*Julio David Lam Cifuentes*

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

**MEDICO Y CIRUJANO**

Guatemala, Marzo de 1960.

## *Introducción*

La salud deficiente de nuestra población ha sido y sigue siendo motivo de interés creciente de nuestras autoridades estatales y universitarias, así como de distintas asociaciones privadas, habiéndose lanzado todas ellas a una lucha intensiva para aliviar la situación. Pero esta lucha bien intencionada no ha sido recompensada por el éxito en todos los casos, en la medida de las energías empleadas, debido a distintas causas, pero principalmente al enfoque inadecuado de los problemas, a falta de coordinación de actividades, y no la cooperación de todas las personas con posibilidad de hacerlo.

El objeto del presente trabajo es contribuir a la divulgación de las principales causas de defunción y de enfermedad en nuestro medio para que la lucha sea orientada en ese sentido, así como señalar quiénes tiene posibilidades y obligación de contribuir a la misma; y para que todo médico se haga cargo de esta obligación y se interese por conocer mejor los problemas de su país relacionados con su profesión.

En trabajos de tesis anteriores a éste se ha insistido en algunos aspectos del mismo problema, como son: el factor nutricional, el económico, el asistencial y otros; pero básicamente creo que hay que principiar por conocer nuestro problema para enseguida pasar a conocer los factores que lo han desencadenado y luego, las medidas que deben tomarse.

Como ya se han enfocado algunos factores y se han propuesto varias soluciones, yo me limitaré a exponer nuestros índices de mortalidad

general y por grupos etarios comparados con distintos países, luego un cuadro demostrativo de lo que se puede lograr atacando en la forma debida un problema, como lo fué el tifo exantemático. En seguida señalo a grandes rasgos en quiénes descansa la responsabilidad de resolver el problema, señalando especialmente al médico.

Finalmente describo en forma sucinta qué es lo que se ha hecho con miras a resolver la situación, siguiendo siempre el criterio divulgativo y reconociendo a la vez la labor realizada en pro de la salud de todos los guatemaltecos.



## *"Estado actual de la Salud*

### *en Guatemala"*

En diversas oportunidades, y en numerosos trabajos anteriores a éste, se ha insistido sobre el problema que para Guatemala y otros países semejantes representa el déficit de salud en la población, lo cual es demostrado por los elevados índices de mortalidad y por la alta prevalencia de enfermedades que debilitan a la población y dificultan el desarrollo integral del país.

El problema ha sido enfocado desde distintos puntos de vista, y especialmente desde el nutricional y de los factores socio-económicos que influyen decisivamente en la producción del mismo.

No es ningún secreto ni nada nuevo para nuestras autoridades de Salud Pública que Guatemala conserva desde hace mucho tiempo, un triste primer lugar en los índices de mortalidad general y mortalidad infantil. El problema es, pues, de tal envergadura y es tal el peso que tiene sobre la población que se han hecho esfuerzos de todo tipo por organismos estatales, privados y semiprivados para aliviar y aún erradicar enfermedades que han sido consideradas como flagelos nacionales, esfuerzos que como veremos más adelante, han tenido un éxito variable.

Siendo la salud el don máspreciado por todo ser humano, no cabe la menor duda que en un momento determinado, los recursos disponibles para mejorar el estado de la misma, pueden llegar a ser enormes y sumamente efectivos si tomamos en cuenta que es algo que interesa a todos, y especialmente si logramos despertar ese interés.

Vale la pena mencionar aquí que a pesar de los esfuerzos realizados y de las campañas efectuadas contra algunas enfermedades específicas, quedan muchas otras que no han sido atacadas con la debida intensidad ni por los medios apropiados a pesar de que son responsables de la muerte e incapacidad de millares de personas; esto es debido a que desconocemos exactamente cuáles son las principales causas de defunción en nuestro medio. Es por ello que a continuación se presentan varios cuadros comparativos de defunciones en distintos países de América y del mundo para mostrar a la vez nuestro índice de mortalidad general, empezando por un cuadro que muestra comparativamente las principales causas de mortalidad por 100,000 habitantes en los Estados Unidos y Guatemala. Este tiene por objeto mostrar cuán distintos son los problemas de ese país con respecto al nuestro, lo cual es de suma importancia para nosotros porque la propaganda que hacen ellos a sus campañas contra determinadas enfermedades es de tal manera efectiva y tiene tal difusión en nuestro medio, que no se exagera al decir que conocemos mejor los problemas de ellos que los nuestros, lo cual repercute enormemente en el ánimo de la población en general, pero principalmente en el gremio médico y asociaciones de beneficencia, influyendo decisivamente en la programación de campañas nacionales y relegando a un segundo término los problemas que más afectan a la población guatemalteca.



# PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN E.E.U.U. Y GUATEMALA. TASAS COMPARATIVAS POR 100,000 HABITANTES.

ESTADOS UNIDOS 1953				GUATEMALA 1954			
Causa de muerte		Muertes tasa		Causa de muerte		Muertes tasa	
Afec. arterioscleróticas y degen. del corazón .....		446.927	282.3	Senilidad .....		10.130	321.7
Tumores malignos.....		229.079	144.7	Gastritis, enteritis y colitis .....		6.627	210.5
Lesiones Vasculares del S.N.C.....		169.800	107.3	Malaria .....		6.270	199.1
Neumonía .....		42.778	27.0	Enfs. inf. y parás. ....		4.722	150.0
Enfs. de la 1a. Inf. ....		30.994	19.6	Neumonía .....		4.180	132.7
Senilidad .....		21.693	13.7	Tos ferina .....		3.826	121.5
T.B.C. Apar. Resp....		17.814	11.3	Enf. de la 1a. Inf. ....		2.590	82.3
Gripe .....		9.460	6.0	Gripe .....		2.538	80.6
Gastritis, enteritis y colitis .....		3.150	5.4	Bronquitis .....		2.170	68.9
Enfs. inf. y parás. ....		4.190	2.6	Disentería .....		1.765	56.1
Anemias .....		3.580	2.3	T.B.C. Sist. Resp....		1.058	33.6
Bronquitis .....		3.073	1.9	Anemias .....		768	24.4
Polio Ant. aguda.....		1.450	0.9	Tumores malignos.....		752	23.9
Disentería .....		882	0.6	Lesiones vasc. del SNC. ....		513	16.3
Tos ferina .....		270	0.2	Afecciones arterioescleróticas y de degen. del corazón.....		510	16.2
Malaria .....		32	0.0	Polio Ant. aguda.....		17	0.5

Como se vé, las enfermedades degenerativas y las que no tienen tratamiento preventivo específico son las principales causas de mortalidad en los Estados Unidos, pues sumadas todas ellas dan una tasa de 534.3 por 100 mil habitantes; y sumando todas las enfermedades transmisibles que aparecen en el cuadro anterior, en los Estados Unidos siempre, encontramos una tasa de 35.2 por 100 mil habitantes. Esto no quiere decir que ellos nunca han tenido el problema de las enfermedades transmisibles, sino que ya hace mucho tiempo que pasaron la etapa en que nos encontramos nosotros en la actualidad, por lo cual tienen una mayor expectativa de vida y llegado a edades en que se presentan las enfermedades degenerativas. De tal manera pues, que la mayoría de las enfermedades transmisibles ya no son para ellos un problema médico-social.

En las cifras de Guatemala, por el contrario, observamos la superioridad de las cifras de mortalidad por enfermedades transmisibles y con posibilidad de ser controladas; así tenemos que la mortalidad por enfermedades transmisibles sumadas nos dan una tasa de 813.8 por 100 mil habitantes, y las enfermedades degenerativas sumadas nos dan una tasa de 56.4 por 100 mil habitantes.

Se ha excluido de ésta comparación la SENILIDAD para hacer más evidente la diferencia y por ser el nuestro un dato bastante alejado de la realidad, yá que en nuestro medio es muy poca la gente que alcanza una edad avanzada como para morir de senilidad, pues la expectativa de vida al nacer es al rededor de los 49 años, y por otra parte, la mayoría de los ancianos mueren por enfermedades degenerativas y arterioescleróticas. Guatemala tiene un alto porcentaje de población indígena, en la cual, según estudios hechos recientemente, es sumamente rara la arterioesclerosis por diversos factores que no viene al caso mencionar. Además el 88.54% de los certificados de defunción son firmados por empíricos, quienes ignorando la verdadera causa de la muerte, "diagnostican" senilidad; no sucede lo mismo con las enfermedades transmisibles, la mayoría de las cuales son bien conocidas y por lo tanto, el margen de error es pequeño y no altera mayor cosa las cifras.

