UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ANALISIS Y CONSIDERACIONES SOBRE LOS PROBLEMAS SOCIO-DEMOGRAFICOS Y SU RELACION CON UN PLANEAMIENTO INTEGRAL DE SALUD PUBLICA EN GUATEMALA

TESIS

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

por

CARLOS GEHLERT MATA

en el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1964.

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION
II. DATOS BASICOS GENERALES
III. LOS RECURSOS HUMANOS
IV. REALIDAD GUATEMALTECA
V. EXPLOSION DEMOGRAFICA Y PLANIFICACION FAMILIAR
VI. NUEVA POLITICA DE SALUD PUBLICA
VII. EDUCACION EN SALUD Y REFORMA UNIVERSITARIA
VIII. CAMBIO DE ESTRUCTURAS
Medicina Social
IX. CONCLUSIONES
X. APENDICE
a) Anteproyecto de leyes
b) Mapas
XI. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Aunque alrededor de los problemas sociodemográfi os (natalidad, morbilidad, mortalidad, vivienda, cul rización, etc.), existe una tendencia en la actuali— d entre ciertos círculos de dirigentes, de interés y - ocupación; podría pensarse con justa razón que, en mparación con las disquisiciones pueriles que ahogan espíritu de la gran mayoría de los guatemaltecos, el oblema en sus trágicas dimensiones permanece oculto, por lo menos nebuloso detrás de una barrera de hipo- ecía política y de intereses creados.

El problema central de nuestra época, potencial-- nte más explosivo y peligroso que cualquier bomba , s la división del mundo entre los "que tienen" y los - ue "no tienen". Es la existencia del "tercer mundo " nde el hambre y la pobreza son endémicos, y donde pa usar las palabras del economista ingles Andrew Shon ld "millones de gente viven una vida muy por deba del límite de pobreza inimaginable".

El objeto de nuestra incipiente investigación en u os casos y revisión en otros, era corroborar las terri— es sospechas nacidas en nuestra atribulada preocupa— n social, al cumplir nuestro rutinario trabajo de Con lta Externa y Servicios Internos en el Hospital Gene— l de Guatemala.

Para el presente trabajo divulgativo del desgarrador problema, y en busca de que los datos y relaciones por él presentadas fueran lo más verídicas y sinceras posibles, se recurrió no sólo a la revisión de dos mil papeletas estadísticas de los Archivos del Hospital General y mil entrevistas en que consistía la muestra de un universo de 100 000 familias. También a la tabulación de los datos obtenidos sobre censos, encuestas y selección de muestras, científicamente obtenidas aquí (hospitales departamentales y Sanidad Pública) y en otros países Latinoamericanos con una población semejante a la de Guatemala y bajo condiciones socio-económicas similares; por lo que, el presente aporte, sin aspiraciones de grandeza y singularidad, creemos que sí retrata fielmente una realidad tangible.

El trabajo ha sido arduo , los tropiezos múltiples y los riesgos, aún mayores.

Mas los resultados parecen justificar plenamente el sacrificio.

La magnitud guatemalteca -y en términos generales la de toda Latinoamérica-, es cruelmente desgarradora y de una proporción sencillamente inimaginable.- Así pues, si bien es cierto que debemos sorprendernos acongojados de la criminal situación de la que tantos somos culpables, no podemos ni debemos sorprendernos de algunas soluciones más o menos audaces -pero no menos necesarias-, que a través de este trabajo nos hemos atrevido a esbozar en nombre de un Nuevo Orden en América.

La enorme desproporción en la distribución de la riqueza (cultural, espiritual, material) en el naciente mundo de Latinoamérica, ha traído como consecuencia el florecimiento de unos cuantos (muy pocos) y el estancamiento en condiciones muy por debajo del límite biológico aceptable por la ciencia, de millones de seres humanos que viven y mueren en un dantesco infierno verde -pletórico de un potencial agrícola envidiable- que abarca desde el Río Bravo hasta la Patagonia.

El minuto mundial actual, es la hora límite para que los círculos dirigentes Latinoamericanos hagan oir esa nueva voz, en un llamado urgente de atención a todos los profesionales y políticos, para que las frías cifras de las estadísticas aterradoras sirvan de intérpretes de los cálidos corazones de los miles de desposeídos del continente entero y de Guatemala en particular, que sufren agónicamente las consecuencias de un estado de hecho del que no son culpables, y al que no le hemos dado la importancia debida.

Dada la situación del actual orden constituído, la sociedad está representada por los Poderes Públicos, cuya función específica consiste en salvaguardar y tutelar el orden y promover el bien común de todos los ciudadanos. Por lo mismo, es a los poderes públicos a quienes corresponde intervenir, dentro de los límites racionales, cuando las circunstancias así lo exijan.

La neta expresión cristiana deja claramente establecido que: entre el derecho a la propiedad privada, a la libre Empresa, etc., y el derecho a la vida, este último es mucho más fundamental y, por lo tanto ha de te-

ner legítima preferencia, en posibles conflictos.

A través de todo el planteamiento del presente trabajo, no debemos olvidar que el mismo atañe a personas humanas, y como tal debemos reaccionar ante los duros planteamientos. No podemos olvidar que cerca del 40% del total de la población Latinoamericana está constituida por niños menores de 15 años. La mortalidad de esta inmensa población infantil es algo asombroso y abrumador, cerca del 30% muere antes de cumplir un año de vida; cerca del 45%, antes de cumplir cinco años de vida. Las causas son múltiples y complejas; muchas de ellas eliminables, lo cual hace dramático el problema. Una de las más importantes es la desnutrición crónica que acompaña a las madres y a los niños. La miseria en que viven las grandes mayorías Latinoamericanas no permite que éstas consuman más que la mitad de la alimentación necesaria, cuando pueden hacerlo; lo cual facilita la diseminación de enfermedades, y por consiguiente, la muerte.

Esta realidad en cifras esconde una irresponsabilidad social. Personas humanas que estaban llamadas a desarrollarse, a asumir sus destinos y sus vocaciones, fueron eliminadas por la miseria, por los causantes de ésta. La responsabilidad, sin embargo, nos envuelve a todos. Los problemas de la comunidad nos conciernen a todos. Por esto, ante el símbolo acusador de los miles y miles de niños que no pudieron alcanzar su perfeccionamiento personal, por que la comunidad en su egoísmo, los olvidó y los condenó, no podemos sino sentirnos estimulados a asumir las tareas de conquistar una sociedad verdaderamente humana.

Si en algo podemos colaborar con este trabajo a que esto se llegue a realizar, quedaremos plenamente satisfechos de la pequeña obra realizada.

CAPITULO I

DATOS BASICOS GENERALES

Crecimiento imprevisto de la población.

Antes de los tiempos modernos, el crecimiento de a humanidad se produjo lentamente, y a veces, hasta e vió interrumpido por algunos retrocesos. Pero desde ace tres siglos, la humanidad ha precipitado su ritmo e crecimiento. De menos de 600 millones de personas acia 1650, fue estimada en 2 400 millones en 1950. - as cifras generalmente admitidas son: 900 millones pa a 1800; 1 150 para 1850 y 1 600 para 1 900. En otras alabras la población del mundo se ha duplicado con - xceso entre 1650 y 1850 y ha vuelto a duplicarse con xceso entre 1850 y 1950.

América en este sentido ha manifestado un impulso emográfico prodigioso. Es difícil estimar la población ntes de 1750, pero se sabe que desde una cifra de u- os pocos millones, esta población ha pasado en 1950 más de 350 millones.

La estimación de la población mundial para 1957 s de 2 795 millones de habitantes, que se reparten co o sigue: 1556 para Asia, 414 en Europa, 381 en A- érica, 225 para Africa, 204 en URSS, y 15 en Ocea ía.

De 1950 a 1957, la tasa de crecimiento anual media de la población mundial, fue de 1.6 (actualmente es 1.7), lo que significa que entre esas dos fechas, la población de la tierra se ha acrecentado en 302 millones de hombres, aumento fortísimo, si se tiene en cuenta que la tasa era de 0.65 en el año de 1900.

Colocándose en la hipótesis de que existiera una marcha rápida hacia un maltusianismo muy acentuado, Roland Pressat presenta así en el TERCER MUNDO, sus previsiones sobre la evolución mundial:

Año	Países sub-desarrollados	Otros países	Total
1955	1800	900	2700
1980	2900	1020	3920
2005	4000	1150	5150
2055	5400	1490	6890

Ver Gráfico No.1

Aún suponiendo, -lo cual no está probado todavía- que la fecundidad bajara rápidamente la expansión demográfica, pues, seguiría siendo considerable.

Según Michel Cépede, en la evolución de una población, y cuando mejora su nivel de vida, se pueden distinguir tres etapas sucesivas: estabilidad, crecimiento rápido y estabilidad.

En el curso del primer período, en el cual los niveles alimenticios son muy pobres en calorías la población presenta tasas de mortalidad y de natalidad, ambas elevadas y más o menos iguales. La población es estable.

En el curso del segundo período, el hombre mejora su régimen alimenticio, ante todo en cantidad; la tasa de mortalidad empieza a bajar mientras que la tasa de natalidad sigue siendo elevada, es decir, que la población mostrará tendencias a crecer rápidamente.

Por fín, en el curso del tercer período, cuando el consumo experimenta su última mejoría, principalmente cualitativa debido al aumento de la proporción de productos animales, la tasa de natalidad se derrumba a su vez para equilibrarse casi con la tasa de mortalidad. Este período es de estabilidad relativa.

Según esta hipótesis, corroborada por numerosas observaciones, resulta que para establecer un nuevo equilibrio entre la población y sus recursos, es menester proceder rápidamente para atravesar la fase peligrosa durante la cual podríamos vernos obligados a volver hacia atrás: un progreso lento haría sentir sus efectos sobre la mortalidad más que sobre la natalidad y conduciría a la catástrofe; un progreso rápido conduciría, después de una expansión brutal, ciertamente, pero breve, a un nuevo equilibrio entre la población y sus recursos en un nivel superior de bienestar para todos.

No hay duda de que el mejoramiento de la alimentación desempeña un gran papel en la reducción de la tasa de mortalidad, pero, aparentemente, la disminu--

ción de la mortalidad en las comarcas subdesarrolladas, no es imputable a primera vista al mejoramiento de las condiciones económicas. Esta disminución se debe, sobre todo, a los métodos sanitarios modernos: las vacunas, el uso de antibióticos, la lucha contra los insectos portadores de microbios, la educación y equipo elemental en materia de higiene. Ciertas poblaciones han conseguido disminuir de este modo su tasa de mortalidad, a despecho del deterioro de su posición económica y de la agravación de las condiciones de vida de sus estratos populares.

Como lo explica Alfred Sauvy, en el curso del desarrollo económico anterior, la medicina iba siguiendo el progreso económico, sin poderlo preceder. Muy distinto es lo que ocurre hoy en día: una técnica médica muy avanzada se introduce bruscamente dentro de una economía medieval. Un enfermo casi analfabeto puede administrar ciertas vacunas e inyecciones. Los aviones arrojan DDT sobre regiones palúdicas cuyos habitantes cultivan la tierra haciendo uso del azadón y temen a los brujos. Por lo demás, la difusión de esas técnicas es poco costosa.

Considerando el conjunto de esos datos, las previsiones mínimas para el año 2000 parecen, pues, haber sido largamente superadas.

Por otra parte, no es seguro que el porcentaje de crecimiento de los países desarrollados tienda a aproximarse al porcentaje de los países maltusianos de Europa. De modo que la humanidad se encuentra colocada ante el más temible problema económico, y consiguientemente social, político y ético, que haya tenido que resolver jamás. Por otra parte, lo más sorprendente no es la existencia de ese problema, sino la indiferencia o la ignorancia con que se le considera, tanto entre los responsables de la política mundial y de las políticas nacionales, cuanto entre la opinión pública.

Escasez de Alimentos.

La Teoría de Malthus afirma que "mientras la población crece en progresión geométrica, los alimentos crecen en progresión aritmética". Y de esta manera la necesidad se va acentuando cada vez más hasta llegar a límites desesperantes. Durante mucho tiempo los científicos más acreditados no habían tomado muy en serio las aseveraciones de este predicador inglés, sin embargo esto es lo que está pasando actualmente en Latinoamérica, ... y desde hace ya varios años. Estas fueron las asombrosas revelaciones del sabio, nutriólogo y agrónomo escosés Sir Johan Boy Orr, primer director general de la FAO.

Sobre el problema de los recursos alimenticios afirma el biólogo británico Julián Huxley lo siguiente: "el hombre ha estado superexplotando los recursos naturales de este planeta y ha estado arruinando su suelo haciéndole toda clase de cosas contraproducentes. Ha desperdiciado cantidades enormes de recursos que debió haber conservado. Ha saqueado este planeta y nos encontramos bien encaminados hacia la destrucción definitiva del medio en que vivimos".

La producción de alimentos se considera ya en plano de insuficiencia en relación con el aumento constante, incoercible, de la población de América, que, como ya hemos repetido, alcanza la tasa de natalidad - más alta en el mundo. Esto último todavía es más notorio en el caso de Guatemala, ya citada como país de primera fila en desbordante natalidad. Prácticamente, en varias de nuestras repúblicas hay zonas de hambre, a más del "hambre oculta" a que se refieren con eufemismo los estudiosos. Es evidente la mala distribución de los recursos alimenticios y mucho más la desnutrición - de que padecen ciertos grupos sociales determinados - por recursos económicos: la proliferante niñez, en tales casos, acusa un índice pavoroso de desnutrición, y los hospitales no alcanzan para atender los casos ni es propiamente el fín de esos centros de asistencia.

La gravedad del problema no radica sólo en los numerosos niños que mueren por falta de alimentos, ni lo que padecen las clases necesitadas, por la misma razón. Hay otras severas proyecciones del mal: las consecuencias del hambre sufrida en las primeras épocas - de la existencia resultan las más de las veces desastrosas en el desarrollo físico, intelectual y moral de los individuos, con las consiguientes repercusiones en la vida ordinaria, en las actividades colectivas, en el porvenir de la sociedad.

Guatemala, a pesar de contar todavía, por fortuna, con enormes extensiones de terreno aprovechable - para la producción de los alimentos más indispensables, ha desatendido menester tan fundamental, y alucinada por el señuelo de la industrialización, ha conservado -

toda su energía y entusiasmo a favorecer esta rama, que enriquece a grupos evidentemente minoritarios, empobrece al fisco, y atrae a la capital continuos contingentes de familias de los departamentos, de las que sólo una pequeña parte puede ser beneficiada con la industrialización.

El campo se despuebla, y muchas tierras ayer cultivadas con maíz, hortalizas, etc., o son lotificadas - como las de las cercanías de la capital, o se convierten en temporales granjas y más bien en pequeños solares de recreo para los fines de semana.

Ha faltado, y así seguirá todavía por mucho tiempo, una bien meditada y bien seguida política agrícola que ponga en producción efectiva y diversificada - muchas de nuestras tierras, que dé alicientes y seguridades a los cultivadores y que cuide con eficaz vigilancia de la correcta distribución de los alimentos.

De nada sirve que un año podamos exportar unos - miles de quintales de arroz, mientras la población mayoritaria ni puede consumirlo, ni tiene el maíz y el frijol suficientes de que vive en forma inveterada (es decir pésimamente alimentada).

La desigualdad ante la vida.

Para comparar las probabilidades de éxito de las - poblaciones ante la vida, se estudia generalmente la - mortalidad infantil, la mortalidad general y la espe-

ranza de vida a partir del nacimiento.

Disminución de la mortalidad infantil.

Durante el pasado, en todos los paises del mundo, la mortalidad infantil era considerable, y tal era la razón principal del escaso crecimiento de la población. El cuadro siguiente muestra de una manera impresionante la rapidez con que los países más desarrollados han acentuado, en el término de 20 años, su triunfo sobre la mortalidad en el primer año de vida.

Tasa de mortalidad infantil por cada mil niños nacidos vivos.

	1936	1948	1957
Suecia	43	23	17
Reino Unido	62	36	24
Estados Unidos	57	32	26
Bélgica	86	59	35
Alemania Occidental		58	36
Francia	67	56	34

Lebret "El Drama del Siglo", 1960.

Por el contrario, la mortalidad dentro del primer año de vida es todavía de 150 a 200 por mil entre los indígenas del Africa del Norte, de 200 a 300 por mil entre los negros del Africa del Sur. Además, la edad vulnerable se extiende --

mucho más alla del primer año, y las epidemias que alcanzan al 500 por mil de niños pequeños, no son excepcionales.

Para nuestra América podemos adelantar los porcentajes siguientes: como medias entre los años 1947-57; Argentina 65.3 por mil, Bolivia 115.4, Brasil -- 170.0; Colombia 117.8; Costa Rica 111.9; Chile - 133.1; Ecuador 114.6; El Salvador 84.9; Guatemala 102.8; Honduras 70.7; México 94.0; Nicaragua - 85.2; Panamá 58.7; Paraguay 81.5; Perú 100.7; República Dominicana 80.0; Uruguay 58.2; Venezuela 79.2.

Así, un gran número de países tienen todavía una tasa de mortalidad dentro del primer año, 10 veces más elevada que la de los países en posición más ventajosa como Suecia, Nueva Zelandia, etc.

Disminución de la mortalidad general.

En los países desarrollados, en los que las estadísticas de mortalidad son seguras, la tasa de mortalidad general ha caído aproximadamente a 10. Las cifras son - más dudosas para la mayoría de los países en vías de desarrollo. Y aun cuando manifiesten una reducción muy neta de las tasas de mortalidad general, no hay que exagerar este progreso, pues la situación es compleja, - en su correcta interpretación.

La esperanza de vida a partir del nacimiento.

La esperanza de vida a partir del nacimiento es "la vida media" de una generación, que se extinguirá bajo los efectos de una mortalidad correspondiente a la situación actual de la población de la región considerada. La esperanza de vida a partir del nacimiento ha superado actualmente los 65 años en los países más favorecidos: Alemania Occidental, Austria, Bélgica, Francia, Checoeslovaquia, Unión Sud Africana, Canadá, etc. y se acerca o supera los 70 en los países más privilegiados: Noruega, Reino Unido, Australia, Nueva Zelandia, etc. La diferencia es considerable con respecto a los países en vías de desarrollo: Brasil y México tienen a partir de su nacimiento una esperanza de vida inferior a los 40 años (según Lebret, 1960).

De estas cifras pueden deducirse dos conclusiones: por una parte, que a medida que la higiene y la medicina se difunden por todo el mundo, la superioridad numérica de los pueblos subdesarrollados se acusa con mayor fuerza aún; y por otra parte, que con la reducción de la mortalidad en los primeros años y el aumento de la longevidad en los adultos, las cargas que pesan sobre las personas en actividad irán acrecentándose más aún. Ahora bien, esas cargas son ya superiores a las reales posibilidades en las zonas en vías de desarrollo.

En estas zonas, 55 trabajadores hacen vivir a 40 jóvenes más 5 ancianos, mientras que en los países ya desarrollados, 60 a 64 trabajadores hacen vivir 36 a 40 improductivos.

Suponiendo que los de menos de 15 años y los de más de 65 representen la población que ha de ser "soportada" por los de 15 a 64 años, podemos admitir que en los países desarrollados de Europa, 10 "productivos" soportan de 3 a 4.5 no productivos, y que el mismo número de trabajadores correlativos en América Latina, soportan 8.

Podemos resumir diciendo con los autores del Atlas geográfico-alimenticio Que: los hombres mal nutridos mueren antes que los otros. Y tienen, a partir de su nacimiento, una esperanza de vida mucho más corta. El factor racial no debe ser tenido en cuenta, puesto que los pueblos mediterráneos, la América Central y los países de la Europa Oriental, habitados como se sabe por diferentes razas, revelan tasas de mortalidad más elevadas, que la Europa occidental, Australia, América del Norte y Argentina misma, formadas por otra amalgama de razas.

Existe una correlación impresionante entre el mapa de los niveles alimenticios y el de la mortalidad total : los países que gozan de los niveles alimentarios más elevados, América del Norte, Europa Occidental, Australia, son también los que presentan las tasas de natalidad más bajas y las esperanzas de vida a partir del nacimiento más fuertes.

El equilibrio demográfico.

País	Jóvenes 0 - 19 años	Adultos 20 - 59 años	Ancianos 60 y más años
Japón	41.9 %	49.8 %	8.3 %
Perú	54.7 %	40.5 %	4.8 %
Gran Bretaña	29.2 %	54.0 %	16.8 %
Puerto Rico	48.8 %	43.4 %	7.8 %

FUENTE: ONU, Anuario Demográfico 1958.

Por áreas continentales, la distribución porcentual por edades es así:

	Bajo de 15 años.	15 - 59 años	60 y más años
Am. Latina	40 %	55 %	5 %
Am. del Norte	25 %	64 %	11 %
Europa Norte - Occidental	24 %	62 %	14 %

(I.D.E.S.A.C., 1964) Depto. de Investigaciones - Científicas.

La desigualdad ante la enfermedad.

Los pueblos más enfermos son los pueblos pobres, - mal equipados para luchar contra el desarrollo de las - enfermedades.

Mal defendidos contra las enfermedades, los habitantes de las zonas semi-tropicales, tropicales y ecuatoriales de América, sufren innumerables enfermedades casi desconocidas en Europa y Norte América. Estas enfermedades pueden definirse como "enfermedades de - las masas". Se hallan tan difundidas y afectan a una - parte tan numerosa de la población que contribuyen de manera esencial a detener el desarrollo económico y social de esos países. Todas estas enfermedades son como un vasto receptáculo de gérmenes mórbidos, que es necesario hacer desaparecer para que un país pueda tener probabilidades razonables de desarrollo integral.

Las enfermedades de los pueblos en vías de desarrollo, "Enfermedades de carencia", (Gráfico No.2) se originan en la subalimentación, es decir, en una insuficiencia cuantitativa o cualitativa del regimen nutritivo. Tales enfermedades proceden a la vez de la indigencia y de la ignorancia. De acuerdo con sus manifestaciones clínicas, puede subdividirse en: beri-beri, pelagra, escorbuto, raquitismo, anemia nutricional y plurricarencia o kwashiorkor. Este último por ejemplo, aparece en los grupos demográficos donde el infante en el período que sigue al destete materno, se ve sometido a un regimen insuficiente en proteínas animales. Si el niño sobrevive, se halla predispuesto a un estado de deficiencia crónica.

La ignorancia y los "tabus" favorecen las enfermedades de carencia en los países donde el regimen alimenticio, aún siendo suficientemente rico en calorías, está mal equilibrado, pues entonces cualquier modificación inoportuna de un regimen que continúa igual en todos sus otros aspectos, puede tener consecuencias desastrosas.

Las enfermedades cuarentenarias (infectocontagiosas), son violentamente contagiosas y provocan vastas epidemias. La peste, el cólera y la fiebre amarilla se hallan en retroceso, sin embargo todavía hay regiones de América del Sur y del Africa donde muchas de estas enfermedades persisten aún en estado endémico.

La viruela, puede presentarse bajo una forma grave, con una mortalidad cercana al 30%, o bajo una forma benigna, con una mortalidad de cerca de 1%. Esta enfermedad persiste todavía sobre todo en Africa, en América del Sur y en Asia.

El tifus exantemático, se transmite al hombre por intermedio del piojo, es endémico en todas las regiones frías que colindan con los Andes.

Enfermedades debilitantes. Estas enfermedades debilitan el organismo, hasta el punto de impedir toda vida normal de trabajo. El paludismo en este aspecto, ejerce inmensos estragos en la humanidad. Es endémico en las regiones húmedas de los trópicos, y antes de la instauración de la lucha antimalárica, constituía un problema crónico en la mayoría de los países situados dentro del área intertropical. Esta enfermedad se ma-

nifiesta con mayor amplitud en las regiones insuficientemente desarrolladas, en las que la población alcanza una gran densidad al mismo tiempo que una falta absoluta de educación sanitaria; llegándose a situaciones tan alarmantes que se llega a considerar como el principal agente mórbido en los países subdesarrollados. Se ha llegado a afirmar que tres millones de personas morían de paludismo anualmente, puede que esta cifra sea ligeramente exagerada, pero muestra, no obstante, la amplitud del flagelo.

La tasa de mortalidad por tuberculosis es aparentemente más elevada aún que la de la mortalidad por paludismo. La tuberculosis está más difundida, geográficamente, que el paludismo; es probable que, hoy por hoy, se extienda a toda la superficie del globo. Pero lejos de no hacer estragos más que en los países insuficientemente desarrollados, de hecho, la urbanización y la industrialización constituyen los dos factores que, conjugados, favorecen más la propagación de esta enfermedad. En el caso de Africa, es probable que, contrariamente a la lepra, la tuberculosis no estuviera muy difundida antaño, entre las tribus indígenas; pero las condiciones de la vida moderna, especialmente en las ciudades, así como también la industrialización y los hacinamientos urbanos, han acrecentado los riesgos de infección, al mismo tiempo que facilitaban la expansión de la enfermedad. Otro tanto igual se puede decir del Continente indígena americano. El desarrollo continental y los cambios sobrevenidos en los hábitos de vida de la población, en particular las grandes migraciones de mano de obra, han acrecentado enormemente la propagación de esta enfermedad, con respecto

a la cual y hasta ahora, no han adquirido más que una inmunidad muy escasa.

El informe sobre la situación social en el mundo, agrega aun, a esta lista ya larga de enfermedades, la anquilostomiasis, la filariasis, la disenteria bacilar, la fiebre tifoidea, etc. Señalemos sin embargo, para terminar, una causa más de destrucción de la salud que se manifiesta particularmente entre las poblaciones aborígenes de América Central: el consumo del alcohol.

Como lo han advertido íntegramente dos expertos - observadores peruanos, los indios tienen ante sí tres evaciones: las migraciones, puesto que no pueden disponer de tierras en su propio poblado; la coca para engañar al hambre (no en Centro América) y el alcohol para olvidar el peso de la miseria. Se calcula que 30 a 50% de la población adulta indígena hace uso de bebidas embriagantes de la peor especie de una manera rutinaria.

El esfuerzo mundial en pro de la salud.

Es menester, sin embargo, agregar una nota reconfortante a tan dramático cuadro. Ya han sido puestos en acción programas de lucha contra las enfermedades, dentro de la escala mundial. Gracias a los métodos modernos, vacunación, D.D.T., antibióticos y sulfamidas, ciertas enfermedades tienden a desaparecer rápidamente.