El gráfico número 1 muestra comparativamente la mortalidad ocurrida en varios países del mundo en el año de 1,952, y el gráfico número 2 muestra los mismos datos pero referidos a países americanos exclusivamente.

GRAFICO NUMERO 1: Defunciones por 1,000 habitantes en 25 países seleccionados del mundo 1952.

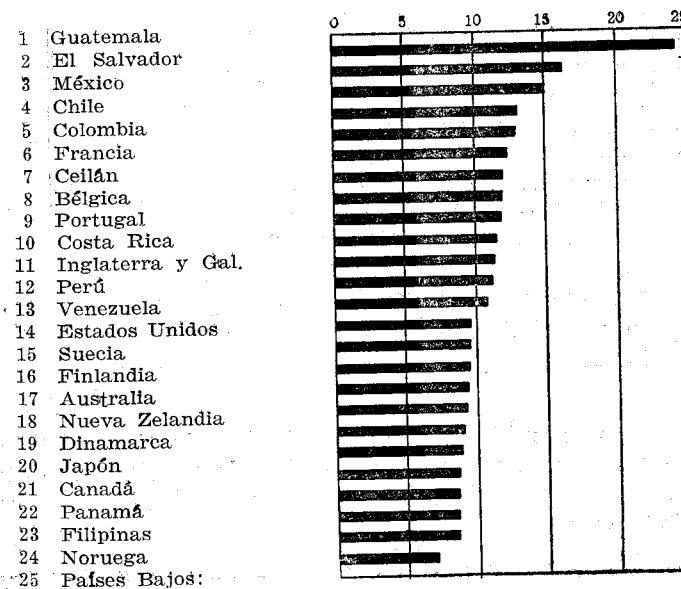
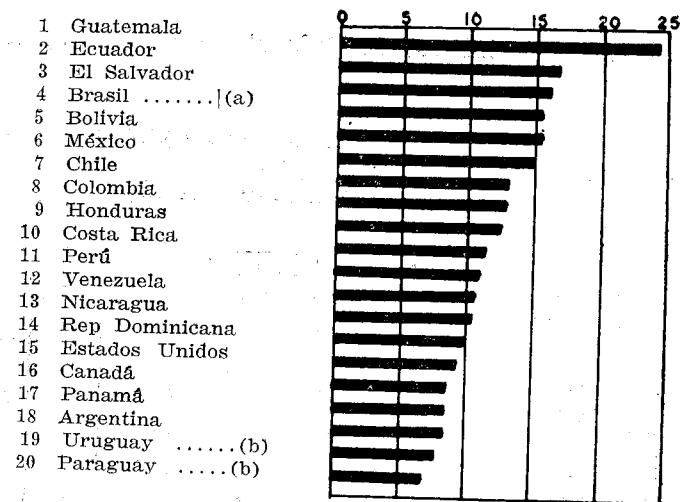


GRAFICO NUMERO 2: Defunciones por 1,000 habitantes en 20 países de las Américas, 1952.



- (a) Distrito Federal y capitales de estados, excluida la ciudad de Sao Paulo.  
 (b) 1951.

Como se aprecia fácilmente, Guatemala tiene el primer lugar en ambos casos, y la elevada mortalidad que tuvo, llevó una notable diferencia para con los países que se colocan en segundo lugar.

Aunque estos datos se refieren a varios años atras, puede suponerse que no han variado en grado notable, ya que como se verá posteriormente, la tendencia de las tasas de mortalidad es lentamente descendente y no muestra cambios bruscos que alteren grandemente la relación de un país con otro.

A continuación se presenta el cuadro número 2, el cual muestra la evolución de la tasa de mortalidad general en varios países del mundo y durante un período de 25 años.

CUADRO NUMERO 2:

PAIS:	1920	1930	1946	1954	Mejora	Total
Ceilán	28.9	22.4	20.3	10.4		18.5
Chile	30.2	23.9	16.6	13.1		17.1
Japón	23.0	18.1	17.6	8.2		14.8
Costa Rica	22.3	22.0	13.9	10.6		11.7
Hungría	20.9	15.8	15.0	11.0		9.9
El Salvador	24.3	23.0	17.6	15.0		9.3
Guatemala	25.7	26.2	24.6	18.5		2.8
E.E.U.U.	12.0	11.0	10.0	9.2		7.2

En este cuadro se nota que si bien en todos los países la tendencia es descendente, el grado de mejoría experimentado varía de un país a otro.