La mortalidad debida a la malaria, que era de 173 por 100 000 habitantes en 1941-45 en el mundo, ha caído a 2 en 1952, así mismo la viruela prácticamente no existe y la fiebre amarilla está completamente controlada. Las actuales campañas masivas con las vacunas contra la poliomielitis y con B.C.G., indudablemente están preservando grandes áreas de población de estos terribles flajelos.

Pese a estos resultados brillantes, queda todavía por realizar un inmenso esfuerzo para organizar servicios sanitarios en países especialmente como Guatemala, en período embrionario de desarrollo: tierras de enfermedad y de hambre, pues tales campañas exigen recursos y medios técnicos de que carecen la mayoría de países como el nuestro.

Algunas cifras comparativas sobre la situación de los países en vías de desarrollo desde el punto de vista de la asistencia médica y hospitalaria, permiten entrever la enormidad del problema.

Panorama de los Servicios Hospitalarios en América.
(camas de hospital por mil habitantes)

Estados Unidos de Norte América: 9.1; Surinam: 7.0; Artentina: 6.4; Puerto Rico: 5.2; Costa Rica: 5.1; Chile:5.0; Guayana Británica: 4.7; Jamaica: 4.2; Uruguay: 3.9; Panamá: 3.8; Venezuela: 3.6; Brasil: 3.4; Colombia: 3.2; Guatemala: 2.8; República Dominicna: 2.7; Cuba: 2.3; Perú: 2.2; Ecuador: 2.1; El Salvador: 2.0; Honduras: 2.0; Nicaragua: 1.8; Bolivia: 1.8; México: 1.4; Paraguay: 0.8; Haití: 0.7.

Fuente: Desarrollo Ec., Vol 1 No.2 New York 1964.

	No.de hab. por médico.	No.de hab. por cama hosp.
En extremo Oriente		
Indonesia	71 000	1 300
Vietnam	61 000	2 500
Japón	1 000	198
En Africa		
Nigeria	57 000	2 200
Egipto	3 500	600
En América Latina		
Honduras	6 500	750
Argentina	780	160
Guatemala	4 000	440
En Países desarrollados		
Francia	1 100	65
EE. UU.	760	101
U.R.S.S.	600	155

Lebret "El Drama del Siglo", corregida.

Como se ve, la diferencia es enorme: de 71 000 a 600 habitantes por cada médico; de 2 500 a 65 por cada cama de hospital, y esto sin tomar en cuenta la diversidad de competencia de los profesionales y la diversidad de calidad de los equipos hospitalarios. Estos índices desalentadores, del número de habitantes por cada médico, dan una imagen demasiado favorable de los

recursos en materia de personal médico, pues en los países en vías de desarrollo, los facultativos diplomados tienen una propensión universal a instalarse en las ciudades, descuidando las aldeas y las poblaciones rurales.

Consecuencia de este estado de hechos.

Para asegurar su buen rendimiento en el trabajo, el hombre debe encontrarse en buena salud. Esta evidencia ha sido por demás olvidada, por eso tenemos que insistir en ello.

Disponer de una mano de obra en buena salud, confiada y segura de sí misma, reviste más importancia que puedan tener los conductos de agua y las centrales de energía eléctrica.

El ausentismo al trabajo o a la escuela, la disminución de la capacidad creadora y de trabajo de las enfermedades debilitantes, afectan a centenares de miles en una nación como Guatemala.

Según funcionarios internacionales, expertos en estas cuestiones, si la vida activa del Latinoamericano se pudiera prolongar en 5 años más, si la tasa de mortalidad general se redujera en un 5 por mil, y si el ausentismo se redujera en un 20% (cifras que pueden conseguirse todas con cierta facilidad), serían economizados anualmente en América Latina por lo menos 10 millones de dólares, pues el valor anual del trabajo de un

hombre ha sido calculado en 500 dólares. Pero aun admitiendo que esta estimación del valor del trabajo latinoamericano sea el triple de su valor real, la hipótesis presentada aseguraría a la América Latina considerables posibilidades para el establecimiento de las infraestructuras que necesita de modo apremiante.

Enfermedades de carencia parasitaria y contagiosas vuelven ineptos a nuestros pueblos para los esfuerzos duros y prolongados. Se acusa a menudo a la desocupación disimulada como causa de la escasa producción de estos países; pero esta última realmente está en relación con el estado sanitario. Un hombre debilitado se ve reducido a no poder trabajar sino de modo intermitente, cuando no se da el caso de que quede completamente a cargo de su grupo familiar.

La desigualdad ante el hambre.

"Más de la mitad de la humanidad no come de acuerdo a su hambre, y tal situación lejos de mejorarse, se agrava sin cesar".

EL REGIMEN ALIMENTICIO ES INSUFICIENTE EN LA MITAD DEL MUNDO.

El hambre de calorías.

Se admite generalmente que el hombre de los países templados necesita, un mínimo de 2 700 calorías

diarias, para el obrero de trabajos pesados esta cifra se eleva a 4 500 calorías. En los países tropicales puede aceptarse una cifra intermedia, a condición de que se acepte también una menor productividad. De una manera general, en los países plenamente desarrollados, la ración alimenticia oscila entre 2 750 y 3 250 calorías.

Se calcula que en 1938, un 38.6 % de la población del mundo no alcanzó a 2 200 calorías diarias, esta última cifra había pasado a 59.5% en 1948, y no parece que haya disminuído mucho desde entonces.

En el cuadro que aparece en la página siguiente, se demuestra numéricamente la desigualdad.

	País	Nivel medio de consumo en calorías cons.	en proteínas tot. cons.	Niv. medio de prot. an.
Extremo Oriente	India	1 700	44	6
	Japón	2 100	53	8
Cercano Oriente	Irán	1 820	58	9
	Egipto	2 990	69	11
América Latina	Guatemala	1 800	43	7
	Perú	1 920	52	14
	Argentina	3 190	102	66
Africa	Congo Belga	1 930	42	5
	U. Sud. Africana	2 520	73	27
Países Desarr.	U.R.S.S.	3 020	97	25
	Estados Unidos	3 130	90	60

FUENTE: Archivos Lebret 1960.

Cuando se alimenta a los animales con productos agrícolas, en vez de utilizar estos ultimos en la alimentación directa del hombre, los mismos pierden la mayor parte de su riqueza calórica antes de reaparecer bajo forma de leche, de grasa o de carne: los organismos competentes admiten en sus cálculos que el ganado necesita 7 calorías vegetales para restituir una caloría bajo forma de leche o de carne.

Los pueblos de muy alto nivel de vida, consumen 4 veces más por persona que los pueblos de muy bajo nivel de vida.

El hambre de proteínas.

En geopolítica del hambre, Josue de Castro nos demuestra la importancia de la proteína en el equilibrio alimenticio: "una de las formas más graves y más generalizadas de carencia es la falta de proteínas; estas constituyen los elementos esenciales de la estructura del protoplasma vivo y representan, por lo tanto "el substractum" de la vida misma".

En la 3a. columna del cuadro anterior vemos una desiguldad importante, sólo las proteínas animales son completas, pues sólo los animales contienen los diversos ácidos aminados necesarios para el organismo humano. La carencia de proteínas completas, disminuye la resistencia con respecto a las enfermedades y en especial con respecto a las enfermedades infecciosas (tuberculosis, neumonía, disentería, tifus, etc.). Vemos

pues la importancia que reviste el consumo de productos de origen animal; y desde ese punto de vista la diferencia es considerable: el argentino y el norteamericano consume once veces más carne que el habitante de la India.

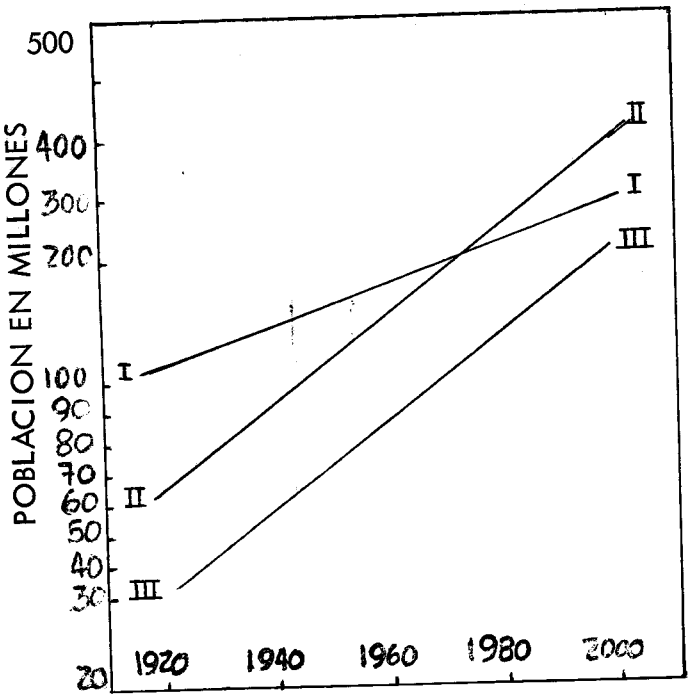
Para Sauvy, el consumo creciente de carne entre las clases ricas o acomodadas en un país superpoblado, equivale a la eliminación de los más débiles, teniendo en cuenta las calorías perdidas en la alimentación del ganado. En un país superpoblado "El devorador de carne es un devorador de hombres".

Al hambre de calorías y de proteínas hay que agregar el hambre de calcio, que provoca el raquitismo e impide la esteogenesis; el hambre de iodo que provoca el bocio; el hambre de vitaminas que provoca el escorbuto, la pelagra, etc.; el hambre de hierro que provoca las terribles anemias hipocrómicas especialmente en la infancia y en las embarazadas.

Es importante reflexionar sobre el cuadro estadístico que hemos dado anteriormente. Si lo comprendemos bien, las cifras que nos presenta son impresionantes, pero no olvidemos este hecho fundamental: estas cifras no son más que términos medios, lo cual quiere decir que una gran parte de la población a las que se le aplica, están netamente por debajo de ellas, en efecto en la mayoría de los países subdesarrollados existen grandes desigualdades sociales. La presencia de un pequeño número de individuos que lleva un altísimo nivel de vida eleva la tasa de las medianas, y esto cubre con un velo de ilusión la realidad de la miseria de la casi totalidad de la población.

El pueblo latinoamericano sufre endémicamente de hambre, y es pobre porque no produce más y no produce más porque es demasiado pobre y enfermo para producir más.

AUMENTO DE LA POBLACION 1920 - 1950
Y ESTIMADO PARA 1960 - 2000 (ONU).

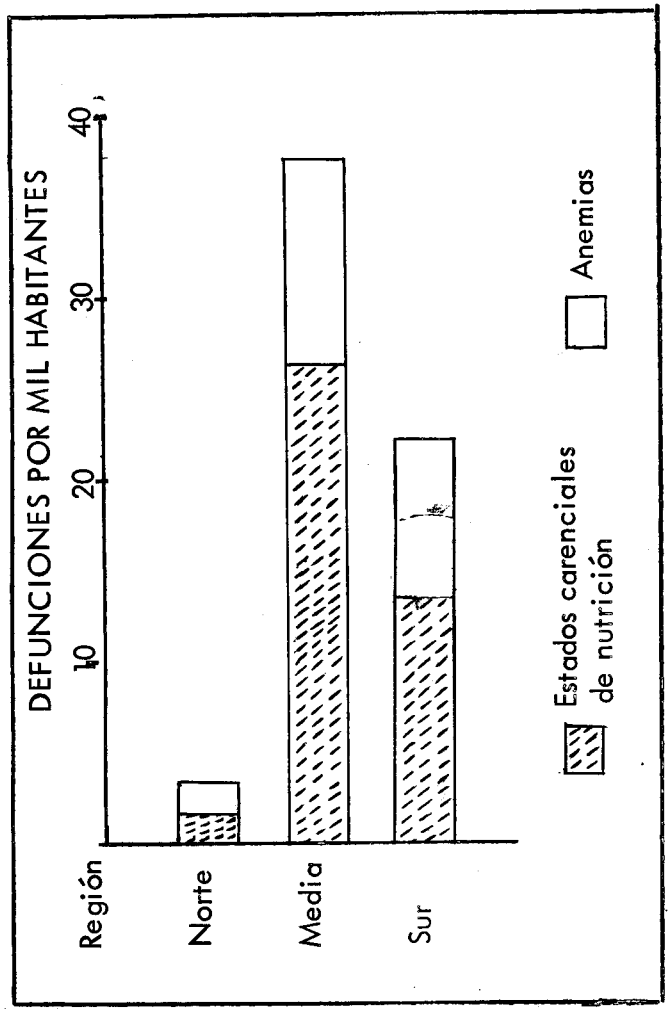


OPS-OMS
Pub.Var.63
1961

GRAFICO No.1

Norte América : I-I
Sur América : II-II
Meso América: III-III

TASAS DE MORTALIDAD POR ESTADOS CARENCIALES DE LA NUTRICION Y ANEMIAS EN AMERICA (1957)



OPS-OMS
Pub. Var.63
1961

GRAFICO No.2

CAPITULO II

LOS RECURSOS HUMANOS

Habitan la república 4 278 341 de habitantes, formados por una masa heterogénea de familias étnicas - que provienen fundamentalmente de las dos grandes razas: la hispana y la maya.

El crecimiento vegetativo se estima en 120 671 y el saldo migratorio en 7 816. En el año de 1960 se registraron 65 805 defunciones, de las cuales el 51% eran hombres. Las tasas respectivas son las siguientes: - Natalidad 49.5 por mil; Mortalidad 17.5 por mil registrándose una mortalidad infantil de 91.8 por mil nacidos vivos; neonatalidad 36.9 por mil nacidos vivos y - mortinatalidad de 31.0 por mil nacidos vivos.

De conformidad con los últimos datos intercensales la estimación de analfabetos asciende a 81%. El 55% de la población es inactiva.

Guatemala como el resto de Latinoamérica se enfrenta a una explosión demográfica pese a su alto índice de mortalidad que representa una corta esperanza de vida en gran número de guatemaltecos. Esta explosión demográfica, ha de incidir cada vez con mayor fuerza en la limitación de dicha esperanza de vida, si no se - ponen en explotación racional nuevos recursos naturales o se piensa en otras soluciones viables.

La corta esperanza de vida que se ha mencionado, se pone de manifiesto en los dos cuadros siguientes:

De los 65 805 casos de defunción registrados en 1960:

el 10% no habían cumplido el mes de edad
el 26% no llegaron a un año
el 51% no llegaron a 5 años
el 62% no llegaron a 20 años
el 68% no llegaron a 30 años
el 78% no llegaron a 50 años
el 91% no llegaron a 70 años y sólo en un 9% se sobrepasó esa edad.

A. Obiols, Anteproyecto de Desarrollo. 1964.

El análisis de las causas de muerte, revela los siguientes porcentajes en enfermedades ya erradicadas en otras latitudes por el adelanto de la medicina en su doble aspecto de prevención y curación:

1.7	% anemia
1.8	% tuberculosis pulmonar
2.0	% bronquitis
2.4	% disentería
2.8	% sarampión
3.8	% coqueluche
5.0	% infecciones en recién nacidos
8.5	% neumonía
10.8	% gripe
12.4	% gastritis, colitis, etc.
12.5	% enfermedades infecciosas y parasitarias

Depto. Bio-Estadística, Sanidad Pública, 1962.

Cuál es la causa de que estas muertes no puedan ser evitadas? La respuesta es doble: por un lado, el pueblo padece de desnutrición, por lo que no se generan defensas propias (o las que se generan son dificientes) y, por el otro, la acción sanitaria preventiva y curativa carecen de los medios y de la extensión para ser efectivas. La situación anterior se agrava con la miseria y la ignorancia.

La miseria que padece el pueblo de guatemala, se revela también en los estudios estadísticos. Se indicó ya que de la población total, solo un 45% es considerada población activa. El 65% de la población activa trabaja en el campo en una agricultura extensiva, que si bien es la única fuente de ingresos del país, no es suficiente ni para producir los alimentos que necesita el guatemalteco.

Esperanza de vida.

El crecimiento vegetativo de la población de la República es uno de los más altos del mundo y reviste caracteres de verdadera explosión demográfica: en poco más de 20 años se duplica la población. De conformidad con las previsiones, alcanzará en el futuro las siguientes cifras:

1965	4 361 000
1970	5 104 000
1975	5 973 000
1980	6 991 000
1985	8 181 000

A. Obiols, 1964.

Es decir, la población de Guatemala podría elevarse hasta una cifra comprendida entre casi 8 millones y 8.5 millones de habitantes para 1985. Si el último cálculo fuera acertado, la situación llegaría a ser explosiva.

No obstante lo anterior, la esperanza de vida de una inmensa mayoría de guatemaltecos es muy limitada, como lo prueban los índices de mortalidad: general 17.5 por mil; mortalidad infantil 91.8 por mil; mortinatalidad 30.1 por mil; neonatalidad 36.9 por mil. Estas cifras se recrudecen al observar las edades de las muertes registradas en 1960, en donde 51% no habían cumplido 5 años y el 78% no cumplieron 50 años.

Quiere decir que los que escapan a la cruenta selección natural de los primeros años, pagan tributo a la muete al promedio de 45 años y las más de las veces, antes de gozar de la vida en los más simples aspectos.

Entre las razones de esta "esperanza de vida," se encuentra fácilmente que el primer lugar lo ocupa la desnutrición. Paradógicamente, en un país que se dice eminentemente agrícola, no se produce lo necesario para la subsistencia de sus habitantes; lo evidencian los estudios que se han realizado en este campo entre los cuales se cita el del Dr. Romeo de León Méndez, quien demostró que entre los 15 renglones estudiados de la dieta del guatemalteco, existía déficit y en índices elevados en relación a la dieta mínima de subsistencia que no es nisiquiera la idealmente aconsejada. Los dos únicos renglones que se indican con superávit son los de tortillas y panela, como se puede ver en el cuadro ya citado anteriormente.

Las regiones insuficientemente desarrolladas, contienen cerca del 70% de la población mundial (Gráfico No.3). Para hacer llegar su régimen alimenticio al nivel del término medio mundial actual, -que es inferior en una mitad aproximadamente al de Norte América, y que no representa en absoluto una norma elevada desde el punto de vista nutricional-, habría que disponer de un suplemento de reservas alimenticias igual al volumen total que alcanza en un año la producción combinada de Norte América y Oceanía. En cifras porcentuales esto se podría traducir así: aumento de cereales en 21%, raíces y tubérculos 27%, ázucar el 12%, grasas 34%, plantas leguminosas 80%, frutas y legumbres 163%, carne 46% y leche 100%.

Claramente nos deja entrever parte de la solución John Couston, experto de la F.A.O., hay experiencia en la misma Guatemala, que después de establecer una cooperativa crediticia merced a la cual los campesinos podían obtener semillas mejoradas y fertilizantes, la producción de trigo por hectárea en Los Altos aumentó de 390 kilogramos en 1959 a 1900 en 1964. Esto por supuesto ayudó determinantemente a que los ingresos colectivos, y consiguientemente los individuales, fueran mucho mayores.

El número de habitantes del país y los requerimientos de su dieta mínima, hacen imperioso el habilitar para su agricultura de tipo intensivo no menos de 20 000 kilómetros cuadrados para la producción de alimentos del consumo interno del país, a los que habrá que sumar unos 13 000 kilómetros cuadrados más, para la producción de los artículos que generan divisas.

Por supuesto, para poder llevar a féliz término este proyecto se deberá contar además de una intensa red de comunicaciones, una transformación agraria adecuada, un intenso programa de educación, instrucción y cultura; además del incremento del poder adquisitivo del consumidor y la facilitación de créditos para la financiación de la producción; es decir, toda una labor cultural cuya base indiscutible sería el servicio civil rural y una reforma agraria y bancaria radicales.

Es interesante, aunque por supuesto sujeto a crítica e interpretación lo que dice la escritora Pearl Buck "la superpoblación es el resultado del hambre y no causa", probablemente argumentado igual que Josue de Castro en el pasado y Boyd Orr en nuestros días, de que la natalidad disminuye a medida que el consumo de alimentos ricos en proteína aumenta, o dicho en otras palabras "un elevado consumo proteínico lleva un alto porcentaje de casos de esterilidad".

Esta relación nos vuelve a llevar a los países pobres y a los ricos pues la dieta hidrocarbonatada predomina en los primeros, que a su vez tienen altos índices de natalidad y la dieta alta en proteínas predomina en los segundos que, a su vez, tienen bajos índices de natalidad.

Un ejemplo de lo anterior lo tenemos en la siguiente comparación : Guatemala con su consumo de 4.7 gramos de proteínas per cápita al día tiene una natalidad de 49.5 por mil, mientras que en Suecia donde el consumo alcanza 62.6 gramos al día, la tasa de natalidad es apenas de 15 por mil.

En el interior de la República, con raras excepciones, el guatemalteco rural vive en estado lamentable y todavía duerme en el suelo, o cuando mucho, en un infame tapexco de varas en compañía del cerdo, la gallina y el perro.

El déficit de viviendas actualmente, sólo en el grupo de recursos bajos en la República, se estima en no menos de 275 000.

Como cuarto factor que frena la esperanza de vida, se cita la bajísima renta per cápita, que apenas alcanzó en 1960 a Q.175 y efectivo de Q.138 al año.

En la página siguiente presentamos un cuadro comparativo de los niveles de ingreso por persona en América Latina y otros países según el reporte del Documento No.5, Apéndice Estadístico del Foro Latino Americano de Desarrollo Económico de la UNIAPAC.

NIVEL DE INGRESOS POR PERSONA EN AMERICA LATINA Y EN OTROS PAISES

País	Ingreso
Venezuela	1 000
Argentina	550
Uruguay	400
Cuba	375
Panamá	350
Chile	325
Colombia	300
Brasil	250
Costa Rica	250
Rep. Dominicana	200
Perú	175
Guatemala	175
El Salvador	175
Honduras	175
Nicaragua	175
Ecuador	140
Paraguay	100
Haití	80
Bolivia	75
AMERICA LATINA	300
EE. UU.	2 060
Reino Unido	1 150
Alemania Occidental	1 035
Holanda	1 025
Italia	590

Ver Gráfico No.4

Es interesante hacer notar las diferencias que existen entre los ingresos per cápita de América Latina en General (300) y Estados Unidos (2 060). Estas dan una idea sobre lo que es el subdesarrollo. Sin perjuicio de señalar "desarrollados" y "subdesarrollados" dentro de la misma América Latina. Por ejemplo la diferencia - entre Venezuela (1000) y Bolivia (75).

Como vemos claramente, en general para Latinoamérica y en particular para Guatemala, el ingreso por persona es una cantidad insignificante para atender las necesidades impostergables de subsistencia y que desde luego es totalmente inadecuada para permitir una vida decorosa, placentera y digna; es decir humana.

Sin embargo todo lo anterior es en un promedio global. Fuera de las grandes urbes la situación es otra. - El consumo básico rural se calculó en Q.71.41 anual, o sea de unos 19.5 centavos diarios. Para calificar esta situación hay que buscar una palabra más dura que - miseria.

Con base en datos oficiales, puede establecerse - que los capitalistas obtienen 31 centavos de ganancia - por cada hora de trabajo de cada obrero; o sea un promedio de Q.2.48 de ganancia por cada obrero en una jornada de 8 horas (Al compar esta cifra con el salario que recibe cada obrero se podrá tener una idea del grado de explotación e injusticia del sistema actual capitalista).

Es de más hacer énfasis para corroborar, de acuerdo con lo anterior, que los 19 países más ricos del mun

do gozan de más del 70% de la renta mundial; en tanto que no tienen más que el 16% de la población del mundo. (J. de Castro en el Libro Negro del Hambre" - 1961).

Que, al reves, los 15 países más pobres, pero donde vive más del 50% del efectivo de la población humana, recibenmenos de 10% de la renta mundial.

Otro de los factores adversos a la esperanza de vida, lo ocupa la enfermedad que origina un alto índice de mortalidad. La gran mayoría de los decesos se debe a enfermedades que la ciencia médica moderna a erradicado y vencido en otros países.

No podía esperarse otra cosa, cuando se comprueba con las estadísticas que sólo hay 2.3 camas de hospital para cada mil habitantes, que en toda la República hay apenas mil médicos y que los dentistas apenas suman 130. Esta situación se agrava con la concentración de profesionales, médicos y farmacias en la capital.

Como ya se ha indicado, en el aspecto curativo la situación de Guatemala es de aguda crisis: 2.4 camas de hospital para cada mil habitantes y mil médicos para atender una población de más de 4 200 000 habitantes (es decir 2.3 médicos para cada 10 000 habitantes); con el pavoroso agravante de que el 90% de los médicos cubre la capital con sus 500 000 habitantes y el 10 por ciento -aproximadamente 100- cubren el resto de la República, dando entonces para el área no capitalina una proporción dantesca de 2.5 médicos para cada

100 000 habitantes). Dada la situación sanitaria, debiera exigirse un minimum de 10 camas de hospital por cada mil habitantes, pero el impulso de programas de nutrición permitiría disminuir razonablemente este número a cinco camas por mil. De todas maneras, el plan hospitalario deberá estar acorde con la concentración urbana que se adopte. Ahora en cuanto a la cantidad de médicos necesarios para cubrir las necesidades curativas de la población actual, debe basarse en el hecho comunmente aceptado de un médico por cada mil habitantes; de donde para los 4 200 000 habitantes de necesitarán no menos de 4 200 médicos. También en este caso con un plan racional y dinámico de medicina integral, la promoción subiría a 1 500 por facultativo.

En esta lista de razones, ocupa un lugar prominente la falta de vivienda adecuada y la falta de abrigo - en lo personal y lo colectivo, vestidos, zapatos, etc.- Sin duda un problema de la más alta significación social.

Sólo en la capital hace falta más de 60 000 viviendas nuevas y de las 100 00 existentes, cerca de 40 000 han sido declaradas en malas condiciones por carecer - de servicios indispensables en la vida moderna, como - el agua, el drenaje, los pisos, la energía, la ventilación, la iluminación, etc. y hasta de servicios sanitarios, y lo que es más penoso, se comprobaron casos en que en un solo ambiente vivían 20 personas; si bien es cierto que en el último tiempo se ha impulsado programas de vivienda, no es menos cierto que por su magnitud, no ha podido siquiera alcanzar la cifra de crecimiento vegetativo y de migración a la capital, en cuyo

caso es más que posible que la crisis se vea agudizada - cada vez más.

Problema de los alimentos.

En 1952 (encuesta FAO) se descubrió que sólo el - 28% de la población del mundo disponía de un régimen calórico suficiente -más de 2 750 calorías por día-, en tanto que el 12% quedaban situados entre las 2 700 y las 2 200. Un 60% no llegaba a consumir ni 2 200, lo que significaba, que estas gentes vivían en un estado - de hambre crónica (cuantitativa y cualitativamente hablando) y se consumen en una especie de autodestrucción.

Es urgente y necesario aumentar la esperanza de vida del guatemalteco, lo que obliga a la solución, en - primer lugar, del problema de la nutrición. Si bien es cierto que conforme a la estadística hay 30 000 km^2 - destinados a la producción de alimentos, no lo es menos que por los métodos anacrónicos de cultivo, por falta de técnica y dedicación al trabajo, la producción - de alimentos en la actualidad apenas correspondería a 2 000 Km^2 de explotación real.

La población de Guatemala, no es excesivamente densa en la actualidad, aunque su desigual distribución territorial hace que en algunas regiones la presión humana sobre la tierra sea muy fuerte. En otras palabras no se trata de un exceso de población con respecto a - los recursos agrícolas sino de una distribución deficiente de esa población con referencia a los recursos potenciales.

Es patente hasta para el más inadvertido observador, que Guatemala posee ventajas naturales que si se usaran como es debido permitirían a la República alcanzar una posición relativamente favorable entre las naciones latinoamericanas, tanto en lo concerniente a patrones de vida, como en lo relativo a la estabilidad económica. No obstante, hasta mediados de este siglo, el desarrollo del país apenas se ha valido muy superficialmente de esas posibilidades latentes.

Reńé Dumont en su libro "Hambre en el Nuevo - Mundo" dice que solamente el 3% (se dice actualmente el 5%) de la tierra latinoamericana está cultivada; - esta subutilización responde a un criterio de neocolonialismo interior, pero con el agravante de que los colones son "ciudadanos" del mismo país que los indígenas.

El problema sanitario.

Si bien la resolución del problema nutricional conlleva la generación de defensas del individuo, siempre es necesario y urgente completar con medidas sanitarias el cuadro que garantice la salud del guatemalteco.

Las estadísticas nos indican que la población de - Guatemala es mayoritariamente rural; apenas un 46% constituye la población urbana que infortunadamente se

encuentra diseminada en más de siete mil núcleos poblados, incluyendo ciudades, villas, pueblos, aldeas, y caseríos. Esos siete mil núcleos poblados carecen casi en su totalidad de los servicios vitales en la época moderna, como son el agua potable, sistema de eliminación de residuos y basuras, control de plagas, etc.

Es un hecho innegable que las leyes del país garantizan a todos sus habitantes el derecho de vivir donde quieran. Sin embargo este derecho como todos los demás deberán ser limitados conforme el interés de la colectividad, es decir en relación al bien común.

Por otro lado, muchas de las concentraciones urbanas que actualmente existen en el país han sido formadas al capricho de sus habitantes o de la tradición, esto es válido desde pequeños municipios hasta departamentos trayendo como lógica consecuencia que no constituyan unidades económicas, en las que muchas veces las rentas globales (tasas, arbitrios, etc.) apenas rinde para pagar los gasto burocráticos de las alcaldías. Hasta hace pocos años, la falta de vías de comunicación y de vehículos de transporte quizás justificara una división tan prolífica de autoridades, pero actualmente el avance de los medios de locomoción, la efectiva marcha de una administración y el mejor aprovechamiento de los fondos públicos en beneficio de mayor número de habitantes, aconseja la concentración dentro de límites racionales de unidades económicas.

El criterio urbanístico moderno establece límites máximos y mínimos para las concentraciones urbanas, en función de la factibilidad y economía de la resolución de los problemas municipales. Todos los autores están de acuerdo en que es deseable que una concentración no sea menor de 10 000 ni mayor de 200 000 habitantes.

Ahora bien, la distribución de población y de la tierra en Guatemala es como sigue: el 66% de la población se puede considerar que vive en el área rural.

90 000 familias (por 6 que componen cada núcleo familiar) hacen 540 000 personas que carecen de tierra para el trabajo; 100000 personas poseen pequeñas parcelas y por el contrario 530 familias tienen en su poder fincas de 1 280 manzanas en adelante.

El 88% de la población posee el 14% de la tierra y el 0.1 de la población es propietaria del 40% del total de tierra del país. (Anteproyecto de Reforma Agraria Demócrata Cristiana, 1960).

La población urbana de Guatemala, hasta el año de 1985 podría ser perfectamente alojada en los siguientes centros urbanos: el metropolitano, al que se le debería fijar un límite máximo de 500000 habitantes; siete ciudades capitales de provincias planificadas cada una para 100 000 habitantes; 20 ciudades cabeceras departamentales planificadas para 50 000 habitantes cada una y 50 pueblos cabeceras municipales planificadas para alojar de 10 000 a 25 000 habitantes cada uno.

Lo anterior quiere decir que en menos de 80 poblaciones podría alojarse a los habitantes de más de 7 000

núcleos poblados actuales, reduciéndose en consecuencia el número de servicios de introducción de agua potable, control de desechos y plagas, calles, etc., a cifras lógicas y dentro de la realidad nacional. Esta concentración desde luego no podría hacerse en forma coercitiva, pero la propia existencia de esos servicios la impulsaría como también ha impulsado hasta ahora el macrocefalismo que padece la ciudad capital.

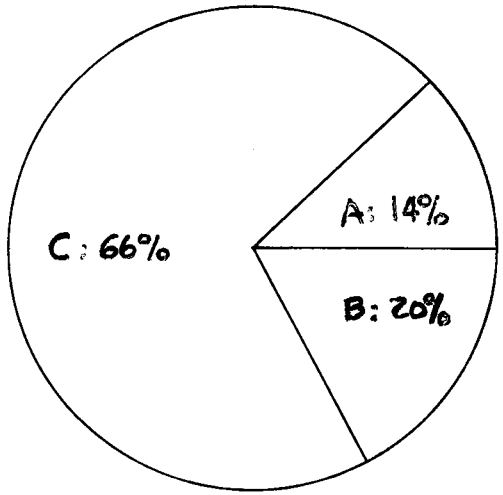
Deficiente distribución de la ayuda.

Tibor Mende en su libro "Entre el Miedo y la Esperanza" nos dice que sólo una décima parte de la ayuda que reciben los países en vías de desarrollo, se dedica al desarrollo propiamente dicho. La otra gran parte de la suma se consume en objetivos militares o puramente especulativos. Como a su vez, los capitales de inversión (extranjera) de una manera masiva se inclinan al sector de explotación de las riquezas minerales, petróleo, etc., lo cierto es que la contribución de esa ayuda de capital extranjero al desarrollo económico y social de estos países es muy reducida.

Como quiera que no, por razones más que todo geográficas, el imperio económico más próximo a Latino América es Estados Unidos, es interesante la opinión que a Josue de Castro lo ha impulsado a decir: los norteamericanos no podrán salvar su influencia (y su economía agregamos nosotros) nada más que si aceptan contribuir de una manera desinteresada al desarrollo de los países pobres, es decir, si ellos apoyan los cambios institucionales y las reformas estructurales sin las cuales

su ayuda financiera o técnica no sería de ninguna utilidad.

DESARROLLO E INGRESO ANUAL POR HABITANTE



A : Regiones Semidesarrolladas, Ingreso $154.00

B : Regiones Desarrolladas, Ingreso $461.00

C : Regiones Insuficientemente Desarrolladas, Ingreso $41.00

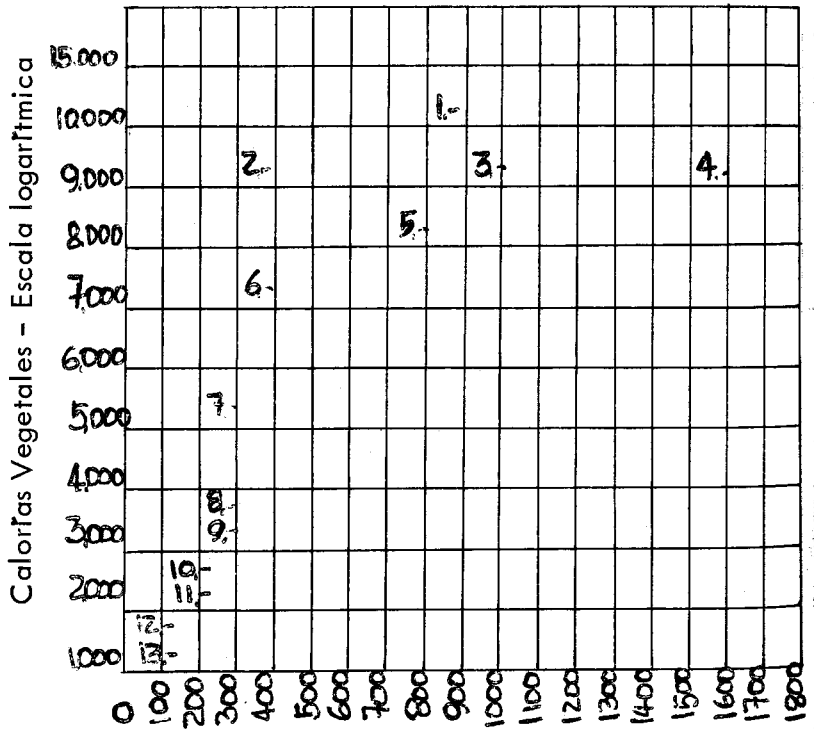
FUENTE: Point IV, Publication 3719

GRAFICO No.3

INGRESO NACIONAL Y CONSUMO ALIMENTICIO

(Cuadro comparativo de varias naciones.)

1. Nueva Zelandia; 2. Uruguay; 3. Australia; 4. Estados Unidos; 5. Gran Bretaña; 6. Alemania; 7. Sud Africa; 8. Brasil; 9. Perú; 10. Filipinas; 11. Japón; 12. Guatemala; 13. India



Ingreso Nacional por Habitante en US$ al año
FUENTE: L'Economie de Besoins, 1956.

GRAFICO No.4

CAPITULO III

REALIDAD GUATEMALTECA

Análisis de la situación económico-social de Guatemala.

No podemos cerrar nuestros oídos, al grito del dolor que llega hasta nuestras fibras más hondas desde las estrechas y frías barracas y chozas, en que viven decenas de miles de hijos guatemaltecos, apiñados en los costados de los barrancos y en los barrios periféricos de la capital, o diseminados en las principales ciudades, pueblos y aldeas de la nación, verdaderos antros de promiscuidad, indignas del nombre de habitaciones humanas.

Calles deshechas por el descuido y la inclemencia de las lluvias, carentes de desagües y servicios higiénicos elementales, por los cuales vagan diariamente ociosos miles de niños, miserablemente vestidos de harapos, condenados a quedarse sin educación, ni instrucción por falta de escuelas, sin esperanza, por tanto de una formación básica que les prepara para la vida.

Allí triunfa la mortalidad infantil que alcanza vértices asombrosos, las enfermedades y la disgregación familiar.

Este problema en vez de estar en vías de resolver—

se toma, cada día, proporciones gigantescas, debido - más que todo al fenómeno incontenible del éxodo del campo a la ciudad. Especialmente graves son las condiciones de vida de miles y miles de trabajadores del área rural, en fincas nacionales y particulares. Después del trabajo agotador pésimamente remunerado vive en- barracas colectivas de madera o caña, faltas de luz, de ventanas, sin divisiones interiores, generalmente sin - servicio higiénico suficiente y adecuado, sin posibilidad de intimidad familiar ni moralidad, más parecidas a campos de concentración que a viviendas de seres libres, en quienes estriba precisamente la riqueza de la nación.

Junto al derecho fundamental de adquirir establemente la posesión de los bienes terrenos, existe en cada hombre por el mero derecho de serlo otro derecho - que también debe satisfacer: el derecho a la vida. El instinto de proveer lo necesario para la subsistencia - presente y futura coincide plenamente con el instinto - mismo de conservación cuyas exigencias obligan al hombre a buscar el alimento cuando tiene hambre y a cobijarse bajo un techo para defenderse de la inclemencia del tiempo. Por ello, la sociedad, no sólo está llamada a salvaguardar para sus miembros el derecho a la posición estable, con vista al futuro, sino que también - debe proteger y ampliar la satisfacción de este otro derecho que consiste en procurar la sustentación presente.

El derecho a la vida, no es simplemente abstracto en su formulación, sino que, de hecho, responde a la facultad que todo hombre tiene a llevar una vida digna

con relación a las exigencias más elementales de la naturaleza humana: sustento diario, habitación adecuada, formación de una familia y medios proporcionales para sostenerla y educar a los hijos.

Cuadro comparativo de los principales datos socio-demográficos de Guatemala, en el período comprendido de 1952 a 1962. (Datos de Guatemala en Cifras)

1952	
Mortalidad Infantil	112.2 por mil nacidos vivos
Mortalidad general	24.2 por mil habitantes
Natalidad	50.9 por mil habitantes
1962	
Mortalidad Infantil	85.9 por mil nacidos vivos.
Mortalidad general	15.8 por mil habitantes
Natalidad	47.7 por mil habitantes

La expectativa de vida al nacer, hace aún más patente la realidad trágica de los países en vías de desarrollo; en Guatemala es de 43 años para los hombres y de 44 para las mujeres, en Costa Rica de 55 para los hombres y de 57 para las mujeres, en Panmá (sin contar las tribus indígenas) es de 60 años para los hombres y de 63 para las mujeres. En el área del Caribe vemos

el contraste real entre un país higienizado con uno que no lo está: Puerto Rico con una expectativa comparable a las mejores del mundo de 68 años para ambos sexos y Haití con una expectativa de 33 años para ambos sexos, comparable a la existente en el Imperio Romano hace dos mil años.

No nos debe extrañar por supuesto estas cifras, si conocemos por otro lado que por ejemplo el abastecimiento público de agua no llega siquiera al 40% de la población en inguno de nuestros países y que de dos millones cien mil muertes anuales, un millón se deben a afecciones prevenibles en una proporción del 54%.

Así vemos que en Guatemala la causa de mayor deceso la constituyen afecciones del aparato digestivo (diarreas nutricionales e infecciosas); según la Oficina Panamericana de la Salud, la malnutrición constituye el problema más grave para la salud de Latino América, después del paludismo. El coeficiente de deficiencias debidas a avitaminosis promedió 5 por 100 000 en Panamá, 9 en Costa Rica, y 30 por 100 000 en El Salvador y Guatemala. En la muerte por anemia nutritiva encontramos que la cifra de 30 por 100 000 se hace presente para Guatemala, Costa Rica y Panamá.

De acuerdo con la información del Departamento de Nutrición de Sanidad Pública (octubre de 1964) por los Drs. de León M. y Rethana; se saca la conclusión siguiente:

a) El promedio de consumo calórico de la población de Guatemala se acerca bastante a la normalidad

en cuanto a la cantidad se refiere. El promedio - general sería más o menos 2 700 calorías; 2 200 a 2 400 en la mujer y 2 700 a 2 900 en el hombre. De donde podemos decir que, hablando de cantidad de calorías consumidas, pues, no hay déficit notorio.

b) El consumo proteíco en general (proteínas de origen animal y vegetal) también resulta bastante adecuado; pero la proporción entre las de origen animal y las de origen vegetal es inadecuada en la - dieta promedio: mucha proteína vegetal y poca - proteína animal. Así vemos que es la calidad de- la dieta la que anda mal, con un resultado de menos de 15 gramos de proteínas en la dieta habitual, pero hablando estrictamente de proteínas animales.

c) En el único grupo de población en que sí se ha logrado comprobar un notorio déficit, tanto en consumo de calorías como de proteínas, y tanto en cantidad como en calidad, es en el grupo de niños guatemaltecos comprendidos de 1 a 4 años, es decir el pre-escolar.

Tenencia de la tierra en Guatemala.

La tenencia de tierra es un factor que tiene gran importancia en la productividad y ésta a su vez influye tremendamente en el estado nutricional por ser éste un factor muy importante desde el punto de vista nutricional, vale la pena que hagamos algunas consideraciones

acerca del problema agrario en Guatemala.

	Kms^2	%
Superficie total de la Rep. sin incluir Belice	108 889	100
No explotadas o ocupadas por poblados, ríos, lagos, etc.	40 631	37
Ocupada por bosques, sabanas, tierras nac. del Petén	31 611	29
Ocupada por explotaciones agrícolas(siembras)	20 222	19
Montes, bosques explotados	13 171	12
No utilizables correspond. a explot. agrícola	5 253	3

En Guatemala hay 348 687 fincas con un total de 5 315 475 manzanas, de las que tienen propietario- 4 807 624 y están arrendadas 213 441 (el resto de otra forma).

El problema del latifundio se presenta así:

Fincas menores de 1 manzana	74 216
Entre 1 y 10 caballerías	6 488
Entre 10 y 20 caballerías	569
Entre 20 y 50 caballerías	358
Entre 50 y 100 caballerías	104
Entre 100 y 200 caballerías	32
Más de 200 caballerías	22

A. Obiols, Anteproyecto de Desarrollo, 1964.

Las conclusiones que podemos establecer son: un minifundio aparejado con un latifundio; extremos que no nos conducen a ningún resultado provechoso para la economía de nuestro país.

Para resolver este problema no basta por supuesto- una redistribución de la tierra, sino toda una acción integral, que contemple la preparación técnica del agricultor, el crédito supervisado, garantía de compra de la materia prima a precio justo, fácil acceso al terreno laborado, cooperativas de consumo, etc., si no se soluciona el problema que significa 42 000 familias campesinas que representan 196 780 personas, que hacen - un 50.4% de las familias rurales sin tierra para laborar y subsistir (ya no digamos producir para la comunidad). continuaremos con una mínima producción, que nos traerá más hambre todavía.

La vivienda.

Importa conocer la habitación de nuestra gente - pues la morada es el elemento crucial para la salud.

a) Piso:

Total de viviendas con piso de tierra 52.6%; más de la mitad de las casas del país tienen piso de tierra;- como para cerdos. Piso de barro en que toda la antihigiene se acomoda: el parásito en las humedades; el microbio entre las partículas del polvo. Suelo de gallinero defecado por los niños; pisoteado por animales domésticos y por alimañas no tan íntimas. Conmovedor - asfalto que sirve de lecho para la obstetricia, el suelo

del tierra en el país del parto rinconero.

Casas de los aborígenes; de los desposeídos de vehículo y de caminos para salir donde el médico y el odontólogo; para acudir al profesional a aprender a usar zapatos, a no exhumar la letrina, a no morir de anquilostomiasis, a no dejar morir los hijos de la vergonzosa gastroenteritis. De los campesinos impedidos por multitud de circunstancias, vitales para la familia y por incontables adversidades para evadir la fatalidad y venir al pueblo a prender a estar sanos.

Ranchitos pantanosos de gentes analfabetas que atendidas al hambre y a la ignorancia esperan en vano las comisiones sanitarias prometidas a porfia; buscan (y encuentran) en la tímida resignación de la ignorancia, fé y esperanza en la superioridad temible. En tanto que los cosecheros de votos en lugar de apropiar dineros para letrinas, acueductos, vacunas, zapatos.... les asustan con el "comunismo" y en elecciones y cosechas los reclutan, los embriagan y los escrutan. Lindar perífrasis tiene la sociología guatemalteca.

Salud Pública necesita incrementar su acción, e interesando la acción comunal procurar al pueblo, a las madres y a los hijos salud vital mediante campañas honestas y dinámicas de vivienda. Es su deber y es su vocación tenerlos. Pero no, la acción comunal parece estar encomendada en el país al ministerio de la "política", que nada entiende de ello ni es su papel.

El piso de barro es causa mayor de parasitismo y de infección intestinal. Para sitismo: recorte de vida;

merma de labor; factor de tristeza; incubador de ignorancia. Infección intestinal: segadora creciente de la niñez que nos pertenece.

b) Agua:

Que decir de la vivienda seca? De entre todas las calamidades antihigiénicas, la ausencia de agua corriente es la más fatídica. Viviendas con agua corriente 28.6%; 70 de cada 100 viviendas en Guatemala, sobre las que ya adolecían de pisos de tierra infecta e infesta, carecen de agua. Eso se llama infamia.

Si tomamos en un todo, a las viviendas con agua 100% vemos que un 10% tienen el agua lejos de la casa; por ese y otros motivos, los hijos no van a la escuela ni al centro o puesto de salud; tienen que abastecer de agua la morada y la familia, ir al lavadero con la ropa; acudir de vez en cuando al baño lejano.

Quién enseñó al campesino a acondicionar el piso quitándole agresividad; a conducir el agua en un par de tubos; a hacer funcionales la represa de agua, la canalización? Nadie!

Todos conocemos la peligrosidad del agua corriente y su papel decisivo en la infección y etiología de la parasitosis. Plagada de colibacilos, de la tifoidea y disentería, amebiases, etc. Por demás resulta enfáticamente imposible ninguna acción de sanificación si no se suministra agua potable al conglomerado.

Por estudios realizados por la Dirección General

de Sanidad, se ha establecido qu el 30 de junio de - 1960 sobre una población urbana de 881 125 habitantes distribuídos en 105 poblaciones, únicamente 371 125 - gozaban de servicios de agua en el interior de sus casas. Posteriormente se han terminado seis servicios de agua que incrementan el número de personas que gozan de servicio de agua en 3 000, lo que hace un total de 374 125 habitantes.

En el estudio antes dicho, se ha establecido que en el área rural aproximadamente 331 530 habitantes gozaban de servicio de agua por medio de servicios públicos; hasta 1961 se había dotado de este servicio a doce comunidades más, con una población de 9 299 habitantes, lo que hace un total de 340 829 habitantes sobre casi 3 millones de personas.

La ONU calculaba que ya en el año de 1960 había en América Latina un déficit de cuarenta millones de viviendas, y que más del 25% de la población urbana de Latinoamérica habita en chozas rudimentarias, - sin ninguna comodidad e higiene, sin agua, acueductos ni servicios sanitarios.

c) Letrinas:

La morada de ciertas localidades, caseríos y aun - cabeceras enferma a sus dueños ya desde el suelo. Sígueles enfermando con el agua ausente (elemento precisamente destinado a crear y a fomentar la salud), y - continúa enfermando con la carencia de sanitario.

Sólo un 32% de las viviendas ocupadas tienen sanitario, lo que hace un 68% sin él. El 68% evacúa en - el mismo campo donde labora, sino, en el mismo lugar de juego de los niños; no se puede ante esta evidencia hablar de muerte por anquilostomiasis y demás parásitos, ante semejante turba de dispensadores? Un ejemplo lo tenemos en las tasas de muerte por parasitismo intestinal:

1960 = 5.1% 1961 = 5.2% 1962 = 5.2%

En saneamiento ambiental la letrina es fundamental, no se puede decir que sea más importante que el acueducto, el piso o los animales dentro de las habitaciones, pero si se puede considerar, que como medida- educativa y después del agua potable, ninguna se coloca a su altura. Porque es ella la única que para ser aceptada impone obligación de pensar, de agilizar la - mente e inquietarla trás un problema de salud grupal.

Sanidad Pública nos comunica que: gastroenteritis y colitis formaron el 12.9% de las defunciones en 1962; mientras que la disentería en general dió el 2.1%; dos renglones en cuya etiología la ausencia de sanitario es definitiva.

Los servicios de red de cloacas son aún escasos y apenas llegan a 255 522 habitantes, que representa el - 28.99% de la población urbana; sin embargo, la disposición de excretas adecuada se hacen en un 43% de la población urbana, debido a la ayuda de las campañas de letrinización. En cuanto a disposiciones de excretas (en la zona rural) se ha cubierto a 65 000 habitantes sobre 3 millones distribuídos en su mayoría en las

zonas central y sur del país; escasamente en el occidente de la República.

Punto básico del saneamiento ambiental, la letrina resultaría inoperante sin tres requisitos: a) campaña intensiva de educación popular; b) letrinaje masivo - por veredas; y c) mantener vigilancia permanente sobre el funcionamiento de los artefactos.

d) Alumbrado:

Total de viviendas con luz eléctrica 20%. Es pregunta obligada en salud mental si la semitiniebla de la vela o el candil y la subsiguiente astenopia influirán sobre el ausentismo escolar y sobre el rendimiento estudiantil del área rural nacional. No determinará en - gran parte el fracaso escolar del inmenso caudal rural, con más del 75% de analfabetos, aquella sebácea tentativa luminosa? La salud pública guatemalteca desconocedora de la higiene mental, no se detiene en este aspecto negativo; aunque es su obligación detenerse.

Conclusión: cualquier plan de salud pública o de higiene familiar que no incluya la mejora de la vivienda y del hogar, lleva en sí mismo el germen del fracaso. Porque es imposible y absurdo tratar de prevenir o de curar en consultas y hospitales, aquello que el domicilio propicia y produce.

Para una visión más completa del estado de desarrollo guatemalteco en comparación con algunos países vecinos, véase gráfico No.5.

Parasitismo Intestinal en Guatemala.

Estadística. El parasitismo es una de las 5 principales causas de muerte en nuestro país. En una encuesta de más de 154 000 exámenes cropológicos llevados a cabo por Sanidad Pública en un término de 10 años, se demostró que las muertes ~~por esta infestación~~ llegaron - en algunos años (1953) a producir más de 70 000 defunciones, de las cuales más de 5 700 lo fueron debidas a "infestación por helmintos". Estas cifras se han mantenido con pocas variaciones durante los últimos 10 años.

Es de notar que estos datos no incluyen las defunciones causadas por protozoos intestinales (amibas patógenas), lo cual daría un índice aún más elevado. Helmintos intestinales. 1) Nemátodes: se han encontrado en orden de frecuencia (sólo en el Laboratorio de Sanidad Pública, y en la ciudad de Guatemala): Ascaris - lumbricoides 5023 (42.20%), Trichuris trichiura 1458 (12.25%), Necator americanus 443 (3.72%), Enterobius vermicularis 48 (0.42%); 2) Céstodes: Hymenolepsia nana 507 (4.25%), Taenia saginata 349 (2.93%), Taenia solium 15 (0.12%). Entre los Protozoos intestinales tenemos: 1) Amibas: Endamoeba histolítica 348 (3.22%), Endamoeba coli 534 (4.50%); 2) Flajelados: Giardia lamblia 2242 (18.83%), Trichomona hominis - 811 (7.00%), Chilomastix mesnili 45 (0.37%).