En efecto, Ceilán, Chile y Japón muestran descensos marcados, mientras que Guatemala ha mejorado solamente en 7 puntos de su antiguo estado. Estados Unidos, aunque es el que ha bajado menos, hay que tomar en cuenta que en 1920 ya tenía una tasa bajísima.

Este cuadro nos demuestra que si bien la tendencia no se altera bruscamente, su grado de descenso está sujeto a causas que pesan más en un sitio que en otro. De los países mencionados, llaman la atención especialmente los latinoamericanos, pues es de esperar que sean los que tienen mayor similitud con el nuestro; de ahí que sería sumamente interesante conocer las causas que han determinado descensos tan marcados en esos pueblos para tratar de aplicarlos en nuestro medio.

Mientras eso es posible, queda la seguridad de que por un medio o por otro, estamos en capacidad potencial de forzar el descenso de la mortalidad en nuestro país.

Ahora bien, en relación con esa elevada mortalidad, cabe preguntarse ¿Cuáles son las edades en que la población muere más, y qué por lo tanto, urge proteger?

En este sentido, el cuadro número 3 muestra, siempre en forma comparativa, la mortalidad de las diferentes edades en varios países americanos. Se aprecia claramente que son los grupos jóvenes los más afectados. A partir de los 9 años las tasas de mortalidad tienden a ser más se-

mejantes, mientras que de 1 a 4 años la diferencia es notable en favor de los países, considerados y en contra del nuestro, a excepción de Chile que es poca la diferencia, pero estos datos son de 1952 y este país ha mejorado muchísimo en los últimos 10 años.

El Gráfico número 3 presenta los datos anteriores en una forma más fácilmente apreciable.

**CUADRO No. 3**

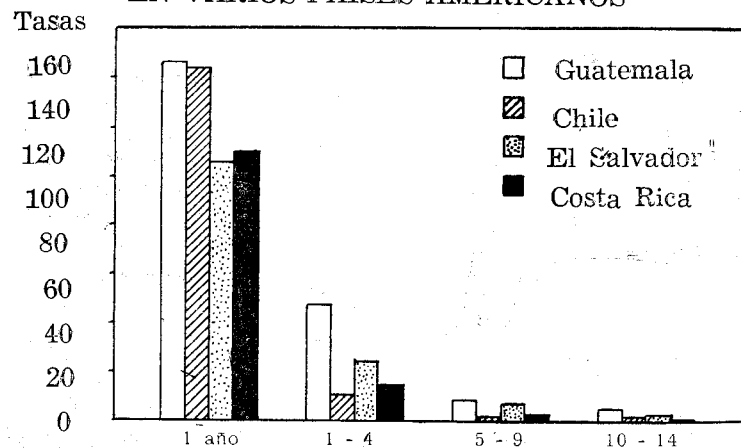
**TASAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS ETARIOS EN VARIOS PAISES AMERICANOS.**

PAISES	—1 AÑO	1-4	5-9	10-14
Guatemala	147.9	43.9	9.3	5.1
El Salvador	106.4	24.9	6.8	2.3
Costa Rica	111.0	15.5	2.7	1.5
Chile	143.9	11.1	1.8	1.7

\*Tasas por 1.000 Habitantes para el año 1.950, excepto Chile que se refiere a 1952.