De este cuadro vemos que la incidencia de parasitosis intestinal en la capital oscila entre 50 y 60%, dato ya realmente grave, pero encuestas practicadas en - algunas cabeceras departamentales (Chiquimula, Chimaltenango, Quezaltenango) han dado cifras que se e-

levan en un 10%, es decir 60 a 70% de positividad, - que demuestra claramente la minante insalubridad que ahoga al pueblo guatemalteco.

Los trabajos realizados en distintas zonas rurales - del país y otras que actualmente se encuentra en curso, nos demuestran que la parasitosis intestinal en Guate-- mala alcanza en la población extra urbana, proporciones verdaderamente alarmantes, llegando en muchos casos del 95 al 100% de infestados, de los cuales una cifra elevada presenta infestaciones múltiples y masivas. Es de advertir que en el medio rural, la incidencia por uncinaria es mucho más elevada que la encontrada en la capital (entre otras razones por la falta de calzado), es por ello, que desde hace varios años, se ha llegado a considerar que la parasitosis intestinal alcanza una - proporción de más del 50% en las cabeceras departa- - mentales y otros centros de población urbana, y en el medio rural se eleva, como ya dijimos, del 95 al 100%.

Si recordamos la distribución de población de la - República, puede estimarse que el número de parasitados sobrepasa las dos terceras partes de los habitantes. Las causas: analfabetismo, falta de calzado y las citadas anteriormente de importancia primordial: precaria condición del agua de bebida, ausencia de letrinas sanitarias (con la consiguiente diseminación de las excretas), malísimas condiciones de la casi totalidad de viviendas campesinas, en donde la promiscuidad con animales domésticos (vehiculadores potenciales de parásitos), obligan fatalmente a mantener endémica la parasitosis intestinal, como un lamentable índice de incu-- ria y atraso del país.

Como ya mencionábamos antes, entre gastroenteritis, colitis, duodenitis y las disenterías en todas sus formas, las defunciones en el año de 1962 sumaron 10 416 casos oficialmente reportados, que hacen un elevado - 15% del total de muertes de la nación.

Al respecto del parasitismo intestinal, debemos - comprender claramente que es un grave problema que - debe enfrentar la Salud Pública y la Medicina Social: imponiéndose por lo tanto, el planeamiento antiparasitario (dentro de la programática integral de Salud), cuyas bases comprenderían: a) Educación sanitaria popular; b) Saneamiento del suelo, por la instalación de letrinas; c) Mejoramiento del agua de bebida en medios urbanos, extraurbanos y rurales; d) Abaratamiento del calzado y, si fuera posible, su distribución gratuita entre los escolares rurales; e) Facilidad de diagnóstico coprológico, instalando laboratorios en las Unidades - Sanitarias o Puestos de Salud que carecen de ellos y - mejorando los existentes; f) ....y sólo de último el - tratamiento de los parásitos.

Estado nutricional del pueblo guatemalteco.

A pesar de que la desnutrición proteíca, calórica, mineral o vitamínica es uno de los mayores, sino el mayor de los flajelos de los guatemaltecos; el desconocimiento de los problemas nutricionales a nivel del pueblo en general así como del médico en particular, es - francamente asombroso; el continuo convivir con indi-

viduos desnutridos ha hecho que se valore mal el estado nutricional. Es apenas lógico que una población en donde están presentes lesiones clínico-nutricionales en un 80% del conglomerado, como se ha demostrado claramente en diversas encuestas, el patrón de la normalidad esté completamente deformado, aun por los médicos. Este hecho ha traído como consecuencia el poco interés general que por el estudio de los problemas nutricionales, se ha despertado entre nosotros y que la deformación del patrón de la normalidad se haya hecho presente.

La evaluación de una comunidad desde el punto de vista nutricional y la solución de sus problemas cuando están presentes, no son patrimonio exclusivo del médico, y aun cuando éste juega un papel importante para el reconocimiento de los problemas nutricionales, no es el único a quien le concierne. La situación interesa a todas aquellas profesiones que son generalmente las encargadas del planeamiento de producción y consumo, y a las que frecuentemente pasan por alto "el hombre" fuerza indispensable para poder llevar a cabo todos los proyectos de producción y transformación.

Cuando el médico quiere conocer el estado nutricional de alguna comunidad, busca en ésta, los signos clínicos y los niveles de los diferentes nutrientes presentes en el plasma, en los glóbulos rojos, o en la orina de los individuos. Esta evaluación, presenta aspectos dignos de tenerse en cuenta. La presencia de signos clínicos nutricionales en un conglomerado humano significa sólo que el desequilibrio nutricional ha sido tan grande que ha sido capaz de alterar completamente la

fisiología de esta célula, de este tejido, para presentar la signología típica de la deficiencia.

Se puede considerar que el ciclo de la enfermedad nutricional, por supuesto con algunas excepciones, tiene las siguientes etapas: 1) Hay una disminución de la concentración del nutriente en los líquidos intercelulares y en la sangre; 2) Esta disminución de uno o más nutrientes va a producir cambios fisiológicos; 3) Alteraciones patológicas fácilmente reconocibles microscópicamente; y sólo más tarde, cuando estas alteraciones han avanzado; 4) El cuadro clínico se pondrá de manifiesto (macroscópico).

Es pues necesario tener en mente estos conceptos, ya que al hacer el estudio médico del estado nutricional de un pueblo y al encontrar signos francos de desnutrición, significa que existe un grado mucho mayor de imbalance subclínico, que se ha hecho presente en forma de enfermedad sólo en aquellos casos en que el organismo ya es incapaz de compensar el déficit. La diferente topografía guatemalteca hace que la adquisición de alimentos en cada región sea de características especiales, y cuando los habitantes de las regiones altas deben emigrar por cuestiones de trabajo; vemos que el cuadro se hace más complejo todavía. A este respecto cabe agregar el factor etnológico que juega un papel muy importante en los hábitos alimenticios, en la forma de preparación de los alimentos, en los tabúes, en las creencias y en las costumbres.

La población guatemalteca es mezcla heterógenea de indígenas y blancos (la proporción de negros es su-

mamente baja, a no ser el departamento de Izabal y Belice); entre amgos extremos encontramos al mestizo llamado genéricamente ladino. Esta consideración es de bastante importancia, para el análisis de la situación nutricional. La mayoría de los datos que a continuación pasamos a analizar son generales para la nación, sin que esto signifique que sean aplicables a zonas específicas.

En el cuadro siguiente podemos ver la cantidad y la descripción de los alimentos consumidos por los guatemaltecos en diferentes estudios hechos; además se puede observar el porcentaje de déficit o de superávit según el caso.

En todos ellos, menos dos, se ve el déficit marcado que existe en relación a la ingesta de proteínas de origen animal (carne, pescado, huevos, etc.), con un aumento relativo de la ingesta de los hidratos de carbono a través de las tortillas de maíz. La ingesta de grasas también está muy disminuída.

El déficit total alimenticio por lo tanto es evidente; así vemos que las proteínas totales están por debajo de los requerimientos recomendados, más aún, la ingesta de proteína animal es todavía inferior a la de proteína vegetal. Además es llamativo el hecho de la nula ingesta de grasas en todas las comunidades rurales. En total, sólo con la relativa sobrecarga sobre los hidratos de carbono, se llega a un nivel calórico reconocido como mínimo vital. En cuanto a las vitaminas, es evidente que apenas unas de ellas están dentro de los límites de normalidad (niacina y ácido ascórbico), pero la

CONSUMO PROMEDIO DE ALIMENTOS PARA LA REPUBLICA Y SU ADECUACION CON LA DIETA MINIMA DEL GUATEMALTECO

Alimentos	Cant. en gramos	déficit	%	superávit	%
Leche y quesos	250	188.9	75.5	0	0
huevos	20	12.6	62.9	0	0
carne	105	67.4	64.2	0	0
semillas y leguminosas	60	2.9	4.9	0	0
vegetales verdes	90	66.6	74.0	0	0
otros vegetales	150	100.0	68.0	0	0
frutas	120	91.7	76.3	0	0
musáceas	95	70.9	74.6	0	0
raíces y tubérculos	75	64.9	86.6	0	0
tortillas	345	0.0	0.0	166.9	48.3
pan de trigo	120	102.6	85.5	0	0
arroz	50	41.0	82.0	0	0
azucar blanca	40	28.5	71.2	0	0
panela	25	0.0	0.0	6.5	25.9
grasas	25	15.5	61.9	0	0

De León M. INCAP, 1963.

mayoría (Vitamina A, tiamina, rivoflavina, calcio) están muy por debajo de lo aconsejado.

Si comparamos la ingesta de proteínas animales y vegetales, así como el de la ingesta de grasa y las calorías totales en Guatemala con otros países veremos que nuestra situación no es ni mucho menos, alentadora. (ver cuadro).

En América, la ingesta de proteínas totales de Guatemala es sólo comparable con la ingesta de éstas en Bolivia y Haití. La ingesta calórica también está muy por debajo de los requerimientos aconsejados y las grasas igual.

La disponibilidad de alimentos en Guatemala, demuestra que existe sólo un 9.8% en proteínas frente a las recomendaciones del 12%; un 16.9 % en grasas frente a las recomendaciones del 28% existiendo un exceso del 73.5% en hidratos de carbono frente a las recomendaciones del 60%.

La mortalidad infantil es un índice indirecto de las condiciones nutricionales de una comunidad, en los países bien nutridos la mortalidad infantil es mínima (20 por mil) y como promedio gira alrededor del 30 por mil; en Guatemala la tasa de mortalidad infantil es de 85.9 por mil. (1962).

Dentro de las causas de mortalidad general en Guatemala la desnutrición, las enfermedades carenciales, la avitaminosis y la anemia ocupan un puesto predominante (cuadro). Pero es interesante observar que los

muertes sin certificación médica competente ocupan aún un lugar más prominente, por lo que no es difícil imaginar que muchas de estas muertes son indudablemente de tipo carencial, haciendo entonces que la estadística del 8.5 %, sea mucho mayor.

Un gran porcentaje de la mortalidad infantil en niños de 11 meses a 5 años es la desnutrición, con un porcentaje del 24.2; si este es así, podemos considerar sin mayor esfuerzo mental, que la mayoría de los niños hospitalizados presentan signos clínicos de desnutrición, retardo psicológico y pondo-estatural. Estas cifras son francamente dramáticas, como que la cuarta parte de los niños guatemaltecos que fallecen bajo control médico, mueren por la desnutrición y el hambre.

La estatura y el peso de los individuos son un índice indirecto de su ingesta proteíca. Sólo crece el que come. El desarrollo y crecimiento de un niño está condicionado primariamente por el valor nutritivo de las proteínas ingeridas, por lo que no es raro encontrar en Guatemala un promedio tanto en estatura como en peso bastante por debajo de los niveles normalmente aceptados para esta latitud. Este hecho es aún más dramático en los niños en donde se puede ver claramente el atraso pondo-estatural.

El hallazgo en niños de 0 a 15 años de edad de diarrea continua en un 20% de los casos y de diarrea reciente en un 30% de los casos, es un índice macabro del estado de desnutrición en que se encuentra la población, más aún las infecciones en un alto porcentaje de los casos: 17%.

A todos estos índices de desnutrición que acabamos de ver hay que sumar el parasitismo intestinal, pues el estado nutricional de un individuo no está condicionado sólo por la ingesta del nutriente sino por múltiples factores como son: la absorción, digestión, depósito y excreción de ese nutriente, así como de la presencia de substancias antimetabolitas que puedan estar presentes en los alimentos. Es un hecho aceptado que la absorción del nutriente, no importan las cantidades que se encuentre en la dieta diaria, está condicionada al estado nutricional. El multiparasitismo intestinal y en ocasiones el parasitismo único hace que el individuo presente sintomatología de mala absorción manifestada por mala asimilación de grasas, mala absorción de glúcidos y mala absorción de prótidos, lo que sumado a la baja ingesta del nutriente empeorará mucho más las condiciones nutricionales del individuo.

Estos factores merecen un estudio especial pues el parasitismo impide la absorción de los factores madurantes como son el ácido fólico y la vitamina B 12, necesarios para la normal maduración de los glóbulos rojos. Y si el individuo sufre además de una sangría crónica producida por la uncinaria, va a presentar un tipo especial de anemia dimórfica: hipocrómica microcítica.

La presencia de bocio simple, ya conocido desde el tiempo colonial en ciertas regiones, es otra de las evidencias de una carencia específica en los nutrientes de esas poblaciones: el iodo. Las secuelas de este déficit, muchas veces menospreciado, son tremendas; principalmente se miran trastornos en el desarrollo intelectual y físico en los escolares, además de los trastor-

nos en el desarrollo mental y psíquico, que indudablemente se traduce en una baja del cociente intelectual general.

Como el ejemplo anterior podríamos citar una serie de substancias, cuyo déficit comprobado en nuestra alimentación, trae consigo una patología también ya comprobada.

Si lo que acabamos de analizar es de gran importancia para el conocimiento y solución del problema nutricional, no lo son menos los factores socio-económicos de producción alimenticia, ya que la productividad de un pueblo está condicionada por el factor "hombre", único capaz de producir y hacer producir.

La solución al problema nutricional es demasiado compleja y sólo con un esfuerzo conjunto por parte de todos los grupos humanos con que cuenta el país será posible sacarla adelante.

Si el problema es tan grave como para hacer afirmar "el estado de desnutrición de los adultos guatemaltecos es serio y en los niños grave" la solución debe ser rápida y de conjunto.

La falta de programas integrados a escala regional y nacional ha sido una de las principales causas para que hayan fracasado la mayoría de los intentos encaminados a resolver el problema nutricional. Sólo con un estudio conciente y con entrenamiento de personal se podrán llevar a cabo programas que sí den resultados satisfactorios.

Desde un punto de vista teórico el problema se resume al saneamiento de la economía del país, mejorar las posibilidades de agricultura, aumentar la cantidad de proteínas de buena calidad que se produzcan en el país o mejorar la calidad de la proteína que se está produciendo.

Desde el punto de vista de los técnicos en nutrición la suplementación de ciertas proteínas de un valor biológico bajo podría mejorar el estado nutricional de un pueblo, mientras se logra mejorar la situación económica. El mejoramiento de proteínas de una calidad baja con adición de aminoácidos puros vale la pena de considerarse. (En Alemania se ha iniciado la producción comercial a precio económicamente favorable de uno de los principales aminoácidos como la licina). El valor biológico del maíz puede ser mejorado con la adición de esta licina y de triptofano; el trigo con sólo licina y así otras muchas proteínas de origen vegetal se pueden adicionar con aminoácidos que contengan azufre mejorando así substancialmente su valor biológico. Otra solución es la exitosa investigada y propuesta por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, INCAP, que es la de mezclar ciertos vegetales que per se son pobres en determinados aminoácidos, pero que en la mezcla compensan entre sí estas deficiencias y dan un producto que se le llamó INCAPARINA que presenta un valor biológico sumamente satisfactorio.

La mezcla vegetal INCAP (INCAPARINA) compuesta de maíz 50%, harina de ajonjolí 35%, harina de semilla de algodón 9%, levadura tipo torula 3% y grama kikuyu 3%, que constituyen cuando menos, pro-

totipos de las mezclas vegetales utilizables en la profilaxis del síndrome de pluricarencia infantil, SPI, en muchas regiones en las cuales este trastorno es en la actualidad un grave problema.

Otro ejemplo de dichos preparados es la fórmula alimenticia usada en la India, confeccionada con proporciones variables de harina de cacahuate, de garbanzo, de una variedad de frijol negro y del residuo de la prensación del ajonjolí. Y otras a base de harina de maíz, harina de semilla de algodón, zahina, levadura de tórula, carbonato de calcio y vitamina A; que últimamente ha dado buen resultado, ya que suministra a un niño las dosis calóricas y vitamínicas que necesita para toda una semana por sólo el equivalente de 13 centavos de Quetzal (ó Dólar).

Tanto la adición de aminoácidos, como las mezclas, implican operaciones industriales a alta escala, que no deben constituir una negociación financiera sino que tomado en manos de instituciones estatales debe rendir su beneficio a apenas algo más del costo, o aún menos de éste.

Además se debe considerar el mejoramiento del valor nutritivo de las proteínas con la mezcla de harina de pescado; estudios hechos en algunas partes del mundo han demostrado que al añadir harina de pescado a proteínas vegetales de baja calidad biológica, da resultados excelentes.

Ahora bien, ya con la materia prima enriquecida, se debe iniciar una campaña intensiva para la acepta—

bilidad de estas mezclas por parte del pueblo y la introducción de un nuevo hábito alimenticio en una comunidad.

El incremento de la producción agropecuaria debe ser estimulado por el gobierno, así como favorecidas todas las empresas de transformación y enriquecimiento de alimentos.

La Universidad como fuerza viva e intelectual de la nación, tiene que enfrentar este problema que le concierne especialmente a ella, puesto que, como hemos analizado anteriormente, si los niveles intelectuales del pueblo están bajando por la mala nutrición, el rendimiento universitario será pobre y unilateral.

Es pues imperioso que en las Escuelas de Medicina, de Ciencias Económicas, Agronomía, Veterinaria, etc. se estudie la manera de mejor resolver el problema nutricional.

A nivel gubernamental es necesario que el gobierno ponga mayor atención a estos problemas y que el INCAP reciba todo el apoyo necesario y sea el encargado de llevar a cabo los programas de nutrición que se hayan estudiado conscientemente por ellos y por la Facultad de Medicina (Convenio Facultad-INCAP). Sólo con cooperaciones de este tipo será posible llegar a una solución feliz del agudo problema.

El estudio de los problemas nutricionales y las soluciones a esos problemas de orden local es imperioso. No se puede dictar cátedra desde un punto de vista

central y no se pueden resolver los problemas nutricionales generalizando. Como se ha visto reiteradamente, las necesidades y los problemas son diferentes en las distintas regiones del país. No es lo mismo la mala nutrición existente en las costas guatemaltecas (Izabal y Escuintla), que la que existe en los altos y Quiché. Existen diferentes culturas, diferentes hábitos alimenticios, diferentes economías (?), diferente conglomerado social. Sólo con un estudio a fondo de estos problemas a niveles locales, (como ciertamente ha hecho ya el INCAP), se podrá llegar al conocimiento y resolución de los problemas; si los problemas son múltiples y diferentes no creemos que una solución a escala nacional general resuelva el problema.

Conclusiones al estado nutricional del pueblo guatemalteco.

1. Se necesita un mayor conocimiento del estado nutricional del pueblo guatemalteco por parte de médicos y de entidades encargadas de los programas generales de desarrollo de Guatemala.

2. Este conocimiento debe estar basado en estudios socio-económicos, culturales, de producción, así como de encuestas clínico nutricionales a nivel nacional.

3. Los estudios ya hechos demuestran claramente que existe un déficit en cuanto a la producción y consumo de alimentos de origen animal. Así como de ingesta real de nutrientes especialmente en lo que

se refiere a tiamina, riboflavina, Vitamina A, calcio, etc.

4. Las lesiones clínico nutricionales y los estudios bio-químicos han demostrado claramente la desnutrición en que se encuentra el pueblo guatemalteco.

5. Las metas de disponibilidad de alimentos están lejos de ser llenadas. El déficit de proteínas animales es del orden de 20 000 toneladas netas que cuestan 250 millones de quetzales.

6. La mortalidad infantil de 85.9 por mil durante el primer año de vida, es un índice evidente del pobre estado nutricional en que nos encontramos.

7. La cuarta parte de los niños que mueren en los hospitales presentan como causa primaria de su muerte la desnutrición.

8. La suplementación alimenticia en los niños ha dado muy buenos resultados, demostrando la INCAPARINA por ejemplo un valor biológico muy bueno y un precio realmente económico.

9. El desarrollo pondo estatural de la niñez y población guatemalteca en general está muy por debajo de la normalidad en otros países, cayendo para algunos autores, fácilmente en la categoría de microsómicos.

10. Existen en Guatemala marcados problemas en relación a la tenencia de la tierra que se traducen en un raquítico rendimiento agropecuario.

11. La solución del problema necesita la colaboración de todos los grupos humanos del país. Las investigaciones por parte de la Universidad y de otras instituciones deben estar encaminadas con prioridad a la solución de este problema.

Exponemos a continuación el enfoque nacional y sugerencias para un Consejo Nacional de Alimentación que nos vierte el Dr. Epaminondas Quintana.

Es un hecho que hemos reconocido ya, que Guatemala padece de hambre.

I. El hambre oculta -la de los tejidos- se traduce dramáticamente por:

   1. Mortalidad infantil elevadísima.
   2. Morbilidad infantil cuasi-universal.
   3. Pequeñez de la talla.
   4. Subpeso.
   5. Retraso mental.
   6. Terreno propicio a infecciones e infestaciones devastadoras (tos ferina, tuberculosis, sarampión, disenteria, parasitismo intestinal, infecciones banales del intestino, etc.).

II. En Guatemala el hambre coloca vergonzosamente a nuestro país en primerísima línea en la estadística internacional de muertes y enfermedades predo

minantes.

1. En Guatemala es hecho comprobado gráficamente por Socio Educativo Rural la subtalla y el subpeso de los escolares del área rural. - INCAP ha establecido igual hallazgo en las - escuelas de barrios pobres.

2. Muchos son los científicos que opinan que el descenlace alimenticio es el que mantiene al nativo sin ambición y sin ánimo de ascender,- incentivo que es la base del progreso.

III. Ahora bien: el hambre nacional depende de complejos factores:

1. La producción de alimentos en primer término. A su vez tributaria de:
   a) la agricultura;
   b) la pecuaria (incluyendo pesca, cunicultura, etc.;
   c) el procesamiento o industrialización.

2. La conservación de los alimentos -notablemente el de la leche, las carnes, los lacticineos, a su vez tributarios de la electrónica y la físico-química.

3. El transporte de alimentos, que por difícil o inexistente mantiene desconectados a grandes sectores nacionales de las fuentes de alimentos.

4. El comercio y mercadeo de alimentos que da origen a escandalosas especulaciones como las oscilaciones de precio del maíz y las ilógicas escasecez de azúcar, etc.

   Así como a los precios irrazonables y extorsionadores de ciertos alimentos.

5. La industria de alimentos, que mantiene precios más altos que lo razonable.

6. La importación de alimentos que por tarifas aduaneras y protectoras son inaccesibles para - el pueblo siendo en muchos casos de calidad- difícilmente alcanzable por la industria criolla.

7. La distribución equitativa de alimentos, que- no existe y debiera organizarse de tal modo - que todo alimento fuera obtenible a igual precio en todo el país.

8. La manipulación, cocinamiento y presenta- - ción actual de los alimentos que no está de acuerdo con la higiene moderna ni con los preceptos de la economía doméstica.

9. Incesantemente aparecen por todos los cana-- les de comunicación intelectual; estudios o revelaciones de teorizantes, laboratorios e instituciones que hacen hallazgos e investigaciones relacionados con la alimentación humana, que alguien debe registrar y aprovechar, sin-

esperar a que digeridas y experimentadas y comercializadas, lleguen lentamente a nuestro conocimiento o alcance. Una oficina de estudio e investigación debe existir (aparte de la Sección de Nutrición de Sanidad Pública, que debe desaparecer para dar lugar al Consejo que se propone).

10. Una de las maneras más eficaces y rápidas de promover la producción de alimentos, es la constitución de cooperativas de producción y consumo que corresponden al Ministerio de Economía tanto como al de Trabajo.

11. La educación en materia de alimentación cuhos alcances no son para enumerarse y cuya vigencia en escuelas es muy escasa y teórica.

12. Investigación y experimentación inmediatas a pesar del trabajo extenso de INCAP, todavía quedan por explorar, estudiar y evaluar muchos alimentos naturales criollos, que son secreto de regiones o de nativos y se conocen muy poco. Indudablemente en la flora queda mucho por explorar. Además de la INCAPARINA, hay que seguir ensayando sin el rigor exhaustivo de los institutos internacionales una serie de mezclas o simples alimentos ricos en prótidos o aminoácidos esenciales, al menos para el uso inmediato en escuelas y servicios de pre-escolares. Una tarea así -nacional- urge comenzarla porque hay muchas probabilidades de hallar así caminos rápidos y baratos de formación biológica.

(Hemos de advertir que INCAP como organismo istmeño no puede asumir todas estas responsabilidades por su propio carácter internacional. Además él está casi enteramente dedicado a la investigación, muy valiosa por cierto, pero no rápidamente actuante en ámbitos extensos).

13. Una serie de leyes y reglamentos tiene que cederse continuamente a fin de adaptarse a las circunstancias cambiantes de producción, mercadeo, consumo y conveniencia nacional, de donde el nuevo organismo debe tener un poder legislativo ad-referendum de la Asamblea Nacional, desde luego.

Resumen:

En la actualidad y con los instrumentos de acción que posee cualquier ministerio, no es posible presionar sobre todas las agencias de producción, cambio y consumo, por la sencilla razón de que no hay jurisdicción directa sobre tan diversas dependencias como agricultura, educación, obras públicas, trabajo, economía, hacienda, etc. Si el problema biológico número uno de nuestro país es de la subalimentación popular, se justifica una extraordinaria medida: la formación del

CONSEJO NACIONAL DE ALIMENTACION,
(con poder legislador y Ejecutivo)

Dónde, en qué forma, por qué caminos, etc., es tarea del legislador el que debe hallar la manera de enfrentarse directamente con el problema del hambre nacional.

Sociología de la mortalidad infantil.

La muerte, en sí misma, no es problema social. - Puede ser un problema filosófico y a este respecto han sido muchos quienes lo tratan. La muerte no es, en sí misma, un problema social porque es un fenómeno inevitable como lo son el día y la noche.

Desde el punto de vista médico-social, la muerte puede convertirse en un problema por lo que respecta - al momento en que ocurre en la vida del individuo. Si en una gran sociedad un gran porcentaje de su población no llega al primer año de vida o muere en edades jóvenes, surge entonces el problema social y económico de la mortalidad.

La desaparición prematura de una gran parte de los miembros de una sociedad representa una perturbación amenazadora de la transmisión y del desenvolvimiento de la herencia cultural, así como un desgaste económico, pues la vida de cada individuo incluye un revestimiento de capital, cuya compensación es legítimo esperar.

En América del Norte, según J.D. Leus, el valor de un recién nacido es de cerca de 9 000 dólares.

El Dr. Castro Barreto en Brasil, estimó que la mortalidad en edades jóvenes, causa a ese país un perjuicio anual de cerca de trece billones trecientos setenta y seis millones de cruzeiros.

Resulta de esto el interés de eliminar tanto cuanto sea posible, la influencia negativa del ambiente sobre el organismo humano. Liebmann Hersch observa con acierto que todo índice general de mortalidad correspondiente a una población es la suma de dos partes: una inevitable, irreductible, invariable constituída por el "mínimo" a que puede bajar la mortalidad; y la otra es una variable histórica que oscila de acuerdo con las - condiciones del medio y cuya tendencia es siempre disminuir también o desaparecer ante el creciente progreso de las civilizaciones contemporáneas.

Una de las finalidades de la política social del Estado es, precisamente, crear condiciones dentro del ambiente, propicias a la reducción de esta variable histórica.

Engel dice: "Niños sanos de cuerpo y espíritu son el mejor capital o banco de ahorro de los padres, aunque las economías sean en beneficio de los niños y no de los padres". Es verdad que esta afirmación está sujeta a las restricciones impuestas a lo que se entiende por "valor social". Será difícil negar que de criaturas buenas resulten seres humanos útiles. Pero si no se hubiese procurado esa utilidad, si la demanda ya estuviera más que satisfecha, puede suceder fácilmente que "el capital invertido en los niños venga, a pesar de ello, a traer poca o ninguna utilidad en la época o en un lugar

específico de referencia". Es en este caso cuando decimos que hay superpoblación y que ideamos toda clase de planes para remediar tal problema.

Mortalidad infantil.
(menores de 1 año)

El dato global de la mortalidad infantil sin especificaciones etiopatogénicas ofrece un alto interés. No existe otra muestra tan verídica de la cautela ejercida por el estado para con la comunidad. De la eficacia y correcta orientación de los cuidados y de la capacidad social de la Universidad.

No hay, ni se establece límite máximo de dicha mortalidad susceptible de ser tomado como normal. El ideal médico, filosófico sociológico y moral y el deber del Estado son realizar toda vida iniciada dotando al individuo, en función de colectividad, de los requerimientos necesarios para el logro, entre los cuales, el básico es la salud.

Aunque no hay promedio infimo cada país se propone rebajar el propio, al mismo tiempo que trata de alargar la duración de la vida.....El resultado será a la corta o a la larga, la superpoblación con sus cruentas dificultades para abastecimiento: psíquico, laboral, cultural y físico.

Semejante carrera, algo vertiginosa hacia superabundancia humana y su inevitable resultado, es causa

principal del paradójico proceso de deshumanización del hombre, que se cumple en países de prepotencia económica y de difusión amplia de conocimientos. En tanto que países en estado embrionario de desarrollo --como el nuestro-, mantienen a sus habitantes, arcaicos, en estado y condiciones infrahumanas.

Prescindiendo de los aspectos funcional y profiláctico que sólo la casualidad soporta, el dato escueto de mortalidad infantil posee una ventaja invaluable. Fija la capacidad y niveles culturales; la disponibilidad de posibilidades de confort, de transporte y económica del respectivo país. Además del conocimiento obtenido y de la atención prestada a la patología vernácula.

Mas importante aún: el índice de mortalidad infantil señala certera y ciertamente la profundidad de la brecha socio-económica que desarticula la familia-guatemalteca.

Es evidente que si el país mantiene, una orientación política predominantemente sobre todos los demás aspectos del vivir cotidiano, la comunidad quedará anacrónica, rudimentaria, colonial.

Según Guatemala en Cifras de 1962 tenemos que las ocho principales afecciones que determinan la muerte en Guatemala son:

1. Gastritis, duodenitis, enteritis y colitis, 8 976 casos.

2. Enfermedades infecciosas y parasitarias con 8 537-

casos.

3. Gripe o influenza con 5 855 casos.

4. Neumonia con 5 636 casos.

5. Otras enfermedades de la primera infancia e inmaduridad no cualificada 4 152 casos.

6. Infecciones del recién nacido 2 980 casos.

7. Sarampión 2 149 casos.

8. Anemias con 1 573 casos.

Hablando en términos generales sobre todos los datos que hemos mencionado para Guatemala y otros países, debemos dejar una constancia clara de que si bien es cierto, que siempre se ha dudado mucho sobre los datos estadísticos de países en vías de desarrollo por la inexactitud de las tabulaciones (unas veces por ineficacia en los procesos respectivos y otras por interesadas - falsedades), en el caso de nuestro país, esto no es así. Guatemala es uno de los 6 países cuya notificación estadística (cobertura del registro de defunciones) es completa en un 90% por lo menos; todos los demás países en las Américas están por debajo de nuestro país en la calidad de sus registros. (Hechos sobre problemas de - Salud. OSP-OMS julio de 1961).

De donde podemos decir que la estadística guatemalteca es muy buena, especialmente en lo que se re-

iere a mortalidad por grupos etarios.

Conclusiones sobre la mortalidad infantil en Guatemala.

1. Nuestra alta mortalidad es un fenómeno inevitable y normal en las actuales condiciones de vida del - pueblo guatemalteco, condicionado a la estructura económico-social del país. Es una especie de mecanismo ecológico por medio del cual la población equilibra sus recursos con sus necesidades, siendo legítimo el presumir que las poblaciones rurales y - el proletariado no participan en la convicción de - que aquella sea "un problema social".

2. La actuación de los órganos gubernamentales de protección a la infancia, manifestando un propósito eminentemente curativo antes que preventivo, implica una falsa concepción de los problemas que se - pretende resolver, esto es, una concepción según - la cual son los factores biológicos más que los sociales los que condicionan los altos coeficientes de mortalidad infantil en Guatemala.

3. Siendo la mortalidad infantil en nuestro país un fenómeno económico y social, no admite sino subsidiariamente una solución médica. Sólo podrá resolverse mediante la realización de políticas económicas y sociales que promuevan, sin sacrificio del proceso de capitalización, la mejoría real de las - condiciones de vida de las poblaciones guatemaltecas.

4. La distribución de los recursos presupuestales debe hacerse según la importancia de los problemas guatemaltecos, o como inversiones de capital teniendo como objetivo un movimiento económico y social y la restricción de los gastos con obras de filantropía a un mínimo inevitable. Según esta línea directriz, se hace necesario estudiar los planes y la organización de los servicios médicos de protección a la infancia a fin de convertirlos hacia el interés colectivo del desenvolvimiento de la economía nacional.

Podemos estar seguros en un todo, que no disminuirá en Guatemala la mortalidad infantil mientras no propongamos como uno de los ideales y metas más importantes de una campaña de Salud Nacional, a este crucial problema. Meta e ideal lógicos y accesibles si los gestores logran interpretar el cúmulo de datos disponibles, el valor de nuestra infancia y el papel prepotente de la Educación Sanitaria.

Mortinatalidad.

Si los datos estadísticos sobre mortalidad infantil dejan algo que desear, los referentes a mortinatos son de todo punto de vista engañosos. Por la elemental razón de que la gente se abstiene de notificaciones y registro cuando el hijo nace muerto o fallece antes de bautizarle. Las razones son múltiples, alineadas desde el temor a sanciones hasta la crasa ignorancia.

Ningún dato como el de mortinatalidad demuestra el adelanto, estancamiento o retraso obtenido por una agrupación humana en consulta prenatal, en atención de partos y en valoración de la infancia.

En Guatemala la mortinalatidad de 31.0 por mil se ha mantenido en su trágica dimensión en los últimos años.

Significado? Estatismo de la campaña higiénica materno-infantil; ausencia y mediocridad de la consulta pre-natal; parto domiciliario en un grandísimo porcentaje, carencia de personal adiestrado para menesteres de obstetricia; deficiencia de servicios de enfermeria en centros y puestos de salud.

El índice de mortinatos, estable en el país, emana de pésimas condiciones sanitarias, asistenciales y culturales, estabilizadas también. Solamente englobando las cifras en su causalidad apuntará el remedio y surgirá la cortapisa fijando responsabilidades en cada uno de los tres momentos médicos siguientes:

1. Cuidado pre-natal.

2. Técnica obstétrica.

3. Atención post-parto.

El primero es el decisivo y en él, además se fundamentan los dos siguientes. No obstante: es absolutamente baldía la intención de perfecta técnica obstétrica y de correcto cuidado post-natal, si la campaña de

higiene familiar, los médicos en todo género de consultorios, enfermeros de todo tipo y cuanta persona pueda influir, no se dan denodadamente a la propaganda del parto hospitalario.

88.4% de los nacimientos en Guatemala acontecen en casa. Pero qué es lo que nosotros, tan bondadosamente seguimos llamando casa?

Total viviendas	1 720 000
1 persona por cuarto	77 900
1 - 2 " " "	684 900
2 - 3 " " "	626 600
3 - 4 " " "	142 400
4 - 5 " " "	109 100
5 - 6 " " "	72 200
6 - 7 " " "	4 800
7 - 8 " " "	402
8 y más " " "	408

Estas cifras retratan el terrible hacinamiento del pueblo guatemalteco; hacinar significa amontonar, apilar desordenadamente. Cuánta garantía ofrece en tales condiciones, la habitación para clínica obstétrica? Ninguna sino la del peligro. Para descender la tasa de mortalidad, casi inamovible en los últimos años Salud Pública tiene que virar la pequeña medicina y peligrosa cirugía que es la obstetricia rotundamente hacia consulta prenatal integrada y parto hospitalario total.

SINTESIS

Personas por cuarto	A	B	C	D
Más de 2	55.6	35.4	58.5	67 %
Más de 3	19.2	11.5	21.5	23 %
Más de 4	10.9	4.4	8.9	14 %
Más de 5	4.9	-.-	4.1	7 %

A = País B = Cabecera C = Caserío D = Otras localidades.

El parto hospitalario es en Guatemala indispensable para el futuro. Hoy por hoy, como emergencia Medicina y Obstetricia, como el agua, como la luz, como la comida, tienen que ir a la gente. Y en partos, adiestrar comadronas, preparar enfermeras y descentralizar a los médicos son las indicaciones para garantizar el nacimiento de niños vivos erradicando la mortinatalidad altísima que aún conservamos. Esto es lo no comprendido por Salud Pública.

Parto Hospitalario es acicate fortísimo para iniciar en el país un programa de acción comunal en el amplio y sincero sentido de la frase.

La trascendencia de la consulta pre-natal integrada y del parto asistido se cata mejor si recordamos que

son ellos las únicas medidas preventivas serias y valederas del prematuro y del mantenimiento de la vida del prematuro. Recordemos que la mortalidad infantil y en especial la neonatal están influídas gravemente por la del niño prematuro; mientras no descienda ésta (la mortalidad del prematuro se calcula conservadoramente en 13%), aquellas tampoco bajarán.

De todas las causas patológicas desencadenantes del mortinato, hay un 40% que fácilmente con consulta pre-natal y parto asistido o más adiestramiento del personal pudieron ser perfectamente evitables. Ejemplos: Sífilis, tuberculosis, diabetes, fiebre tifoidea, influenza, neumonía, eclampsia, infecciones del embarazo y del parto, ingestión de tóxicos, anormalidades de la pelvis, desproporción de la misma, mala posición del feto, tejidos y órganos anormales de la pelvis, ejercicio excesivo, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta.

La circunstancia inherente a la ilegitimidad de unión de la madre, hambre, trabajo, angustia y enfermedad favorece la mortinatalidad; igual cosa sucede también con la edad de la madre por fuera de los años que se consideran óptimos para la procreación: 20 a 35.

Conclusión:

No disminuirá en Guatemala la mortinatalidad sino cuando la Salud Pública llegue a la Consulta Pre-Natal integrada y universal al parto asistido.

La Facultad de Ciencias Médicas y la Escuela de

Enfermería deberían dar menos inclinación y fervor por la tecnocracia improvisada.

La higiene familiar.

Comprende las siguientes actividades, entre otras, 1) Supervisión del embarazo o consulta prenatal; 2) Orientación y control del niño (consulta del niño sano y del niño enfermo), además de actividades colaterales; 3) Campaña nutricional.

Es lógico y razonable, además de necesario, ejecutar y proyectar una campaña de higiene familiar ajustada a nuestro medio; esencialmente activa, despojada de todos los lastres y prejuicios que hasta la fecha han mantenido estática la acción de Salud Pública sobre el hogar.

La salud del niño guatemalteco será fiel reflejo de su ambiente.

Ambiente trifásico: familia, escuela, sociedad, elementos interrelacionados cuya respectiva acción inician en diferentes épocas con particulares intensiones, pero siempre encaminadas a la evolución integral del ser.

1) Supervisión del Embarazo.

El Centro de Salud Pública mediante su asistencia social, la educación sanitaria y cuantos elementos ten

ga a su alcance, buscará la inscripción de prenatales - desde el tercero hasta antes del final del quinto mes de gestación -la solicitud de este servicio, en el centro- estable de la población o en el móvil de la campiña, - califica a la peticionaria y la hace acreedora, sea cua les fueren sus condiciones, a él; tanto más si se consi- dera que la supervisión del embarazo tiene como meta la totalidad de las embarazadas.

Pero nuestra configuración geográfica, pobreza de vías de transporte, distancias de caseríos y otros luga- res al Centro de Salud Pública, en las más de las veces dificultan la asistencia de las gestantes a él. Esta es o tra de las fortísimas razones por las cuales se hace fa- talmente imprescindible la presencia de las misiones - ambulantes dentro del equipo humano de cada Centro de Salud Pública.

Desconocimiento, menosprecio y olvido del dere- cho materno, sin excepciones, a la atención de su em- barazo, ha sido la causa y sigue siendo del fracaso de la medicina rural. La pérdida de vidas maternas e in- fantiles por carencia de personal capaz, vías de comu- nicación, medios de transporte y centros adecuados, es contra la ética gubernamental y contra la moral pura.- Engaño de demagogos a un pueblo que, por ignorancia, miedo y ancestro, no ha sabido exigir!

El programa muy amplio de supervisión del embara zo se compone de los siguientes tres subprogramas:

a) Educación sanitaria (inscripción precoz de gestan- tes; necesidad de entrevista médica periódica de

la embarazada; idem de entrevista social; parto- asistido, higiene general del embarazo; cuidado - de la dentadura durante la gestación; alimenta- - ción de la embarazada; síntomas que imponen en- trevista médica extra; modo de dejar el hogar du- rante el parto, etc.;

b) Campaña nutricional.

c) Entrevistas médicas (consulta pre-natal integral).

d) Entrevistas sociales (no es posible, o será incom-- pleta la anterior, si no la precede la visita de la- asistente social). Tan colmado y rodeado está de circunstancias diversas el embarazo.

e) Partos asistidos (en 1960 sólo lo fueron 18.342 en toda la República) (sin excepción la primigesta se rá hospitalizada para el parto; también las que anteriormente hubieran presentado distocia por des proporción cefalo-pélvica).

f) Parto vigilado (verificando la salud de la madre y del hijo; estableciendo correctas normas alimenti cias naturales o artificiales; responsabilizando a la madre ante los cuidados inherentes).

g) Estabilidad obstétrica (facilidad a las madres a tér mino para internarse en el Servicio Obstétrico de jando el hogar ajustado y seguro).

Es interesante incluir a continuación algunas ob- servaciones hechas por un Comité Médico de la OMS -

sobre los servicios de salud pública en la Unión Sovietica:

"La salud de la madre y el niño se considera en la Unión Sovietica de primordial importancia.

Lógico es pues que tal actitud se refleje en las instituciones sanitarias, en todas las escalas jerárquicas y en todas las regiones.

Las principales características de los servicios sanitarios son: .....c) los dos programas - el materno y el infantil-, son comprensivos en todos los niveles o sea que se ocupan de aspectos preventivo, clínico, educacional, social, legal y de higiene ambiental. d) los servicios materno-infantiles no descuidadn ninguna madre de ningún niño en todo el territorio soviético. e) los servicios para la madre y el niño son gratuitos. f) la planificación para los servicios para la madre y el niño está centralizada....

Los servicios obstétricos son previstos por instituciones especializadas de modo que el 96% de las madres de la URSS en 1957 fueron atendidas en establecimientos de maternidad. En 1962 el 100% de los partos urbanos tuvo lugar en maternidades y en las zonas rurales el porcentaje fue de 80. La tendencia es desacostumbrar a la gente de los partos caseros. La mortalidad materna en 1957 fue de 5 por 10 000 nacimientos.

En las zonas urbanas sólo los médicos obstetras pueden actuar, en las zonas rurales tambien las comadronas autorizadas."

h) Campaña nutricional (cualquier acción sanitaria si no se fundamenta en cultura básica y se asienta en educación sanitaria acabará fracasando); la campaña de nutrición tanto como las demás, porque ella no consiste en repartir suplementos, sino en enseñar a la gente a alimentarse: el pueblo ignora qué comer, cómo comerlo, cuánto.

2) Orientación y control del niño.

La salud pública guatemalteca debe llegarse a imbuir de que:

a) De que con médicos generales no se hará pediatría.

b) Que debe contar con pediatras para el programa total del niño.

c) Que no tendrá programas de infancia, si ellos no abarcan la pediatría.

A esta parte del programa se le ha querido llamar siguiendo un error vitalicio: Consulta de niños; pues la gente siempre ha supuesto y seguirá suponiendo que consulta implica enfermedad, no importa si aun se le explicara que se trata de Consulta de Niños Sanos.

La cuestión no es simplemente de adjetivos sino fundamental. Es la indicación básica. Si con la palabra -

consulta se señala para el público una dolencia o patología, la campaña de Higiene Familiar en nuestro país, se estancará donde se han hundido los fracasos anteriores de la medicina urbana guatemalteca: recetas para diarreas, antihelmínticos para lombrices... Por el contrario: Orientación y Control, de inmediato se le enseña la existencia de un interés profiláctico contra el padecimiento; contra el crecimiento enfermizo; contra el desajuste psicológico; contra la incomprensión hogareña y pedagógica. Se advierte a los padres la obligación y la posibilidad de formar un hombre íntegramente sano.

Dentro de la Higiene Familiar, el sub-programa : Orientación y Control del Niño, comprende las siguientes actividades:

a) Atención del niño enfermo.

b) Revisión y orientación del niño sano.

c) Vacunación.

d) Defensa contra el parasitismo.

e) Educación Sanitaria.

f) Nutrición

g) Prematuridad.

h) Psicología.

i) Infancia abandonada.

j) Trabajo de la infancia.

2) Instrucción nutricional.

La instrucción nutricional forma parte integrante de la campaña de Higiene Familiar. Es realmente el meollo de tal campaña, porque el niño desnutrido de todas las edades, es mantenedor de la alta mortalidad infanto-juvenil; sustentáculo de la abulia racial; lecho para enfermedades del adulto y retardatoria del desenvolvimiento mental y del rendimiento escolar.

Conclusiones.

1. Solamente en la enseñanza integrada de la Higiene, orgánicamente concebida, a nivel nacional, como orientación fundamental de todos los Centros de Salud Pública, logrará descender la mortalidad de los niños guatemaltecos.

2. La enfermera de Salud Pública es el elemento humano para la campaña de educación sanitaria.

Mortalidad infanto-juvenil (0 - 15 años).

El conocimiento actual nos indica que la inmensa mayoría de las muertes de niños en Guatemala, carecen de razón.

Para una visión más clara del trágico panorama de la juventud en nuestro país, hemos dividido este período de 0 a 15 años, en otros subrenglones que nos ayudan a comprender mejor, las diferentes patologías a los

distintos niveles.

Niños menores de un mes muertos en el país	1953 %	54 %	55 %	56 %	57 %	58 %	59 %
Asfixia y atelectasia	17	14	13	13	13	14	13
Infecciones	30	35	25	30	32	25	24
Lesiones del parto	7	4	5	5	6	6	5

Este grupo de mortalidad precoz, cuyas cifras son muy difíciles de establecer, pero que apenas varían de año en año, cusan gravemente las circunstancias adyacentes al parto, como causalidad letal de más del 50% de menores de un mes fallecidos. Para qué recordar que nada será efectivo contra la mortalidad infantil si el renglón de óbitos neonatales no se combate seriamente?

Especialmente es necesario destacar el renglón de infecciones, desastre evitable, cuya etiología no está fuera: ausente o inoperante consulta prenatal; carencia de condiciones elementales de local para el parto; falta de asepsia en el ambiente; promiscuidad en la pieza de la paciente post-parto.

Así vemos que tomando un año cualquiera (1960)

los muertos por infección

Menores de un día 8.75%; de uno a seis días -- 28.7%; de 7 a 29 días 63.5%. Netamente se observa el aumento de los infectados con el correr de los días, suceso antinatural por demás.

La enfermedad infectante en el neonato (primer - mes) es anacrónica y se debe a: 1) ambiente doméstico infectado, hacinado, pobre; 2) deficiencia de auxiliares de enfermería, en calidad y cantidad; 3) Comadronas indeseables, sin el más mínimo adiestramiento; 4) medicación casera y vecinal; 5) escasez o nulidad - completa de visitas post-parto; 6) ausencia o mediocridad de Educación Sanitaria al sexo femenino; 7) valor minúsculo otorgado por la gente al nuevo ser, con exagerado menosprecio a estos próximos angelitos para el cielo...

De toda la consideración anterior se desprende la obligación para Salud Pública de insistir hasta la saciedad y prohijar a toda costa el parto hospitalario.

8.75% de menores de un día muertos por infección reflejan trágicamente la realidad rural. Esto nos hace meditar seriamente en que más del 85% de los partos - guatemaltecos ocurrieron a domicilio (de hecho sólo - 18 342 fueron asistidos en Hospitales), donde las posibilidades de infección son tan grandes como las de los fallecidos. Es en este renglón donde tiene que insistirse en una campaña de Higiene Familiar, abrir las maternidades cantonales en la ciudad capital y principales ciudades, y en las áreas rurales completar una racional distribución de las mismas, siguiendo un planea-

miento acorde a las necesidades de la Nación. Porque este factor, es irreductible mantenedor de la mortalidad neonatal, y ésta de la mortalidad infantil.

Entre un mes y un año, la mortalidad infantil cambia de vehículo; el cuadro siguiente nos da la muestra. En él se ve como año tras año, son las mismas enfermedades las encargadas de seguirnos demostrando lo estéril de las campañas sanitarias tradicionales: gastroenteritis, tos ferina, bronquitis, etc. Nuevas señales de total ineficacia de puestos y centros de salud; de estancamiento de la higiene materno-infantil. Nulidad, frustración; nada de profilaxia obtenida en patología ahorrable.

Niños muertos entre 1 y 12 meses	1953 %	54 %	55 %	56 %	57 %	58 %	59 %	60 %
Gastroenteritis	22	21	21	23	24	27	27	25
Tos ferina	4	5	6	3	5	3	4	4
Inf. resp.sup.	10	11	13	10	12	10	12	10

Es decir que se puede calcular en un 45 a 50% - los niños que anualmente mueren por patología esencialmente evitable.

Ultimamente, amparándonos en los antibióticos, se

ha olvidado puerilmente el magnífico campo para la - profilaxia ¡educar!; en la cual la medicina curativa no debiera casi entrar.

Es interesante saber que en este grupo de edad comentado, las enfermedades broncopulmonares produjeron miles de muertos; interesante porque la única manera de disminuirlas -dadas las distancias y malas vías de comunicación actuales-, es la necesidad de establecer las misiones médicas ambulantes -no sólo sobre ruedas y con tracción a motor, que cubran toda el área rural, sino sobre semovientes o a pie.

Niños entre 1 y 4 años muertos	1953 %	54 %	55 %	56 %	57 %	58 %	59 %	60 %
Gastroenteritis	18	17	17	18	19	19	20	19
Inf.resp.sup.	7	7	8	7	8	8	8	8
Avitaminosis y otras carencias	4	5	6	6	6	7	7	7
Parasitismo	6	7	7	6	6	6	6	6

Gráfico No.6

A la Gastroenteritis, enfermedad altamente evitable, se suman ahora unos cientos de muertos por parasi-

tismo y otros cientos de víctimas lamentables del inmoral cancer guatemalteco, disfrazado hipócritamente con el nombre de avitaminosis o pluricarencia: el hambre!.

Pero ante estas curvas macabras, la Salud Pública ha enfocado invariablemente mal el problema, ha querido anegar el parasitismo en un mar de piperazina o dietiazanina o al hambre con miles de frascos más o menos vitaminados, que hora tras hora produce e introduce la farmacopea guatemalteca.

En este grupo de edades, el factor económico, que antes asomaba con cierta timidez sus fauces, se relame listo a hartarse.

Tasa de mortalidad.

	1956	57	58	59	60
Gastroenteritis	120%	124%	132%	131%	132%
Infecciones	20%	52%	42%	46%	48%
Hambre	29%	28%	32%	33%	35%

Tal como queda cifrada, no es sin embargo la dimensión del monstruo nacional: el hambre!. Centenares de los que murieron bajo la rúbrica: gastroenteritis,

broncopatías, parasitismo, perecieron realmente minados por la desnutrición, sin la cual, dichas apariencias clínicas, no les hubieran arrebatado.

No es de extrañar por lo tanto, que entre otros tantos records de ignominia, nuestro país también marche a la cabeza en la tasa de mortalidad pre-escolar; consiste esta operación en averiguar cuantos niños de 1 a 4 años que están vivos el primero de enero, lo están todavía el 31 de diciembre: en EE.UU. de cada mil niños bajo estas condiciones, fallece uno al cabo del año (las más de las veces por accidente automovilístico, incendio o leucemia); en Guatemala el número de fallecidos se acerca al promedio de 42 por mil, de estos no menos de 38 fallecen por desnutrición avanzada, y el resto por neumonías, sarampión, tos ferina, diárreas, etc., enfermedades que indiscutiblemente no los hubieran llevado al fatal desenlace, si hubieran estado bien nutridos. Costa Rica, en nuestro mismo istmo centroamericano, apenas llega a una tasa de 10 por mil.

Resulta por demás interesante y aleccionador, el siguiente cuadro comparativo (tomado del Departamento de Investigaciones Científicas de IDESAC), que nos demuestra una vez más el abandono de la niñez pre-escolar en nuestra nación:

Mortalidad de 1 a 4 años

País	Tasa
Estados Unidos	1.2 por mil
Costa Rica	9.8 por mil
Panamá	10.3 por mil
El Salvador	22.6 por mil
Guatemala	42.2 por mil

de donde resulta que la mortalidad pre-escolar guatemalteca es el doble que la salvadoreña, cuatro veces la panameña, 5 veces la de Costa Rica y casi cuarenta veces la de Estados Unidos.