**GRAFICO No. 3**

**TASAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS ETARIOS EN VARIOS PAISES AMERICANOS**

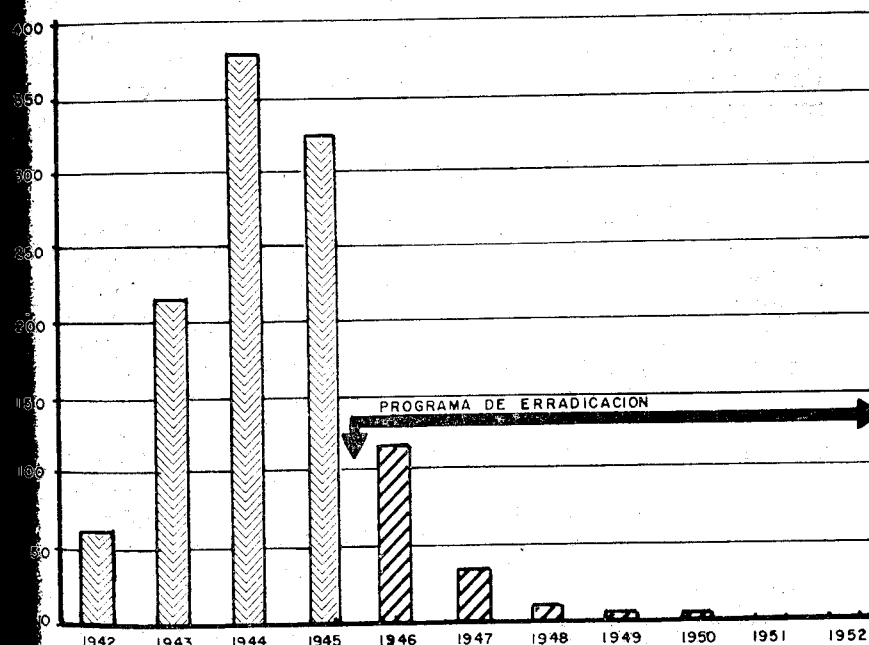


Grupos de edades

En resumen, estamos en capacidad de afirmar que Guatemala posee el más elevado índice de mortalidad en América y uno de los más elevados entre todos los países del mundo. También como hemos visto, los grupos de edad más afectados son los grupos jóvenes en los cuales también ocupamos el primer lugar.

Ahora bien, tomando en cuenta los resultados obtenidos por otros países, y los obtenidos en algunos casos particulares en el nuestro, tales como las campañas contra el tifo exantemático, la viruela, la fiebre amarilla y otras, podemos decir que está a nuestro alcance mejorar este lamentable estado de cosas; prueba de ello es el siguiente cuadro evolutivo del tifo exantemático, antes y después de la campaña nacional de erradicación, lo cual a la larga, nos ha demostrado que es más económico y eficaz el tratamiento preventivo de las enfermedades.

**DEFUNCIONES POR TIFO EXANTEMATICO EN LA REP DE GUATEMALA**



Por el contrario, si dejamos al azar lo que pueda ocurrir, o si ningún hecho extraordinario se interpone ante la realidad actual, puede predecirse que la disminución de las tasas de mortalidad seguirán el mismo ritmo lento, y que cuando llegue el año 2,000, nuestro país estará llegando al estado en que actualmente se encuentran algunos países como Costa Rica, y es probable que transcurran siglos antes que nos acerquemos a los países más adelantados que tienen tasas de mortalidad mucho menores que el nuestro.

## **RESPONSABILIDAD DISTRIBUIDA:**

A nada conduce el tratar de deducir responsabilidades a quienes vivieron antes que nosotros y que hayan tenido oportunidad de encarar el problema.

Con respecto al tiempo presente y al futuro, es necesario enfatizar que si bien la responsabilidad es de todos los guatemaltecos en general, es mayor la de todos aquellos que hemos tenido o tenemos la oportunidad de conocer la gravedad del problema, así como de discutirlo y de encontrar los medios para lograr que cada vez se atenúe más el daño que causa a los habitantes del país. En este sentido, debemos empezar por divulgar este panorama desolador y vergonzante, para que sea cada vez mayor el número de los que sientan esta responsabilidad; pero desde ya podemos señalar quiénes son los que cargan con la mayor parte de la misma.

## **RESPONSABILIDAD POR ORGANISMOS:**

Claro está que el gobierno de la República es el encargado de velar por el bienestar de los habitantes, y dentro del mismo, salta a la vista que es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el de mayor responsabilidad en este asunto, ya que es quien organiza y dirige los programas nacionales de Salud. Detrás de él están sus dependencias: hospitales nacionales y la Dirección General de Sanidad Pública. Cabe aquí mencionar que ésta última en la actualidad está tratando de encarar el problema dentro de la medida de sus posibilidades por medio de los Centros de Salud y con la coordinación de trabajo con las demás dependencias públicas. Los Centros de Salud tienden más hacia la labor preventiva que hacia la asistencial.

El Ministerio de Comunicaciones y Obras Públicas tiene también fuerte responsabilidad y capacidad de aliviar la situación a través de las distintas obras de Saneamiento, es decir por medio de la construcción de mercados, plantas de Agua potable, sistemas de drenaje, disposición de basuras etc., pues se ha comprobado que con el saneamiento ambiental, especialmente agua potable y abundante, y el control de las moscas, se disminuye enormemente la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles gastrointestinales, incluyendo la tifoidea.