Por supuesto, esto no debía extrañarnos si sabemos que en Guatemala se invierte en Salud Pública la ínfima suma de Q.0.82 por cada habitante de la República por año.

En la siguiente página detallamos dos cuadros sumamente interesantes, para captar integralmente la tragedia de nuestra infancia.

El primero sobre las diferentes tasas de mortalidad entres enfermedades perfectamente previsibles:

	Tos Ferina	Tétano	Difteria
1953	134.5	3.4	0.9 por cien mil
1960	66.3	3.4	1.1 " " "
1961	74.7	6.4	1.2 " " "
1962	92.8	6.5	1.4 " " "

y el otro comparativo entre la mortalidad de menores de 5 años en Santa Magdalena Milpas Altas (Guatemala) y años del '48 al '62 y EE. UU. año '55.

1°. día	1.3 - 1	15 por mil - 10 por mil
1 a 7 días	3.0 - 1	25 por mil - 8 por mil
7 a 28 días	7.0 - 1	20 por mil - 3 por mil
28 a 1 año	10.6 - 1	78 por mil - 8 por mil
1 a 4 años	26.8 - 1	35 por mil - 2 por mil

Después de los 4 años y hasta los 15, nuevo arma-

mentario letal:

	1953	54	55	56	57	58	59	60
Anemias	10	5	5	5	5	5	5	5
Helmintos	3	6	4	4	5	5	4	4
Gastroenteritis	10	7	6	7	7	6	7	6

Aquí para segar la infancia están las anemias (síntomas y demostración de hambre, mal ambiente, vermes y protozoarios). La anemia no debía aparecer en las estadísticas, aunque también la gripe (influenza) y la neumonía mejoran en esta edad su oficio de sepultureras. Para que se vea los estragos que en un país no higienizado puede causar una enfermedad relativamente benigna, nos remitimos a la siguiente comparación : la tasa de mortalidad de gripe en Argentina es de 0.8 - mientras que en Guatemala es de 145 por mil.
(5855 x 100 000 entre 4.016 624; Guatemala en Cifras de 1962).

Estudiar la causalidad de la muerte infanto-juvenil permite descubrir los fuertes de la patología y las flaquezas del conglomerado para con el niño. La causalidad anotada establece la tarea para la futura Salud Pública guatemalteca: a) parto hospitalario hasta donde sea posible; b) inducir a las madres, sin excepción, a

consulta general pre-natal precoz; c) vacunación sistemática obligatoria; d) campaña de enseñanza sobre nutrición; e) educación sanitaria (punto clave para reducir la mortalidad neonatal, el parasitismo, las infecciones intestinales, la difteria, tos ferina.....

La tasa tan grande de mortalidad y morbilidad por gastroenteritis significa: a) que no hay agua potable, leche bebible, ni vegetales comibles; b) que abundan las moscas y demás insectos vectores; c) que la Facultad de Medicina no ha otorgado a la profilaxia el rango debido; d) que la Escuela de Enfermería ha descuidado la enseñanza de Salud Pública; e) que los Centros Rurales de Salud (dispensarios) han fracasado en su labor primordialísima de librar a la infancia de estos azotes perfectamente evitables; f) que en términos generales la Medicina Guatemalteca aún no distingue lo individual de lo colectivo-social o preventivo, ni esto del saneamiento.

En una síntesis de todo este capítulo, podemos anotar que evidentemente las condiciones de vida son extremadamente duras y alarmantes para la gran mayoría del pueblo guatemalteco. Vemos así que el derecho fundamental a la preservación de la existencia, apenas logra subsistir. (Gráfico No.7).

La gravedad de tan precaria situación abarca uniformemente todos los renglones de la vida, tornando la situación verdaderamente insostenible:

1. La tierra distribuída de una manera arbitraria -

e injusta, en que el 90% del territorio nacional está en poder de una minoría de oligarcas que representan apenas el 0.9% de la población, mientras que el 10% del resto territorial lo está en poder del sector popular mayoritario representado por el 90.1%. Situación que se refleja en una producción agrícola totalmente insuficiente y desproporcionada a las necesidades nacionales.

2. La vivienda completamente inadecuada. Más del 50% de éstas con piso natural de tierra, e idéntico porcentaje para las paredes y techo de rústicas cañas de maíz y paja; factores por demás favorables para el desarrollo y propagación de toda una gama de parásitos infectantes, minadores de la salud y mermadores de la actividad productiva de sus habitantes; amen de lo que significa desde un punto de vista estrictamente humanitario y no económico.

3. Las condiciones higiénicas en que se ve obligado a desenvolverse el guatemalteco dan una pauta real de las condiciones de salud que en él encontraremos: menos de un tercio de las viviendas tienen agua corriente disponible; también menos de un tercio tienen algún tipo de servicio sanitario; menos de un quinto poseen alumbrado eléctrico. Los tres primeros factores inciden sobre la salud corporal y la cuarta sobre la cultura en general (81% de analfabetos).

Estas tres realidades anteriormente enumeradas, más

la angustiosa desproporción de trabajadores y visitadores sociales, enfermeras de salud pública, sanitaristas, educadores y médicos rurales nos dan la pavorosa realidad guatemalteca:

a) Más de 5 000 defunciones anuales por parasitismo intestinal medicamente comprobado;

b) Más de un 50% de promedio de déficit alimenticio, que hace ingerir a un 85% de los guatemaltecos dietas teóricamente incompatibles con la vida (1500 calorías).

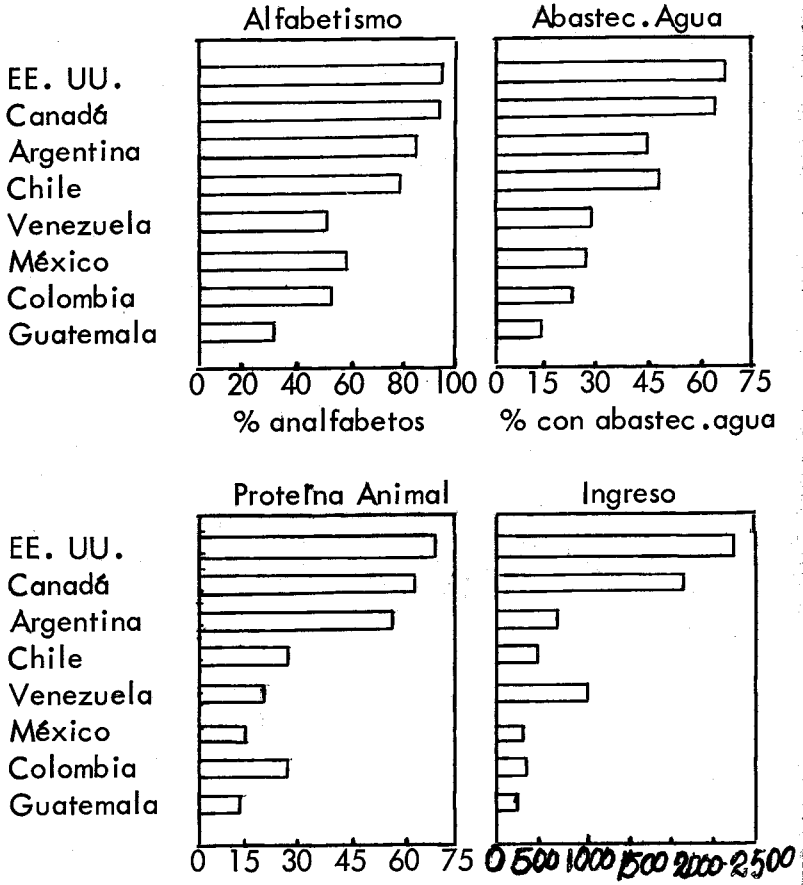
c) Una higiene familiar totalmente primitiva para más del 90% de las madres nacionales y una orientación y control del niño totalmente fallida. Lo primero nos lo indica la tasa de mortinatalidad de 31.0 por mil nacidos vivos, y lo segundo por las escandalosas cifras de una mortalidad infantil de 91.8 por mil, mortalidad neonatal de 36.9 por mil y una mortalidad pre-escolar de 42.1 por mil.

Ningún dato socio-demográfico demuestra el adelanto, estancamiento o retraso obtenido por una nación, en atención materna (pre-natal, partos) y en valoración de la infancia, como las tasas anteriormente expuestas.

Todos los datos razonados en esta síntesis desembocan indudablemente, de una manera directa o indirecta, en la mortalidad general de 17.5 por mil y en la precaria expectativa de vida para el guatemalteco promedio: de apenas 43 años para el varón y 44 para la mujer; re-

flejo fiel de la triste esperanza de rendimiento socio-económico y cultural que tan urgidamente necesita Guatemala, pero totalmente condenadas al fracaso mientras permanezcan las actuales condiciones de vida en nuestro país.

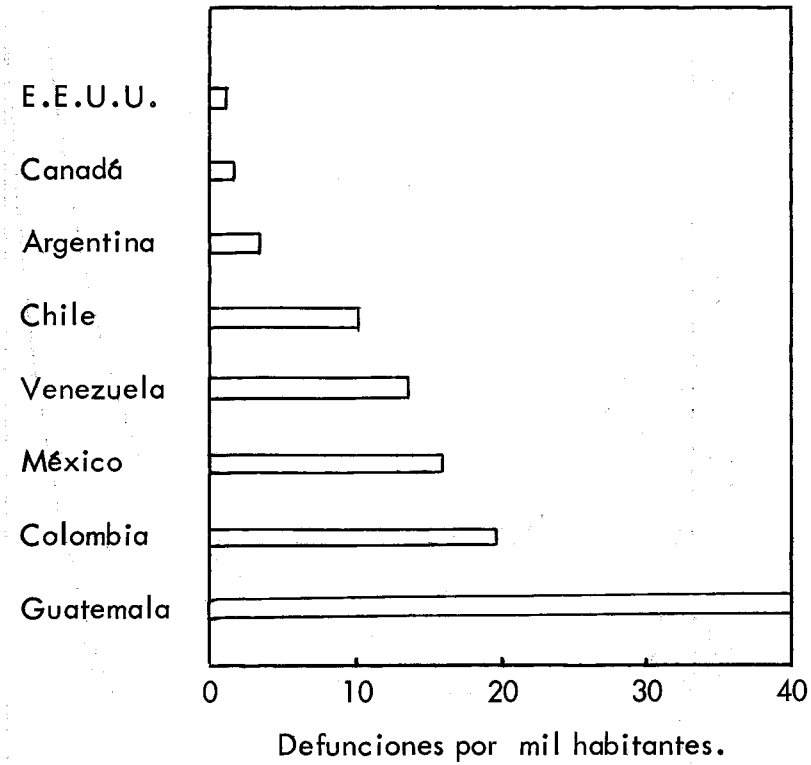
CUATRO MEDIDAS DE DESARROLLO SOCIO-ECONOMICO



OPS-OMS
Pub. Var. 63
1961

GRAFICO No.5

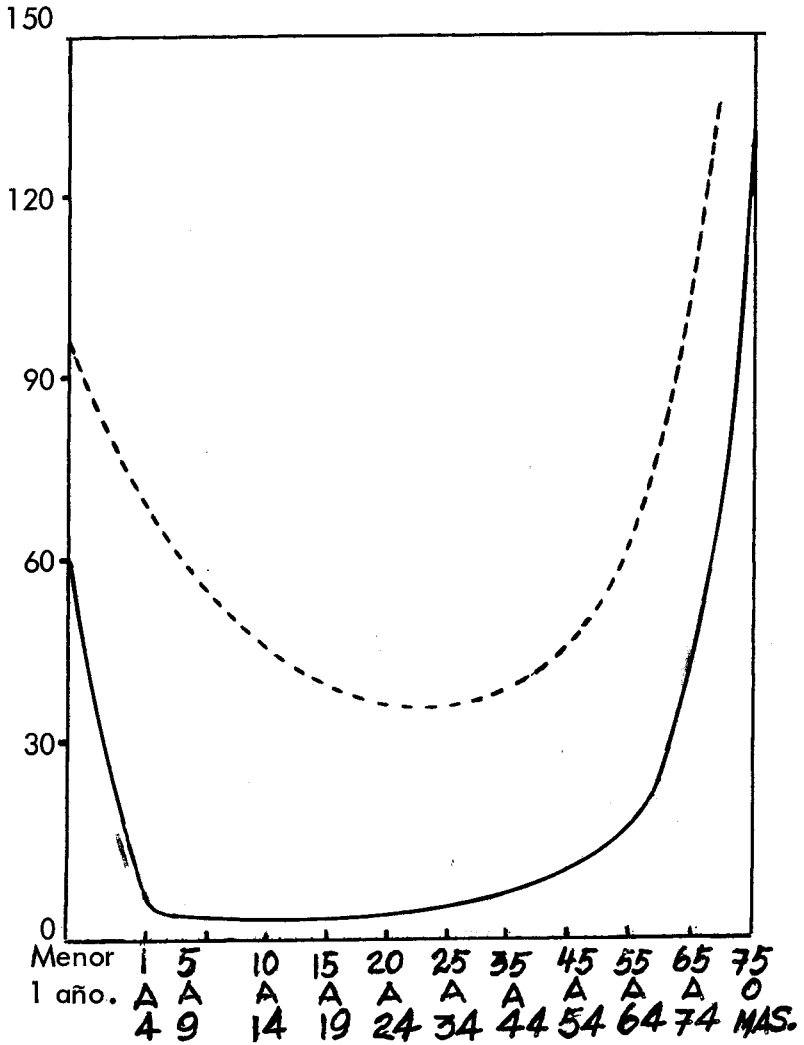
DEFUNCIONES DE NIÑOS DE 1 a 4 AÑOS POR 1 000 HABITANTES (1956)



OPS-OMS
Pub. Var. 63
1961

GRAFICO No.6

NUMERO ANUAL DE DEFUNCIONES POR MIL HABITANTES, AGRUPADOS POR EDAD.



——Línea continua: EE.UU.
-----Línea interrumpida: Guatemala
I.D.E.S.A.C., 1963.

GRAFICO No.7

CAPITULO IV

EXPLOSION DEMOGRAFICA Y PLANIFICACION FAMILIAR

Interrelación de los programas médicos con los otros programas de desarrollo.

Es evidente que un país en desarrollo, aun no saturado y que tiene una población joven, vive en un estado mental que induce a pensar que nada hay tan importante como el programa de salud y de atención médica que permita construir la base demográfica del futuro. Esto no puede ser posible.

Una intensiva campaña de salubridad divorciada de una programática integral de desarrollo no sólo está condenada a fracasar, sino que de triunfar,—bajando los índices de mortalidad, podría condenar a gran parte de las vidas ahorradas por la medicina, a una hecatombe colectiva en toda la nación.

No sólo la educación es un programa intimamente relacionado con los planes de salud y atención médica. Debe recordarse que la base de la salud es la alimentación correcta y que un promedio de 3 000 calorías diarias proporcionadas por una dieta equilibrada son la base para un estado de salud compatible con el trabajo, además de ser una garantía de mayor sobrevida. Esta dieta básica depende de la producción y distribución de alimentos y relaciona a la medicina con la agricul—

tura y la política, así como los problemas derivados de la capacidad adquisitiva de la moneda y los salarios, - Igual interdependencia pudiera hacerse notar entre los programas de salud y los planes de construcción de vi— viendas o la manufactura y distribución de vestuario. - Así la medicina social integral no puede ser un progra ma independiente, sino parte integrante de una acción conjunta destinada a mejorar el destino del hombre.

Mientras la América Latina tropical esté casi inte gramente en la etapa III de la clasificación de la O. - N. U. al no variar las cifras de natalidad y mantener- se el descenso de la mortalidad, se puede augurar para el año 1980 una población mundial de 3 990 millones - de los cuales 240 estarán en la América Sajona y 337 - en la América Latina.

Si la región tropical de la América Latina tiende - hacia el grupo IV de la clasificación de la O.M.S. y la región templada tiende hacia el grupo V. La pobla ción predecible para 1980 será de 207 millones en la - América Sajona y 280 millones en América Latina; es fácil pensar el problema que representará para la Amé- rica Latina alcanzar a 337 millones en 1980 (nivel al- to de predicción) con una distribución por edad propia de población joven. Ello significa una vasta región - del mundo condenada a miseria e improductividad rela tiva con alto porcentaje de analfabetismo. Si el decli nar de la mortalidad del niño y del adolescente trae co mo consecuencia la disminución de la natalidad, como ha ocurrido siempre, la zona tropical tenderá al grupo IV y la zona templada tenderá al grupo V y estos cam- bios traerán como consecuencia un aumento menor de -

población total cuyo límite más bajo se ha calculado - en 280 millones, pero con una distribución por edad - que facilitará su salida del mundo subdesarrollado.

La medicina al menos como al comprender los fe- nómenos demográficos a los que está unida en parte, al menos como factor causal, debe participar en ellos y - es en esto donde obtiene una ventaja importante sobre la organización médica basada en la libre empresa y la caridad. Como medicina estatal estará en condiciones de dar mayor importancia a aquellos problemas que in- fluyen en mayor grado en el desarrollo demográfico fa- vorable del país. Sólo una medicina organizada estará en condiciones de convertirse en una empresa que cui- de el destino de la población para darle las posibilida des de desarrollo más favorables a la vida de cada uno de los componentes de la colectividad. Si los estados planean el desarrollo económico y cultural de sus pue- blos, no se ve razón para que no planeen también su - desarrollo demográfico, tan íntimamente unido a los - programas de atención médica.

El aspecto socio-económico y la salud pública.

Basta anotar que la tendencia universal a utilizar la Salud Pública como motivo primerísimo, aunque sea de simple enunciación, en todos los programas políti- - cos significa el reconocimiento de la inadecuada condi ción actual de la vida de la mayoría de las gentes y - del valor de la salud como factor de evolución humana.

La práctica rural que abogamos en este estudio - siempre tendrá su fundamento, en el supuesto de que su propósito primordial es la creación de capital humano, y cuanto menos, la conservación y fortalecimiento del mismo. Tan cierto resulta esto, que Quetelet en 1835 puntualizaba: "En sus primeros años, el hombre vive a expensas de las sociedades; contrae una deuda que ha de satisfacer en su vida, y si muere antes de conseguir pagarla, su vida habrá sido una carga en vez de un beneficio para los conciudadanos".

...Hoy, en la sexta década del siglo XX, la Sociedad Económica Americana ha dicho: "Las inversiones en capital humano explican en parte el alza impresionante de las ganancias reales por el trabajador"; .....pero, la inversión en seres humanos rara vez se ha - incorporado a la economía considerada como disciplina, y en Latino América es probablemente menospreciada y descuidada.

A veces se expresa la idea de que un aumento en- el nivel y diversificación de la actividad económica - redunda necesariamente en la mejoría de las condiciones de salud. Sin embargo, nos atrevemos a opinar que el mejoramiento de las condiciones de salud, no sólo - es deseable en sí mismo, sino que constituye un requisito esencial previo al crecimiento económico y debe formar, por lo tanto, parte esencial de los programas de - desarrollo integral de la región.

Todo el mundo reconoce la relación existente entre la salud y la producción; la baja producción de bienes y servicios, significa salarios inapropiados y éstos a

su vez, tienen por resultado una dieta deficiente, una educación insuficiente, y alojamiento inadecuado, estos factores contribuyen a la aparición de enfermedades y tienen como consecuencia la reducción de la energía humana con lo que continúa el ciclo de la baja producción.

El tratamiento de las enfermedades exige altas inversiones en atención médica en las áreas donde la incidencia de las enfermedades es elevada, quedan pocos fondos para los gastos de medicina preventiva, y los trabajos de salud pública. Sin la aplicación de medidas preventivas, las enfermedades continúan extendiéndose o desarrollándose, por lo tanto, el círculo vicioso de la enfermedad y la pobreza prosigue y hasta - puede alcanzar mayor fuerza.

Ningún país por excelentes que sean sus condiciones sanitarias y económicas, puede prevenir completamente por sí mismo, la propagación de las enfermedades, pues ninguna enfermedad queda limitada por las enfermedades de sus vecinos y de los ciclos económicos que influyen en ellas. El reconocimiento de estos hechos, hace aumentar día a día la importancia de la coordinación internacional de los programas de erradicación y control de enfermedades y también de los programas destinados a establecer servicios de salud pública fuertes y eficientes.

El éxito de los programas de Salud Pública está,- pues, tan estrechamente relacionado con las condiciones socio-económicas, que muchos de ellos no pueden

ser plenamente eficaces sin un mejoramiento concomitante de las condiciones generales de vida. Opinamos en consecuencia, que debe ponerse especial interés en que la ejecución de las actividades de Salud Pública formen parte de un programa más amplio de desarrollo-económico-social.

Explosión demográfica.

La Organización de los Alimentos y de la Agricultura (FAO) ha establecido, por medio de estadísticas, que los dos tercios de los habitantes de la tierra, aquellos precisamente en los cuales la cifra de crecimiento demográfico es más elevada, se verán subalimentados con carácter permanente. Para hacer frente a las necesidades más urgentes, sería menester "un milagro" que hiciera aumentar la producción mundial en un 25% instantáneamente. Si se excluye este "milagro", será menester un crecimiento anual medio y continuo del 2% de la producción alimenticia durante 30 años, para poder seguir el crecimiento demográfico. Pero en las condiciones actuales y en especial en países en vías de desarrollo como Guatemala, no se puede pensar en esa eventualidad, en virtud de la inseguridad política, dificultades de difusión y de aplicación generalizada de los conocimientos técnicos.

Así pues, la penuria alimenticia se acentúa de manera regular. En un mundo en que se pretende conseguir la elevación de los niveles de vida, estos tienen una tendencia casi irresistible incluso a disminuir, y sobre todo allí en donde son ya los más bajos.

Actualmente estas dos terceras partes disponen de una ración diaria de menos de 2 700 calorías; una de las consecuencias de este hecho, es que la geografía del hambre nos muestra en estas regiones, una esperanza de vida de marcado contraste con los países capitalistas...

Agreguemos, además, que el propio régimen capitalista, en virtud de sus estructuras financieras, frena muchos esfuerzos destinados a aumentar en cantidad y calidad los alimentos para estas regiones hambrientas; llegándose en casos inauditos y criminales hasta a sacrificar en el mar o las llamas, los excedentes de cosechas excepcionalmente abundantes, para evitar el descenso de las cotizaciones económicas que menguarían las ganancias leoninas de los grandes trusts comerciales.

Por la voz de Pio XII, la Iglesia ha denunciado esta situación anormal: "De una parte, la producción agrícola amenaza de verse limitada por falta de rentabilidad mientras que, por otra, se comprueba en pueblos enteros la subalimentación y la pobreza más aguda. El remedio es menester buscarlo en la dirección de un estímulo y de una estabilización racional de las relaciones económicas y humanas de los pueblos. Un cierto número de economías nacionales no han logrado desarrollar armoniosamente las posibilidades de producción que la naturaleza les ha dado".

Optimo de población y espacio vital.

Si bien es cierto que en el siglo XIX la expansión demográfica se vió acompañada por una gran prosperidad económica, en cambio, hoy en el si-

glo XX, la mayoría de los expertos considera que un fenómeno análogo acarrea la miseria. Ya no se habla de otra cosa, sino de las peripecias que trae consigo la superpoblación; de allí la pregunta obligada: Qué densidad se debe considerar, en condiciones determinadas, como la más ventajosa?

Si se fija como fin supremo de la actividad económica la satisfacción de las necesidades materiales del hombre, el nivel de población óptimo sería aquel que procurara el máximo de renta, aquel en que los factores de enriquecimiento actúan en toda su plenitud.

Para nosotros no puede aceptarse ese óptimo más que con relación a una norma moral. El valor y la prosperidad de un pueblo residen no en la acción ciega de una multitud confusa, sino en la organización normal de las familias sanas. El espacio vital de una nación es función de la demografía. Comprende las tierras indispensables para la producción de las subsistencias de una población dada. Actualmente parece ser inaceptable la invocación del espacio vital que tanto los norteamericanos, japoneses, alemanes y rusos han hecho en diversas épocas, pues lo han proclamado desde el punto de vista nacional; nosotros lo justificamos únicamente desde el punto de vista familiar, y en este sentido lo consideramos inviolable. Es la familia y no la nación la que tiene derecho a él. Es menester abordar de frente y ampliamente el deber de dar a todas las familias en su unidad natural, moral, jurídica, económica, un justo espacio vital que responda modesta pero suficientemente a las exigencias de la dignidad humana.

Política de población dirigida.

Hay dos políticas a este respecto: los que creen que sus naciones están sub-pobladas, que tratan de desarrollar la prosperidad o de fomentar la potencia, recurriendo a llamamientos sentimentales, estímulos, amenazas o coacciones, para que las familias aumenten el número de la prole. La Ley Penal castigaría severamente a cuantos vulneren directa o indirectamente los imperativos de la natalidad, especialmente si preconizan el empleo de métodos anticoncepcionales o procedimientos abortivos. Por el otro lado está la política de los que piensan encontrarse en áreas de super-población, siendo por supuesto completamente a la inversa. Un ejemplo moderno lo encontramos en las órdenes del Alto Mando Norteamericano en Japón en 1945, que han recomendado que se intervenga en la vida demográfica de los pueblos para racionalizarla en cierto sentido. Esta racionalización consiste en la regulación de los nacimientos (birth control). En este caso no sólo no se prestaría apoyo a las familias numerosas, sino se trataría de reducir deliberadamente, en el matrimonio y fuera de él, el aumento de los nacimientos. Se admitiría oficialmente el aborto hospitalario no terapeútico como medida de salubridad pública y con el concurso de los poderes públicos se organizaría toda una propaganda anticoncepcional.

Nosotros no podemos ver con indiferencia los infinitos males que engendra en la actualidad el desequilibrio entre una población creciente a un ritmo gigantesco frente a las subsistencias disponibles. Pensamos en las consecuencias de la pobreza y sobre todo de la mi-

seria. Para ciertas familias, ello constituye una muerte de todos los días y de todos los instantes; una muerte que, en particular para los padres, se multiplica por el número de personas queridas a las que ven sufrir y languidecer. Entre tanto, las enfermedades se agravan por la carencia de los cuidados necesarios; las enfermedades se ensañan especialmente en los pequeños, porque faltan los medios capaces de prevenir aquellos. Agréguese a todo eso la debilidad y, por consiguiente, la inferioridad física de generaciones enteras, la falta de educación y de instrucción de grandes masas de la población, los malos hábitos y los no menos graves tradicionalismos.

Nosotros no podemos sino criticar los dos sistemas de la política de Población Dirigida que ya hemos enunciado anteriormente. A los poblacionistas se les debe censurar acremente porque consideran el hombre como un medio y no como un fin y porque no conceden el debido respeto a los valores espirituales, pues en la práctica se ha visto que esa política ha degenerado en verdaderos centros nacionales de reproducción. Es una hipocresía que trata de disimularse, tras de la tesis que considera la proliferación como factor de productividad.

Así como tampoco pdemos admitir el totalitarismo que reduce al hombre a que sólo sea un peón en el juego político o bélico, o una cifra en los cálculos económicos.

Así vemos que en ciertos estados se coadyuva por razones puramente políticas al incremento de la pobla-

ción, actitud nada desinteresada, ni moral como se ha querido suponer. El Estado necesita soldados para sus ejércitos, y ejércitos para la eventualidad de una guerra. Las grandes naciones han rivalizado, por eso, en sus estímulos al matrimonio y a la fecundidad en las familias. "Hay que pensar con repugnancia" dice Marañón, "en aquellas patrióticas medidas que las naciones europeas: Francia, Alemania e Inglaterra, tomaron a principios de siglo para fomentar la natalidad. Si tuvieron alguna eficacia los esfuerzos de las pobres madres, sólo sirvieron para aumentar los blancos ante las bocas de los cañones cuya fabricación fomentaban los Jefes de Estado y los Intereses Económicos Internacionales, con igual empeño al de los nacimientos".

Otro ejemplo interesante lo tenemos en este titular de la gran prensa italiana "Giornalle D'Italia", vocero de la política gubernativa en 1940 que publicó : "Cunas vacías significan menos soldados" al comentar y aplaudir medidas contra la soltería.

Ahora, hablando en términos estrictamente económico-sociales es realmente interesante lo que acertadamente afirmaba Carl Marx: "el régimen capitalista estimula el exceso de la población por que le interesa que abunden los trabajadores para qué así bajen los salarios; y que, a su vez, la clase proletaria que vende su trabajo para sustentarse, tienda a aumentar la única producción que puede realizar por su propia cuenta: el número de hijos para llevarlos al trabajo".

También denunciamos la política inspirada en el espíritu malthusiano, puesto que es únicamente un testimonio de un verdadero miedo frente al crecimiento no

sólo de los hombres, sino de las riquezas de la producción. Es una solución evidentemente egoísta y hasta cierto punto inepta; pretende el monopolio de lo existente entre los actuales y se declara incapaz de afrontar el problema que consiste precisamente en la causa fundamental de la escasez de medios de consumo: la mala distribución de la propiedad, de los recursos y de la riqueza.

El fenómeno del aumento de la población es el producto de la acción combinada de factores extremadamente complejos y de orden demográfico, social, económico y político. Por eso la solución que pretendiéramos preconizar deberá basarse, necesariamente en un método que los englobe todos. Ningún método puede ser susceptible de suministrar indicaciones positivas si se aplica nada más a uno de los factores.

He aquí porqué, tanto por razones filosóficas como morales, debemos descartar en principio, la solución unilateral demográfica preconizada por Thompson y Notestein del Comité de Expertos de la O.N.U., y según la cual "el control de los nacimientos" sería el único remedio para las regiones de elevada presión demográfica.

El debate de las cuestiones eugenésicas, como el de los demás problemas sociológicos, no puede situarse únicamente en el plano teórico-doctrinario. Su enjuiciamiento debe fundamentarse también en la realidad social de cada pueblo; de ahí los peligros de la generalización en esta clase de temas. Una institución social puede ser o no aceptada desde el punto de vista

de la doctrina e impugnada en su posible aplicación a determinado país. Tal ocurre entre otros casos con el problema de la regulación científica de la natalidad o planificación familiar.

Lejos de todo romanticismo irreal debemos comprender que el estudio adecuado de las relaciones entre la densidad de la población y los medios de subistencia debe tender a desenvolverse en un plano de cooperación regional (o mejor mundial) y nunca sólo local.

Pero ninguna solución podrá ser considerada como aplicable a la justicia y a la verdad, si aquello no tiene en cuenta el valor sagrado e intangible de la vida humana y si desdeña el respeto de las normas que presiden su transmisión bien ordenada.

El caso del Japón.

De todos es conocida la campaña antinatalista desarrollada en Japón despues de la segunda guerra mundial. El Japón había avanzado más rápidamente que los otros pueblos asiáticos. Este desarrollo socio-cultural había jugado como factor importante en la disminución de la natalidad, a juzgar por las cifras: 34.8 por mil en 1920 contra sólo 25.5 por mil en 1939. En las ciudades se produjo una mayor baja en la natalidad.

Después de la guerra, la natalidad pareció remontar. El Japón había perdido parte de su territorio y los gastos de guerra habían sido fuertes. Si la natalidad

se elevaba, el hambre hubiera cundido por todas partes. El 28 de junio de 1948 se promulga la "ley de protección eugenésica" autorizando la esterilización y el aborto. En esa misma época se crea el Instituto de Contraconcepción Nijon Ninshinchosetsu Kenkyusho. Todo este conjunto constituye la política antinatalista más grande registrada en la historia de la humanidad. Los resultados no se hacen esperar, las cifras son elocuentes al respecto.

Año	Nacimientos.	Abortos Oficiales	Tasa de Natal. x mil
47	2 678 792	---	34.3
48	2 681 624	---	33.4
49	2 696 638	246 104	33.2
50	2 337 507	498 111	28.3
51	2 135 000	636 524	26.5
52	2 005 000	798 193	23.5
53	1 862 000	1 068 066	21.5
54	1 765 000	1 143 059	20.1
55	1 727 000	1 170 143	19.4
56	1 660 000	1 150 288	18.4
57	1 560 000	1 150 000	17.2
58	1 600 000	---	17.1

En 10 años la natalidad bajó a la mitad: de 33.4 en el 48 a 17.2 en el 57; pero no han sido las medidas anticonceptivas, han sido los abortos los que han provocado esta baja en la antalidad, ¡en ese mismo año

de 1957 encontramos que los abortos son casi tantos como los nacimientos: 1 570 000 nacimientos contra 1 150 000 abortos oficiales. Y cuantos más se harían extraoficialmente!.

Además hay que tomar en cuenta que Japón para 1948 conocía un nivel socio-cultural general que permitió la aceptación de la campaña.

Consecuencias sociales de los métodos anticonceptivos.

Esto nos lleva a deducir una consecuencia fatal para el progreso: si los métodos anticonceptivos no dan resultado sino en un medio social con cierto nivel socio-cultural y económico, a la vez el hecho de propagar estos métodos y el ponerlos en práctica en nuestros pueblos todavía en vías de desarrollo, no hará sino limitar los hombres posibles para el desarrollo nacional. Si las masas rurales son afectas a la natalidad y las ciudades limitan los hijos, podemos llegar a este fenómeno: o bien que las masas rurales permanezcan indiferentes a la vida urbana, o bien que éstas se lancen sobre las ciudades en busca de trabajo y formen así alrededor de las ciudades suburbios donde la natalidad permanezca siempre elevada.

Hay ciertas cosas que trastornan aún más el desequilibrio demográfico, como los adelantos médicos, bajos índices de mortalidad, adelantada legislación social, un complejo mecanismo de planeamiento o los resultados finales del desenvolvimiento económico en los

países que se inician en la industrialización. Así tratados, esos frutos del desenvolvimiento económico, acaban deteriorándose y llegan hasta a perjudicar el propio desenvolvimiento. Trasplantándose los programas médicos aisladamente, se aumenta la población antes estacionaria, en lugar de elevar el standard de vida per cápita; en la misma forma, trasplantándose una legislación social avanzada ésta permanece como letra muerta y se vuelve francamente insensible al desenvolvimiento.

En estas condiciones, para conseguirse en los países en vías de desarrollo el efecto inmediato de un proceso seguro, se hace necesario mejorar la nutrición y las condiciones de salud, lo que reducirá la tasa de mortalidad. Esto resulta en aumento de la población, la cual consumirá el aumento de la producción sin dejar lugar para abastecimientos. Teniéndose en cuenta la experiencia de los países industrializados, es muy probable que un desenvolvimiento seguro y la industrialización reduzcan el índice de natalidad, abriendo así fuentes de abastecimiento. Nunca se llega a esta venturosa etapa, porque el efecto inmediato de los pequeños progresos es lanzar al país subdesarrollado, nuevamente al punto de partida. El desenvolvimiento en tales condiciones es como subir por una escalera rodante que se mueve hacia abajo; si podemos salir de la posición original, conseguiremos dejar la escalera y caminar hacia el frente sin dificultades; pero en cuanto estuviésemos en la escalera otra vez, nos encontraríamos impedidos de conseguir libertad de acción.

Los términos del problema. Como decíamos antes,

según las estadísticas de la FAO, dos tercios de la humanidad están subalimentados; de cada 5 hombres, uno solamente recibe la ración mínima normal de 2 500 calorías.

Este término "subalimentado" hay que entenderlo. Es muy fácil repetir, pero es más difícil analizar y ponderar. En 1952 Lord Bayd-Orr apoyado en estadísticas de la FAO afirmaba que "una vida entera de subalimentación y de verdadera hambre es la condición actual de dos tercios de la humanidad". La frase se hizo célebre, aunque por supuesto no hay que confundir que se esté muriendo de hambre a decir que dos tercios de la humanidad tiene un régimen alimenticio monótono y uniforme, aunque suficiente para satisfacer las necesidades fisiológicas. Pero en el caso concreto de Guatemala, en que esta monotonía involucra el comer día a día una dieta cuantitativamente aceptable pero cualitativamente deficiente (frijol, maíz y café), nos vuelve de nuevo hacia la verdad de Lord Bayd-Orr. Mundialmente el aumento de la población es ostenciblemente alarmante, de unos 545 millones de habitantes en 1650 ha subido a unos 3 000 millones en 1964.

Según los estudios de ténicos de la ONU en 1980 habrá unos 3 628 millones; para el año 2000 habrá unos 4 800 millones y para el 2025 unos 6 000 millones. Ante estas cifras de hambrientos o desnutridos, ante una población mundial que aumenta más y más, no han faltado quienes justificadamente hayan manifestado su alarma y temor de que "la tierra no pueda alimentar más hombres". Otros, por el contrario, considerando las riquezas naturales inexplotadas, la inmensidad de los mares, las posi

bilidades técnicas contemporáneas, sostienen que la tierra puede alimentar muchos más habitantes. Si todo el globo estuviera habitado como Holanda, con una densidad de 340 habitantes por Km.^{2}, y el desarrollo industrial, cultural, agrícola y comercial fuera el mismo que en Holanda, la tierra alimentaría a 28 mil millones de habitantes. Es decir, 10 veces la población mundial actual.

A escala nacional, podría exponerse que el problema se ha planteado, no por el análisis estadístico de la población, sino por la lectura de publicaciones extranjeras que tratan con frecuencia este asunto. Hay al respexto una propaganda mundial que es muy fuerte y divulga por todos los medios la idea del control de nacimientos.

Si analizamos el aumento demográfico de la población, no hay duda que hay razón para preocuparse. La medida del aumento mundial es de 1.5 por año; Guatemala aumenta con una tasa de 3.2 por ciento, lo que hace que la población se duplique en menos de 25 años.

Conciencia del problema.

Para que un hecho concreto venga a representar un problema en un medio determinado, es necesario que haya en el medio conciencia del problema. Y puede haber problemas nacionales, regionales o locales que sean conocidos por los especialistas en tal o cual rama del saber científico o cultural, pero desconocidos

en la nación región o localidad, y entonces no tenemos problema social propiamente dicho. Al buscar su solución, tenemos que contar con las actitudes y reacciones del medio, y ese medio tiene que estar presto a responder ante el problema. De ahí la importancia que se da en los estudios sociales a la información de los medios de difusión del pensamiento. Y qué sucede con el problema de natalidad en Guatemala? Podemos decir que conocemos en su totalidad los términos del problema? Podemos decir que hay conciencia en el medio nacional? ....No es aventurado sostener que hay medios sociales donde la tasa de natalidad nacional comienza a inquietar, que hay hogares de estos mismos medios donde se busca limitar los hijos, pero sería aventurado sostener que esto constituye en la actualidad un problema social nacional, ni mucho menos el problema social por excelencia.

Control de Superpoblación.

Los estudios de los técnicos de la O.N.U. llevan a dividir el mundo de hoy según su fertilidad y mortalidad, en cinco tipos bien diferenciados.

I. Natalidad alta y mortalidad alta.

II. Natalidad alta y mortalidad todavía alta, pero declinante.

III. Natalidad alta y mortalidad en franco descenso.

IV. Natalidad en declinación y mortalidad baja.

V. Natalidad baja y fluctuante y mortalidad baja.

La simple observación del mundo permite concluir que la clasificación no es rígida en el sentido de condenar determinadas poblaciones a un tipo fijo de mortalidad y natalidad, y es en esto precisamente donde radica el interés del estudio de los problemas socio-demográficos de una nación. El tipo I que fue prácticamente universal en el pasado, es hoy sólo propio de algunas regiones del centro Africano; en tanto que el tipo V caracteriza a la población del este Europeo y Estados Unidos. La evolución del tipo I al tipo V se produce a través de sucesivas etapas intermedias cuya velocidad de cambio fluctúa en cada región según los recursos disponibles. El mantenimiento de condiciones - como las del tipo II lleva fatalmente a la población de tipo III y el caos que una natalidad alta con mortalidad baja tienen que producir con el riempo, induce, - tarde o temprano a la declinación de la natalidad y por lo tanto a la etapa IV y luego a la V de la clasificación de la O.N.U. La curva que describe el fenómeno no puede ser por tanto un crecimiento exponencial, pues aunque presente esta característica mientras es tipo III, fatalmente llega a ser IV, y entonces el crecimiento tendrá una forma menos exagerada de la que demostró en el período anterior.

Las características de natalidad y mortalidad de cada uno de estos cinco tipos no representan fenómenos - aislados de los factores económicos; por el contrario,- podría pensarse que son dichos factores los que comandan el paso de un tipo de población a otra, y que al -

mismo tiempo se ven fuertemente influídos por las características de la población en que se presentan. El trabajo es uno de los elementos que da riqueza y por ende provoca un fenómeno económico que a su vez influye en la natalidad y la mortalidad de los grupos humanos en forma tan compleja que suponer una primicia a las características de la población sobre los fenómenos económicos o viceversa, sería similar al viejo dilema de la prioridad del huevo o la gallina.

En la clasificación señalada existe el tipo III como ejemplo de crecimiento máximo (Guatemala) y los- tipos I y V como ejemplo de crecimiento mínimo, (Africa Central y Francia respectivamente), siendo los tipos II y V etapas intermedias. Por lógica podríamos - pensar que las poblaciones estabilizadas en su crecimiento (I y V), son grupos humanos saturados (equilibrados con su propio recurso); pero mientras la población - de tipo I está caracterizada por un equilibrio desfavorable que le produce una alta mortalidad, la población - de tipo V tiene un equilibrio favorable que da como resultado una mortalidad baja.

Ahora bien, si la mortalidad baja es el objetivo de la medicina, no es difícil concebir entonces que la medicina socializada, mire a la población de tipo V como la más favorable, por consiguiente, debe tender a impulsar todas las medidas que provoquen en la forma - más rápida posible, la evolución demográfica que ha - de terminar en este tipo de población, el cual una vez alcanzado, debe ser mantenido para impedir la regresión a etapas desfavorables.

Superpoblación.

Ante el hecho inevitable de tratar de reducir la mortalidad a todos los niveles y al mismo tiempo, tratando desesperadamente de alargar lo más posible la existencia de la vida es innegable que tarde o temprano nos encontraremos con el problema de la superpoblación en algunas regiones.

El enfoque del problema nos lleva a linderos nunca antes previstos. Limitar la duración media de la vida es absurdo pensamiento. No buscar empeñosamente su máxima duración también, ambos atentan contra la misma razón de ser del vivir; de venir al mundo.

Ninguna vertiente de la ciencia, y la medicina menos que otras, se convertirá en cómplice o en procuradora de la muerte.

Toda existencia iniciada conlleva el derecho de lograrse para satisfacción de previsiones impuestas por un orden sobrenatural, hasta cuando éste la juzgue cumplida o realizada.

La cuestión se plantea entonces, en una otra posibilidad: hasta cual punto tiene el ser humano albedrío para determinar nuevas vidas? Aquí, medicina, política, ética, sociología y religión deben resolver.

Regulación de la prole o planificación familiar.

Son fácilmente deducibles las implicaciones de ca

rácter económico que supone el rápido crecimiento demográfico, tanto a nivel nacional, como a nivel familiar; sobre todo para los países en desarrollo.

Los descubrimientos científicos y la mentalidad inherente a ellos desde su origen, han inclinado cada vez más a los hombres a labarse y dirigir su propio destino. Consecuentemente el hombre se ha inclinado progresivamente a una limitación de nacimientos por los medios que le han parecido más oportunos. A la reducción de la morbilidad y mortalidad ha seguido la reducción de la natalidad. En Europa los nacimientos han bajado en menos de un siglo de más de 30 por mil al 15 por mil. En Japón de 1947 a 1957 descendió de 34 por mil al 17 por mil. Los medios principales han sido el aborto y la anticoncepción.

Tres hechos ligados históricamente unos a otros, son la causa de esta situación: reducción de la enfermedad y por lo mismo de la mortalidad, creciente deseo de planificar las dimensiones de la familia y la evolución de las poblaciones, reducción creciente de la natalidad por el aborto y la anticoncepción.

En términos generales no nos parecen adecuados todos estos medios, y debemos oponernos a una civilización anticonceptivista por lo nefasto que han resultado todas las políticas engendradas alrededor de un "anti", concepto eminentemente negatorio.

Pero hay otros hechos importantes: los progresos de la fisiología abrieron ya hace treinta años una nueva vía para la regulación de la fecundidad. En vista de los nuevos descubrimientos científicos y de una ma-

yor educación conyugal que hacen cada vez más accesible la continencia periódica, tenemos ante nosotros una amplia posibilidad no justamente apreciada.

Estos datos nuevos obligan a una profunda reflexión. No basta condenar los medios que nos parecen inmorales o alegrarse de que las familias numerosas no los hayan empleado. Hoy disponemos de medios lícitos, y es pues, el momento oportuno para preguntarse cuál es el valor intrínseco de una regulación, e incluso, limitación de los nacimientos. Valor que si fue siempre vigente, hoy es de un alcance práctico mucho más considerable.

Aunque se sale bastante del tema principal de este trabajo, es indudable que en la solución del problema que nos aqueja en este capítulo, es necesario alguna consideración sobre el matrimonio.

Es de capital importancia que los esposos sientan profunda fé en esta vocación: la procreación y educadión de la prole responsables.

Una moral mal llamada tradicional, ha insistido demasiado en los derechos del varón, que se hacen desorbitados en una civilización erótica. Hay que recordar también los derechos de la mujer: derecho del organismo femenino al reposo necesario -espaciando e incluso evitando los embarazos definitivamente-, y esto no falsamente como sería el adulterio o el método anticonceptivo, sino por la voluntad y dominio del varón y dentro de la misma armonización de las relaciones conyugales.

Acerca de las relaciones conyugales es todavía más importante una doctrina clara sobre la fecundidad. Tradicionalmente siempre se ha mostrado una gran estima por la generosa transmisión de la vida. Pero el acento de esta estima recaía sobre la transmisión sin fraude de esta vida.

Hoy día el problema no puede seguir tratándose enfocado desde el mismo punto de vista. No se trata de saber si hay que desear muchos hijos, sino de si hay que desearlos sin más, por ellos mismos. Esto último parece ser lo más racional, pero entendiendo claramente que el "más posible" de los hijos, no debe entenderse fisiológicamente hablando, sino humanamente. Tener el coraje, la salud, y los medios materiales convenientes para poder sostener los hijos, sería la recomendación.

Esta cuestión es además muy grave para los países en que la masa ni está todavía educada para una procreación deliberada, reflexiva y responsable; ni lo estará a corto plazo; como es el ejemplo de Latino América, Africa y Asia.

En nuestra sociedad, hecha de seguridad bajo todas las formas, debemos felicitarnos de que existan pioneros, eclesiásticos o laicos y también padres de familia, que confíen en los recursos que la providencia ha puesto en ellos; pero tenemos que felicitarnos también de que los progresos de la ciencia médica permitan reducir lo que haya de azar, de resignación, de riesgo excesivo en la procreación. Vemos así directrices de Pío XII y del Cardenal Suenens estimulando a los científi-

cos en la búsqueda de soluciones para aceptar toda aportación valiosa de donde quiera que venga.

Importa además que estos progresos se extiendan a la masa total de matrimonios de toda índole cultural y social.

Por supuesto todavía hay quienes se preguntan si la contienencia periódica, con el control de la ovulación por medio de la temperatura basal o por instrumentos como el Fertitestor que funciona según la reacción de acidez de la vagina, u otras formas morales de regular la fecundidad, pueden ser practicadas de manera eficiente por gente sin instrucción y con un régimen de vida aparentemente ametódico. Muchos cristianos (sacerdotes, médicos, padres de familia) dudan en indicar espontánemente este camino, y, a lo más, ven en él una salida de emergencia para los casos difíciles. Pero es necesario adelantarse a formar a los futuros matrimonios y a los pueblos de concepciones tradicionales. Hay que tener el coraje de predicar el deber de una paternidad responsable y reflexiva. Generalmente estos círculos se han puesto completamente a la defensiva en esta materia, respondiendo violentamente a la propaganda agresiva en favor del aborto, la anticoncepción y la esterilización.

Países con ambientes poco instruídos como Francia y Canadá han demostrado que es posible la formación para una procreación reflexiva y generosa, que respete las normas morales.

Sugerencias.

De carácter individual:

La necesidad de una programática positiva, apoyada en una seria información, se agudiza en los países que experimentan un notable cambio en sus condiciones demográficas y un rápido crecimiento de la población: Guatemala y resto de Latino América.

Es necesario la capacitación de dirigentes sociales y religiosos en los problemas demográficos y en los problemas morales y sociales adjuntos. Son necesarios centros de investigación para poder influir ante las autoridades respectivas. Esta operación es de gran importancia; y, desde un punto de vista socio-económico es una inversión rentable a corto plazo. No hacer esto es dejar al Cristianismo inerme en materia de familia y población.

De carácter social:

Una visión realista no puede ignorar la dimensión social de los problemas sociales que estamos abordando. Hay que tener en cuenta que la vida social de nuestros días es poco favorable al ideal conyugal que nos dictan las normas religiosas. Es por esta razón que se hace indispensable emprender una acción vigorosa si no queremos ver esterilizados los esfuerzos en nuestra superación integral. Esta acción la exigimos hoy!. "Mañana será demasiado tarde". Los Gobiernos, la Iglesia, y los dirigentes en general serán los responsables.

Las medidas que pueden asegurar a la población del mundo los suministros alimenticios necesarios son las siguientes: a) perfeccionamiento de las técnicas de la producción agrícola; b) cultivo de las tierras incultas; c) libre acceso a las materias primas; d) traslado o cambios racionales de la población; d) utilización económica de la energía nuclear; y e) razonable planificación familiar.

Métodos de regulación familiar.

1) Píldoras.

El Dr. John Rock, católico practicante, en su libro "Ha llegado el momento" manifiesta estar de acuerdo en que "es necesario, en ciertas condiciones impedir la concepción. Las diferencias con distintos puntos de vista, se reducen a los métodos a emplear. El método empleado debe ser natural. No nos oponemos al principio de la regulación de la procreación, aunque esta posición no ha sido comprendida por mucha gente, -incluso clérigos-, que siguen creyendo que la obligación principal del matrimonio es la reproducción ilimitada de la especie, sin considerar peligros físicos o problemas económicos y sociales".

La Iglesia católica reconoce dos fines en las relaciones sexuales maritales: la perpetuación de la especie y la satisfacción física que complementa el amor y afianza el matrimonio. Al reconocer el método rítmi-

co, acepta que puede haber satisfacción física sin reproducción; así mismo las "píldoras" anticonceptivas, no hacen sino complementar la función limitadora natural de los órganos reproductores femeninos al aplazar periódicamente la posibilidad de fecundación durante el período de la naturaleza concomitantemente anovulatorio, (que ya de por sí era teóricamente infecundo, aunque en la práctica esto no resulta siempre cierto).

El Padre Antonio Nalesso, alta personalidad eclesiástica, titular de la Cátedra de Moral de la Facultad de Medicina de Roma y de la Universidad Católica del Sagrado Corazón de Milán, en punto de vista compartido por el Prof. Nino Passetto de la clínica ginecológica de la Universidad de Roma, acepta el uso por la mujer de ciertas píldoras que no acarrean la esterilización directa, pero que colocan al organismo femenino en un estado de "reposo genital".

Dice el Padre Nalesso: "el miedo al embarazo es una forma de seria neurosis, que impide que los cónyuges mantengan, en el matrimonio, una fecundidad verdaderamente humana. Si la utilización temporal de progestínicos actúa en la mujer como un sedante contra la angustia, no veo cómo se podría hablar en dicho caso de esterilización directa. Si en el pasado se consideró como ilícito el uso de píldoras, sólo a causa de sus propiedades esterilizantes, la oposición contra ese remedio debería "desaparecer".

2) Responsabilidad.

Los Padres Jesuítas Madigan (Filipinas) y D'Souza

(India) expresa la opinión que la Iglesia Católica no desea objetar un programa de información familiar encaminado a una paternidad más responsable en determinadas regiones del globo que atraviesan situaciones socio-económicas difíciles, especialmente por la creciente explosión demográfica. Un programa como este encara la limitación del número de hijos a las parejas de acuerdo a las posibilidades de éstas de educarlos y mantenerlos dentro de las normas de la dignidad humana.- Esta limitación, por supuesto encaminada dentro de las normas moralmente permisibles como las continencias periódicas y el método del ritmo a través del control de la temperatura basal.

a) Contienencia periódica:

Este método por supuesto puede ser todavía más perfeccionado, por lo que un paso inicial sería la investigación exhaustiva del período máximo de fertilidad (cuyo promedio fue establecido en menos de 48 horas por Potter en 1961); la regulación lo más exactamente posible, del ciclo femenino, por medio de hormonas u otros tratamientos adecuados; técnicas dignas de confianza indicadoras del inicio del período fértil, con una antelación de por lo menos 48 horas.