El Ministerio de Educación Pública puede ejercer

gran influencia en los habitantes para cambiar los hábitos higiénicos y alimenticios a través de los maestros, así como alfabetizando a la mayor cantidad posible de la población. A este respecto cabe aquí mencionar que Guatemala tiene un alto índice de analfabetismo, uno de los más altos de América. En la mayoría de las comunidades indígenas casi el 100% son analfabetas, y por lo general, ni siquiera hablan castellano. Aquí es donde se impone una intensiva labor del Instituto Indigenista y la sección de castellanización del Ministerio de Educación.

El Ministerio de Economía y Trabajo puede lograr mucho elevando el nivel económico nacional y creando nuevas fuentes de trabajo, pues es bien conocida la influencia de la economía nacional sobre el estado de Salud y viceversa. Por esta razón, el problema deber ser atacado por ambos lados. Es lógico pensar que un pueblo con mejor índice económico trata de solucionar sus problemas de Salud más precozmente, pues cuenta con recursos propios y suficientes para lograrlo sin esperar a que todo lo hagan los organismos estatales.

El Ministerio de Agricultura: su acción está estrechamente ligada a la del Ministerio de Economía y Trabajo, ya que mejorando las técnicas de siembra e incrementando nuevos tipos de cultivo se obtiene una elevación del nivel económico nacional. Por otra parte, es bien conocida la gravedad del problema nutricional de la mayoría de los habitantes del país, y especialmente de los niños con Síndrome de pluricarencia infantil, íntimamente relacionado con los altos índices de morbilidad y mortalidad infantiles, y objeto de múltiples estudios individuales y de organismos nacionales e internacionales, causado por la dieta monótona e insuficiente en todos sentidos.

## **DISTRIBUCION CON PREPARACION Y CAPACIDAD:**

Como es lógico suponer, mientras mayor es la preparación del individuo, mientras mayor es su capacidad intelectual, más fácilmente comprende la magnitud del problema, así como también más próximo está de ser un líder de la comunidad, un consejero. Así en este orden de ideas, el universitario en general es quien lleva la mayor responsabilidad, sin excepción alguna, siguiéndole, no importa cual sea el orden, el maestro, el sacerdote, y en fin, todo aquel que por su preparación o capacidad tiene influencia sobre grupos de personas



Pero de todos ellos, es al médico a quien compete la búsqueda de los medios para resolver o aliviar el problema, por encontrarse dicha búsqueda ligada a la labor de él, quien no solamente debe ser un técnico para curar las enfermedades de individuos aislados sino también las de la comunidad en conjunto, siendo un guía de la misma en su lucha por el bienestar físico, mental y social. Así lo demanda el concepto tradicional que del médico tiene la población, es decir, como un protector, un dirigente.

Desafortunadamente, la preparación, la formación del médico no ha ido en ese sentido; más bien ha ido tendiendo hacia la preparación de médicos de gabinete con miras hacia la especialización, es decir, preparando médicos para la ciudad que no tiene mayores problemas de salud. Esto claro está no ha sido intención de nuestras autoridades universitarias, sino el desconocimiento o el menosprecio de la realidad exacta de nuestro país. Prueba de la buena intención que ha privado es la gran cantidad de planes de estudios que han estado en vigor por pocos años, desechándose al poco tiempo al darse cuenta que no son funcionales. Este constante cambiar de planes ha sido beneficioso, ya que los mismos no deben ser estáticos sino deber ir evolucionando de acuerdo con el progreso de la ciencia y del país.

Debemos pues, resolver los problemas que otros países solucionaron hace ya mucho tiempo; lo podemos lograr en un tiempo menor que ellos ya que no estaremos haciendo ensayos sino iremos sobre seguro aprovechando experiencias pasadas. Para lograr estos objetivos necesitamos que el médico recién egresado tenga un conocimiento claro de los problemas del país y de la manera de resolverlos y afrontarlos. En todos los países existe la tendencia a darle mayor énfasis a los aspectos sociales de la Medicina, a la prevención más que a la curación, ya que a la larga resulta más beneficioso, más económico, más productivo.

De manera que debe ser en la Facultad de Medicina donde debe hacerse conciencia en el futuro médico, mostrándole claramente los problemas, pues mucho puede hacerse si se tienen los conocimientos adecuados y la buena voluntad.

#### **QUE SE HA HECHO HASTA LA FECHA:**

Indudablemente el problema falta de salud ha preocu-

pado a nuestros gobiernos. El primer paso dado fué la creación de la Dirección General de Sanidad Pública en el año de 1927, la cual sustituyó al antiguo Consejo Superior de Sanidad que se encargaba únicamente de combatir los brotes epidémicos. Posteriormente la creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que vino a darle un carácter integral al esfuerzo nacional de defender la salud. En seguida la creación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que aunque sea en mínima proporción alivia el problema de la atención del parto, a la vez que vá educando a las mujeres a buscar la atención médica durante el embarazo.

La creación del INCAP el cual está saliendo de su fase de investigación y experimentación y principia a lanzar a la venta su suplemento alimenticio Incapirina.

Las distintas asociaciones de beneficencia, privadas y semiprivadas, tales como la Liga contra la Tuberculosis, la Asociación del Bienestar Infantil, etc.

Se ha iniciado una campaña de vacunación masiva con DPT, con la cual bajarán indudablemente los índices de morbilidad y mortalidad por tos ferina. La campaña contra la Malaria que ha logrado casi hacer desaparecer el paludismo por *Plasmodium falciparum* en la mayoría de nuestras zonas endémicas.

En Sanidad Pública; reorganización del Departamento de Servicios Rurales (actualmente División de Servicios Locales) funcionando con personal adiestrado en Salud Pública en las oficinas centrales y en la mayoría de Centros de Salud que ya no son atendidos por comadronas empíricas sino por médicos y demás personal adiestrado en Salud Pública.

Para ello se ha creado, en colaboración con el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, un Centro de Adiestramiento en Salud Pública, que adiestra médicos, enfermeras graduadas y auxiliares y a inspectores sanitarios.

La Facultad de Ciencias Médicas ha creado el Departamento de Medicina Preventiva y Social, cuyo reglamento ha sido elaborado por médicos especializados en Salud Pública y en Medicina Preventiva, teniendo como base las recomendaciones de los Seminarios Panamericanos auspiciados por la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana. El Reglamento de este De-

partamento dice textualmente en su capítulo de FINALIDADES:

"Artículo 1o. —La enseñanza de la Medicina Preventiva y Social tiene por objeto la formación de Médicos con un sentir humanista de la profesión, tanto al considerar al individuo como unidad biológica, como al estudiar al hombre como unidad social, teniendo en cuenta sus interrelaciones con el medio ambiente.

Artículo 2o. —Son finalidades básicas de la enseñanza médica, conforme el objetivo humanista de una formación médico-social:

- a) Asumir la responsabilidad por la salud individual y colectiva del hombre, ciñéndose a las bases científicas y a las normas éticas de la profesión;
- b) Prevenir y tratar las enfermedades físicas y mentales de los individuos, la familia y la comunidad; y
- c) Conocer los problemas de la Comunidad, creando un espíritu de colaboración para la solución de los mismos.

Artículo 3o. —La enseñanza de los estudiantes de Medicina Preventiva y Social debe orientarse hacia las siguientes metas específicas:

- a) Utilizar métodos que den al estudiante la oportunidad de considerar integralmente los problemas médicos del individuo, la familia y la Comunidad;
- b) Hacer conciencias de la función social de la profesión médica;
- c) Fomentar buenas relaciones entre los médicos del futuro y las instituciones de Salubridad;
- d) Arraigar en el estudiante un concepto integral de la Medicina, considerando la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades; y
- e) Despertar un espíritu de participación activa en la solución de los problemas de salud en la comunidad en donde se actúa.

Artículo 4o. —Para lograr las finalidades expuestas en los artículos anteriores, la Facultad de Ciencias Médicas, establece un Departamento de Medicina Preventiva y Social encargado de la docencia correspondiente, y que tendrá bajo su responsabilidad la coordinación adecuada de sus funciones con todas aquellas actividades que puedan aprovecharse para las finalidades de la enseñanza dentro y fuera de la Universidad".

Este Departamento se integró en el mes de Julio de

1959, después de aproximadamente 18 meses de gestación, con las Cátedras de Ecología, Antropología, Social, Bioestadística, Microbiología, Parasitología, Epidemiología, Medicina Preventiva y Sociología Médica.

Tiene coordinación con los servicios de Salud Pública:

- a) Dirección General de Sanidad.
- b) Sanidad Municipal de Guatemala.
- c) Instituciones Internacionales: Oficina Sanitaria Panamericana, INCAP, Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública;

Con otros Departamentos o Cátedras de la Facultad de Ciencias Médicas.

Existe además, Programas y Horarios para 1960, así como libros de texto.

Los proyectos desarrollados hasta la fecha; son los siguientes:

1) —Encuesta médico-sanitaria parcial de la Colonia "La Florida", previa a la creación del Centro Médico Social y Educativo Universitario de la misma.

2) —Se ha firmado ya el Convenio entre la Facultad de Ciencias Médicas y la Municipalidad capitalina, para financiar el mencionado Centro.

3) —Se ha iniciado un curso intensivo de Salud Pública para estudiantes de 6o. año de Medicina del Plan antiguo, de 150 horas de duración.

Todas las actividades mencionadas han tenido un carácter intensivo debido al entusiasmo de los organizadores del mencionado Departamento y al decidido apoyo prestado, por el actual Decano de la Facultad de Medicina, Doctor Ernesto Alarcón, y a la buena acogida que tuvieron las mismas entre los Organismos nacionales e internacionales, ya mencionados.

Existe, pues, la esperanza y el optimismo que con médicos adiestrados en Salud Pública y médicos generales que conocen los problemas de salud de su país, las campañas que se inicien en el futuro contarán con la colaboración de todos ellos, faltando aún la adecuada coordinación de esfuerzos y actividades entre los diversos organismos públicos, privados y semiprivados, y especialmente la adecuada divulgación de la prioridad de proble-

mas por orden de importancia entre los actuales médicos para evitar la duplicidad de funciones y los esfuerzos encaminados a resolver problemas de importancia secundaria.



## CONCLUSIONES:

- 10.—El Estado actual de la salud en la población Guatemalteca, constituye un grave problema nacional.
- 20.—Las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en Guatemala, son las enfermedades transmisibles y la desnutrición, precisamente aquellas más controlables por los medios a nuestro alcance.
- 30.—El grupo de edad más afectado es el de cero a 6 años.
- 40.—El médico guatemalteco ha egresado de la Facultad desconociendo el aspecto social de los problemas nacionales de la salud, apesar de tener gran gran responsabilidad y capacidad para resolver los mismos.
- 50.—Nuestras estadísticas vitales, aunque no son suficientemente satisfactorias con respecto a exactitud, no tienen la adecuada divulgación entre el gremio médico.
- 60.—Debe darse más apoyo e impulso a los programas nacionales de Medicina Preventiva y Social.

Julio David Lam.

Vo. Bo.

Dr. Enrique Padilla Bolaños  
ASESOR

IMPRIMASE:

Dr. Ernesto Alarcón  
Decano.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Demographic Yearbrook. Seventh issue.** United Nations, 1955.
- 2) **Aguilar, O.** Tifo exantemático en Guatemala X Congreso Nacional de Medicina, Comisión de Salud Pública. 1959.
- 3) **Collado, R.** Consideraciones Médicas sobre el Subdesarrollo Económico Nacional. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano, 1958.
- 4) **Cordero, G.A.** Consideraciones de la Situación Médico Rural de Guatemala. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano, 1959.
- 5) **Escobar, J. C.** Causas económico-Sociales de la Desnutrición infantil. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano. 1959.
- 6) **Girón, M. A.** Consideraciones Médico-Sociales sobre Guatemala. Separata de la Revista "Universidad de San Carlos" No. XXXVII. 1956.
- 7) **Girón, M. A.** Reuniones de Protección Social al Niño Centroamericano (Tercer Congreso Centroamericano de Pediatría). Separata de la Revista "Universidad de San Carlos" No. XXXIX 1956.
- 8) **Girón, M. A.** Protección Médico-Sanitaria del Niño en Guatemala. Separata de la Revista "Universidad de San Carlos" No. XL. 1957.
- 9) **Galich, L. F.** Puntos Básicos para Programas de Salud Pública en la República, 1951.
- 10) **Plan de Estudios.** Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, 1953.
- 11) **Creación del Departamento de Medicina Preventiva y Social en la Facultad de Ciencias Médicas,** Separata de la Revista "Universidad de San Carlos" No. XLVII, 1959.
- 12) **Memoria Anual del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas,** 1959.
- 13) **Guatemala en Cifras.** Dirección General de Estadística, 1958.