Con una milésima de los fondos que las diferentes fundaciones están gastando en los programas anticonceptivos, se hubieran podido hacer las más minuciosas investigaciones para hacer del método rítmino uno de los procedimientos más seguros.

b) Temperatura basal:

El segundo método, ha sido enfocado en el Canadá a través de la organización SERENA (Servicio de Regulación de Nacimientos) y su título refleja su principal motivo, serenidad en el hogar.

Hace cerca de 8 años, un Ingeniero mecánico Guilles Breault y su esposa Rita, interesaron en el método termométrico para determinar la fertilidad. El método del termómetro basal deriva del hecho de que inmediatamente antes de la ovulación la temperatura corporal de la mujer se disminuye un grado, para elevarse significativamente al día siguiente. Llevando cada mujer un gráfico de su temperatura diaria, ésta puede darse perfectamente cuenta del momento de la ovulación. Este método está dentro del canon moral, que aconseja la periódica continencia a fin de evitar un número excesivo de prole, y que incluso hasta el año de 1957 en la Universidad de Montreal, se seguía exclusivamente aconsejando a los alumnos el inseguro método de Ogino (Japón 1930) y que consistía en la presunción de que todos los ciclos menstruales eran iguales, y en la que se sabe que ciertos días resultan infecundos. La falla consistía en la irregularidad de los ciclos.

Al principio hubo oposición a este método, pues se argumentó que se utilizaba un instrumento para la contraconcepción; otros eran simplemente escépticos.

SERENA inició su actividad en el Hospital de Notre Dame en Montreal, dando cursos premaritales a casados, médicos y confesores. En los primeros tres años sólo 75 parejas habían sido instruídas, pero ya en 1963

habían sido cuatro mil los que llevaban este curso de educación popular en todo Canadá, desde Halifax hasta Vancouver. Existiendo oficinas, en las que no sólo hay equipos de médicos, parejas de casados, enfermeras y sacerdotes para consultas personales, o por escrito; sino en las que también se puede consultar por medios telefónicos.

3) Un método indirecto de tratar de solucionar el problema de superpoblación, sería el de limitar a un mínimo la edad de los contrayentes en los matrimonios, que legalmente se podría establecer en 22 años para los varones y 18 para las mujeres. De esta manera se coadyuvaría a los programas de servicio rural obligatorio (Ver en el Apéndice), al organizar a estos jóvenes solteros en equipos de trabajo de uno a dos años para la reestructuración integral de la nación.

4) Incentivos.

Otro método indirecto de fortalecer un plan de regulación de la prole es con cierto tipo de incentivos o estímulos; un ejemplo de esto sería una hospitalización completamente gratuita, medicinas y alimentos gratis y otros beneficios parecidos a todas aquellas madres cuyo primer niño lo tienen a una edad determinada (ej. 20 años), o que tienen los hijos espaciados de unos tres años. Al respecto se organizarían programas de divulgación y consejo médico, para todas aquellas madres interesadas en estas ventajas.

5) Plásticos flexibles.

Los plásticos flexibles insertados en el cuello uterino se han venido utilizando secretamente, en vías de experimentación y con un éxito inusitado, en determinadas regiones del globo: Brasil, Chile, etc. Su acción es difícil de interpretar, pero parece tratarse de una reacción a cuerpo extraño la que impide la fijación del óvulo al endometrio, no progresando así la gestación. El método es sumamente sencillo y prácticamente con un costo minimizado, lo que le abre inusitadas perspectivas a países pobres y en vías de desarrollo. Los únicos problemas podrían ser: la eventual expulsión del plástico o una indeseable reacción inflamatoria, no bien evaluada todavía.

6) Vacuna.

En algunos otros laboratorios se está experimentando con una vacuna, que según el Dr. Joseph W. Goldzieher (Jefe del Departamento de Endocrinología de la Fundación de Educación e Investigación del Sur-Oeste de EE.UU.) sería la solución ideal. El razonamiento que se ha seguido es que, así como un virus inactivado de Polio es el responsable de la producción de anticuerpos en la sangre capaces de neutralizar una invasión posterior de virus de esta enfermedad, así una inyección de antígenos espermáticos sería capaz de provocar anticuerpos en la hembra que hicieran imposible la fecundidad. Este estado de inmunidad podría ser controlado periódicamente (cada año por ejemplo), mediante exámenes de sangre.

7) Substancias infertilizantes.

Este tipo de substancias aún no determinadas, podría ser incluído en la dieta corriente, así como obligatoriamente se ha dispuesto la iodificación de la sal y la fluorización del agua. De esta manera, sin mayor propaganda y pompa que desnaturaliza el verdadero fin, se introduciría esta substancia para lograr los objetivos perseguidos. Eso si, se debe garantizar la reversibilidad del proceso y su completa inocuidad.

Conclusiones al problema.

Para terminar este capítulo, y con el fin de dejar clara nuestra posición de vanguardia dentro de nuestra propia moral y deontología médica del más puro cristianismo, queremos recurrir a las palabras del Patriarca Máximo de Antioquía, en el 3er. Período de Sesiones del Consilio Vaticano 2°:

> "Debemos ver las cosas tal como son y no como desearíamos que estas fueran. La doctrina tradicional que a este respecto se ha venido sosteniendo, no parece ser sino la psicosis de soltería de personas no familiarizadas con el matrimonio. La cuestión es de tal magnitud, que representa una contraposición entre la doctrina oficial de la Iglesia y la práctica contra-

> ria de la inmensa mayoría de los matrimonios cristianos. Debemos tener la integridad y el coraje de solucionar este problema que es uno de los más agudos que ha enfrentado la humanidad, sin perjuicio alguno. Francamente, la posición tradicional en esta materia deberá ser revisada en base a la moderna teología, medicina, psicología y sociología". (National Catholic Welfare Conference -- News Servie, vocero oficial del Episcopado de Estados Unidos, octubre de 1964).

Nuestra responsabilidad histórica nos obliga a impedir un nuevo "caso Galileo"; la última palabra, al concluir este comentario, la dejamos en boca del Rector de la Universidad de Loyola en Chicago, Rev. Francis L. Filas quien el 29 de octubre de 1964 dijo:

> "La condena de la contraconcepción artificial es una doctrina ya totalmente clausurada",

queda pues, a los científicos e investigadores más capaces, dar las soluciones pertienentes dentro de los conceptos amplios, racionales y justos del Cristianismo.

CAPITULO V

NUEVA POLITICA DE SALUD PUBLICA

Organización de Salud Pública.

El Estado debe comprender que una de sus obligaciones primordiales es cumplir con la protección y mejoramiento de la salud de los habitantes de la República, desarrollando no sólo acciones de protección, sino también de promoción, recuperación, rehabilitación y las complementarias pertinentes, para obtener así, que el mayor número de habitantes gocen del más completo bienestar físico, mental y social.

Para lograr lo anterior, el Poder Ejecutivo deberá desarrollar las acciones indicadas anteriormente, a través del Ministerio de Salud Pública y de los organismos técnicos de su dependencia, que juzgue necesarios.

Por supuesto, al Ministerio de Salud Pública le continuará correspondiendo la orientación superior y la supervisión de las acciones de salud que realicen los organismo o entidades estatales, autónomos, municipales y particulares subvencionados por el Estado, sin exclusión alguna, así como aprobar y orientar los planes de acciones de salud a efectuar por dichos organismos, siempre dentro de un planeamiento orgánico integral.

Como organismo asesor del Ministerio de Salud Pública se debe crear un Consejo Nacional de Salud, que no tendrá facultades ejecutivas y que estará integrado por: el propio Ministro de Salud Pública que lo presidirá, el Director General del Servicio Nacional de Salud, el Director General del Servicio Social Rural, el Director de Seguridad Social (que substituirá al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social), el Alcalde de la ciudad de Guatemala, el Director de la Dirección General de Obras Públicas y el Director General de la Dirección Nacional de Cartografía.

Ahora bien, el Servicio Nacional de Salud será el organismo técnico y administrativo del Ministerio de Salud Pública, para la realización de las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y complementarias pertinentes, en todo el territorio de la República. En este Servicio Nacional de Salud se integrarán todas las dependencias Técnicas del Ministerio de Salud Pública, con sus elementos humanos y materiales: Dirección General de Sanidad, División de Tuberculosis, Escuela Nacional de Enfermería (que debe incorporarse perentoriamente a la Universidad de San Carlos como Facultad), Escuela Nacional de Fisioterapia (que también debe incorporarse a la Universidad de San Carlos, tal vez como dependencia técnica de la Facultad de Medicina), Centro Educativo Asistencia, Centro de Salud Mental, Centro de Rehabilitación y Poliomielitis, Centro de Recuperación, Escuela de Servicio Social (que también debe incorporarse a la Universidad de San Carlos), Asilo de Ancianos, Asilo la Piedad (Ramiro Gálvez), todos los Hospitales del Estado en toda la República, etc. Aunque

parezca lo contrario a primera vista, el Servicio Nacional de Salud deberá actuar como organismo descentralizado, tratando que las necesidades de salud en las diversas localidades sean satisfechas preferentemente en los lugares mismos donde se presentan.

Para los efectos del desarrollo de las acciones de salud, el territorio nacional lo hemos dividido en Sectores de Salud, Distritos de Salud, Departamentos de Salud y Regiones de Salud.

Cada Sector de Salud comprende el área geográfica de una o varias aldeas, según lo determine el Director General del Servicio Guatemalteco de Salud, previa consulta al Consejo Nacional de Salud y a los organismos técnicos adecuados. Cada Sector de Salud dispondrá, por lo menos, de los elementos humanos y materiales mínimos para una atención preferentemente de educación en salud a los núcleos familiares, y de los primeros auxilios a la población en general.

Cada Distrito de Salud comprende el área geográfica de un departamento de la división político-administrativa actual o de un conjunto de municipios según lo determinen los organismos técnicos. Cada Departamento de Salud estará a cargo de un profesional especializado en Salud Pública, con funciones primordialmente coordinadoras de las acciones que deberán cumplirse en los Distritos de Salud, según el planeamiento orgánico integral.

Cada Región de Salud comprende el área geográfica de tres o más Departamentos, teniendo en cuenta los estudios hechos por los Ings. Obiols y Olivero, co-

mo por la Dirección General de Cartografía. Cada Región de Salud estará a cargo de un médico, especialista en Salud Pública, a dedicación exclusiva, que contará con la colaboración directa de un equipo mínimo de funcionarios técnicos y administrativos. La función primordial del Jefe de la Región de Salud será la de supervisar y asesorar a los funcionarios de los Departamentos de Salud.

Por encima de toda esta estructura, encontramos a la Dirección General de Salud con jurisdicción en todo el país y con sede en la capital de Guatemala; ésta estará a cargo del Director General de Salud, quien deberá ser médico, especializado en Salud Pública y con un mínimo de 10 años de ejercicio profesional.

La Dirección General de Salud deberá contar para una mayor funcionalidad, con 3 Sub-direcciones Generales, una para las tres Regiones de Salud de la Costa del Pacífico (Oriente-Sur: Chiquimula, Jalapa, Jutiapa, Sta. Rosa; Sur-Central: Escuintla, Sacatepéquez, Chimaltenango, Sololá y Suchitepéquez; Occidente - Sur: Retalhuleu, Quezaltenango, San Marcos, Totonicapán); otra para la Región Central de Salud y Petén; y la tercera para las tres Regiones de Salud del Norte (Norte-Oriente: Izabal; Norte-Central : Progreso, Alta y Baja Verapaz; Norte-Occidente: Huehuetenango, Quiché), -véase el mapa en el apéndice de este trabajo.- Además debe contar con Cinco Divisiones específicas: De Protección de la Salud, De Promoción de la Salud, De Recuperación de la Salud, De Rehabilitación de la Salud y De Servicios Generales.

A la Dirección General de Salud corresponderá preferentemente dictar las normas generales para la realización de las acciones de salud en todo el país, y la supervisión y asesoramiento a los Jefes de Regiones, Departamentos y zonas.

Dentro de la misma Dirección General de Salud, deben funcionar otras dependencias importantes, como un Consejo Técnico y un Consejo de la comunidad, ambos tendrían un desempeño meramente de carácter consultivo. El Consejo Técnico estará integrado por el Director General de Salud, los Subdirectores Generales de Salud, los Jefes de Salud Departamentales, los Jefes Zonales, un abogado, un asistente social, una enfermera, un farmaceútico, un ingeniero y un veterinario. Todos ellos nombrados por su mayor categoría dentro del Servicio de Salud.

Como dijimos será un organismo consultivo, y asesorará al Director de Salud en: estudio de la planificación de las acciones de salud, así como del proyecto de presupuesto anual del Servicio; aprobación de los programas de trabajo a los diferentes niveles regionales; evaluación de las acciones técnicas y administrativas de todas las dependencias del Servicio; estudio de las normas técnicas y administrativas del Servicio; y por supuesto en todo lo demás que someta a su consideración el Director General o que una eventual legislación determinara.

Ahora, el Consejo de la Comunidad estará integrado por representantes de entidades científicas, culturales, económicas, gremiales, sindicales y del bien pú-

blico en general, conforme a disposiciones de reglamentación dictadas oportunamente; siendo sus miembros alrededor de doce. También éste será de carácter consultivo y asesorará al Director General de Salud en las materias siguientes: participación activa de la población en la solución de los problemas de salud; información de la comunidad sobre medidas en bien de la salud pública; cooperación pecuniaria y laboral de los habitantes en la realización de las acciones de salud y otras que se juzgaran convenientes.

Filosofía para una política de Salud Pública.

1) La Medicina como ciencia y como técnica está por fuera de toda distinción ideológica.

Esta es una afirmación de importantes consecuencias para el actual práctico de la profesión en un determinado momento histórico y en el correspondiente marco de las estructuras económico-sociales.

Es evidente que nos preocupa la medicina de hoy, con sus actuales características y entre éstas hay algunas que también tienen trascendencia al llegar al campo de su aplicación práctica. Una de estas notas es el enorme avance de los conocimientos biológicos puros y médicos aplicados, tanto en extensión como en profundidad. Si toda época puede decir lo mismo frente a la anterior, no hay duda que ese volumen disponible para ser conocido y aplicado en bien de la humanidad, sobrepasa las posibilidades de ser debidamente captado y

empleado por un solo individuo. Con todo lo que pueda decirse en contra de la especialización, ella desgraciadamente se impone y el cliente la busca y la exige en una actitud de la vida cotidiana que no necesita pruebas. Pero hay algo más en este avance de la técnica. La ingeniosidad científica ofrece un sinnumero de recursos para precisar el diagnóstico y otras tantas drogas para el tratamiento, fruto todo ello de largas y costosas investigaciones. También el cliente sabe de tales progresos y exige que se le apliquen: ya no sólo pide "serle tomados los rayos X", sino que llega donde el especialista con el nombre del último antibiótico que ha conocido a través de la buena y mala divulgación científica. El armamento médico cunde cada día más y más y la Medicina verdadera no puede negárselo a nadie.

Desgraciadamente estos dos hechos: la especialización y su consecuencia, la necesidad de intervenir en equipo de dadores de salud, y el disponer de ese mayor arsenal, significan mucho más costo que en las épocas del simple "purgante y sangría". Y de ahí una segunda idea:

2) El gozo total de los recursos médicos actuales se hace cada día más costoso,

y por tanto, va quedándose cada vez menos al alcance de la gran masa económicamente vulnerable, en situación tan desequilibrada que no existía entre Luis XIV y el último de sus súbditos.

Pero hay otra diferencia entre esos tiempos y el ac-

tual. Esos mismos avances propiamente médicos y los de otras ciencias y disciplinas nos llevan hoy a definir la salud como algo más que la ausencia de enfermedad. Al adquirir dicho término un alcance positivo, que mira al total de la actividad biológica, psíquica y social del individuo, se borran los límites que separaban a la medicina curativa de la preventiva. Hoy las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud forman un todo contínuo cuya atención pide equipo más numeroso de profesionales. Por otro lado esas interrelaciones de los hechos médicos hacen más patentes las mutuas responsabilidades de los individuos en el cuidado de la propia salud y de la colectividad.

Al considerar la salud en esta forma integral su atención sobrepasa el campo estrictamente médico y se liga a todo el resto de circunstancias de la vida social, influída por las características del medio ambiente físico, psicológico, socio-económico imperantes etc. El último rubro es de particular importancia: la salud se ha engranado en la economía, en una condición de elemento dependiente y al mismo tiempo como factor condicionante del desarrollo de una comunidad. Como en múltiples reacciones químicas y hechos humanos, entre economía y salud puede ponerse una flecha de doble dirección.

No parece necesario ahondar este último concepto, tan obvio como el decir que se necesita una buena máquina para obtener un buen producto. Pero si cabe subrayar que aquí lo obtenido, la salud de la comunidad y sus miembros, tiene un fundamental sentido humano y con este criterio debe abordarse también el sentido de la flecha. Y caemos así en una tercera idea:

3) La atención de la salud, en su sentido integral es un deber conjunto del individuo y de la comunidad.

Y en una cuarta de no menor trascendencia:

4) La salud, que depende del desarrollo económico es a su vez importante factor que lo estimula, deviniéndose así uno de los objetivos más fundamentales de dicho desarrollo.

Este último concepto no es sino otra versión del axioma tan eminentemente cristiano y hoy tan generalmente aceptado: "la economía es para el hombre". Al considerar esta idea vemos que ahora si que caben posibilidades de distingos partidistas pues hemos bajado del nivel de los conceptos generales al plano de la aplicación de la ciencia médica para el cuidado de la salud del cuerpo social y de sus miembros. Y en este campo caben las mismas actitudes que pueden afectar a otras manifestaciones de la vida social y económica.

Así, es posible que el profesional de la salud estime, con egoísmo que podríamos calificar de corte liberal clásico, que el fin último de sus actividades sea su propio beneficio. Esquematizando podríamos decir que en el régimen de la llamada medicina liberal, el pa-

ciente contrata directa y personalmente, los servicios de quien estima capaz de curarlo o de quien se los ofrece a un costo que el puede cubrir. Estamos en pleno juego de la ley de la oferta y de la demanda, con ventajas para el paciente de recursos y para el profesional prestigioso o para el que sabe ofrecer "su mercadería" en forma atrayente, sin olvidar aquel otro que aumenta sus entradas sobre la base del mayor número de clientes a bajo precio aun a trueque de darles una superficial y condenable atención.

Ese costo de la real y eficiente medicina que mencionamos en nuestra segunda afirmación; la responsabilidad mutúa del individuo y de la comunidad, nuestra tercera idea; las interrelaciones con otras actividades sociales y con la economía, nuestro cuarto concepto, han llevado a organizar la atención sobre la base de contratos colectivos. Pues no otra cosa es, en lenguaje del momento, lo que ha dado origen a la creación desde tiempos inmemoriales a las instituciones privadas y públicas de atención médica. Hoy, siguiendo la tendencia general de dar al Estado mayor responsabilidad, como promotor del bien común, llegamos a la situación que se ha dado en llamar "medicina social" y menos acertadamente "medicina socializada" y aún "de masas".

Si las acciones de salud se cumplen por una determinada institución puede que ésta llegue a considerarse a sí misma como su propio fin, que se cierra en una autodeterminación exagerada, que piense más en sus propios funcionarios que en quienes deben recibir sus benficios: una desviación hacia el mal sentido de burocracia. Y también puede darse y desgraciadamente ha sucedido, en una de las tantas expresiones del totalitarismo, que el Estado llegue a fijar el tipo y cantidad de salud que se digna conceder a sus súbditos, no en función de éstos sino de sus fines absorbentes y subyugantes.

No es necesario dar ejemplos que comprueben la existencia de estos posibles defectos de la medicina social cuyos resultados podemos sintetizar diciendo que se atiende números y no personas. Pero, a pesar de ello -y de ese problema de la deshumanización de la Medicina que hoy tantos debaten y tratan de conjurar- es obvio que la medicina socialmente organizada permite hacer llegar sus beneficios mucho más ampliamente que la liberal, a todos los sectores de la comunidad y en especial a los económicamente vulnerables.

5) Es deber del Estado velar por la Salud Pública y bienestar higiénico del país.

A lo que debemos agregar:

6) Las acciones de salud constituyen un servicio y con tal actitud debe enfocarlas el Estado que las promueve y los profesionales que las realizan.

Quien dice "servicio" debe hablar de "servidores de la salud", en una expresión más orgánica y funcional que las de "trabajadores" o "funcionarios". Estas dos últimas que oímos frecuentemente han nacido del modo simplemente económico con que nos estamos acos

tumbrando a fundamentar las instituciones sociales. Ellas son también la manifestación de la necesidad en que se han visto los profesionales de agruparse para defender sus propias exigencias económicas.

En los antiguos hospitales y hospicios había servidores gratuitos; la organización actual de la vida y la justicia exigen ahora que ellos reciban salario y que éste sea suficiente y equitativo. La comunidad tiene la obligación de proporcionárselos juzgando su cuantía por la jerarquía social del servicio que prestan. A mayor abundamiento debe recordarse que las más fastuosas construcciones y los equipos más modernos serían totalmente inútiles para defender la salud si no hay personal que los maneje, si a este no se le compensa por la mayor preparación que hoy día le exige su propia ciencia y el cliente que quiere gozar de ella. La salud la seguirá siempre dando una acción humana por mucho que se perfeccionen las máquinas de diagnóstico y tratamiento. Lo que en profesionales se invierte es rubro fundamental en las acciones de salud.

Al realizar estas inversiones la comunidad debe comprender que el interés que ganan es de un orden especial: defensa del capital humano dicen quienes juzgan sólo económicamente el problema; salud y felicidad de la persona humana, es ello para quienes estiman que el hombre es algo más que un factor de producción. Y por esto los últimos piensan que también rinden las atenciones que se prestan a los irrecuperables y a todos los que nunca podrán entrar activamente en el ciclo de la producción.

De estos hechos se siguen dos nuevas ideas de carácter práctico.

7) Deberá destinarse cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener un Servicio Nacional de Salubridad.

Y frente a la tendencia a olvidar ese precepto, agregamos:

8) La comunidad no puede pedir cantidad y calidad superior de servicios que los que eficientemente pueden cubrirse con los recursos concedidos.

A las que con auténtico sentido cristiano de la vida sumamos otra petición, por mucho que ella duela a un deshumanizado economista:

9) La comunidad debe también destinar recursos para atender a los que son, y continuarán siendo, económicamente inútiles.

Este último concepto y las exigencias económicas que planteamos a la comunidad en las dos anteriores no están reñidas con la sabia virtud de la prudencia. Es obvio que la comunidad no puede darse simplemente salud óptima en desmedro de otras obligaciones igualmente imprescindibles, muchas de ellas íntimamente ligadas con esa misma salud. Sería tan absurdo como por ejemplo postergar la defensa interna de la calidad ciudadana por

exagerar la física y externa. Es este uno de aquellos problemas del nivel práctico de equilibrio que corresponde a la comunidad y a sus gobernantes resolver en cada momento, con ponderado juicio sobre qué factor contribuye más al bien común. Lo único reprochable sería ofrecer demagógicamente más salud de la que se puede dar eficientemente, tanto como el conceder un mínimo inaceptable por dedicarse a satisfacer -demagógicamente también- otras necesidades superfluas.

Y aquí cabe recordar una actitud que fácilmente puede resultar lesiva para el bien general: la de acceder a peticiones de salud exageradas por parte de grupos de la población, creando en este campo los mismos problemas que nos aquejan en nuestro sistema de previsión corriente, económica.

La parcelación exagerada de la atención médica, es además antibiológica: la gripe cuando entra en un hogar no se fija si la víctima es empleado público o privado, si es obrero o maestro jubilado y de todas estas categorías puede haber en el seno de una familia. El falso ideal del "hospital propio" ni siquiera se justifica hoy para los ejércitos, en una época en que las heridas de la guerra atómica alcanzan a toda la población y en que las propias batallas no necesitan de esos hospitales de sangre en que el bisturí era más bien cuchillo de carnicero.

Y tan importante nos parece esta imprevisión en que puede fácilmente caerse por natural condescendencia por determinado grupo, que estimamos conviene destacar una décima idea:

10) Las acciones de salud no deben parcelarse por motivos que no sean estrictamente biológicos.

Lo anterior, que está implícito en el Servicio Nacional de Salud, no se opone a que la iniciativa particular organice acciones que, entre nosotros, se llaman privadas. Esta posibilidad ya la contemplábamos en nuestra tercera idea, pero allí mismo indicamos una nota fundamental: deber conjunto, es decir dentro de una orientación general que permita el mejor rendimiento de los recursos disponibles. Y no debemos olvidar que ellos en último término tienen el mismo origen, sea que lleguen a través de impuestos al Servicio Estatal o por donaciones de la Institución privada: por uno u otro camino forman parte de la cuota que la comunidad quiere dedicar a darse salud.

Por esa necesidad de dar el más alto rendimiento a esa suma de recursos, por esa virtud de la prudencia que recordamos hace poco, porque las instituciones tanto públicas como privadas deben mostrarse a la altura de la confianza que deposita en ellas la comunidad, es indispensable que unas y otras cumplan con la obvia necesidad de una estructura eficiente. Está demasiado en boga el término de "racionalización de las empresas", como para que sea necesario entrar aquí en detalles sobre el problema; igualmente es obvio que en ellas no debe imperar la "politiquería" ni el sectarismo frente a beneficiados o funcionarios; son ellas de todos y para todos.

Pero hay un aspecto de esa prudencia en el manejo de los recursos que conviene destacar, porque la comu-

nidad y sus miembros con frecuencia no la aprecian: la jerarquización de los programas. En efecto, las diferentes enfermedades repercuten con distinta intensidad sobre la salud colectiva, sin relación con las molestias que producen al individuo ni con la reacción sentimental que las acompaña: cuando vemos a un pobre niño lisiado por la poliomielitis nos olvidamos de esos otros miles que ni siquiera pudieron contraer la enfermedad por haber muerto antes del año víctimas de las vulgares diarreas infecciosas. Es evidente que este último cuadro debe preocupar mucho más a la colectividad y para ello deben destinarse mayores recursos, especialmente cuando el total disponible es limitado.

Esta necesaria prudencia y adecuada comprensión de lo que constituye realmente el bien común sanitario nos lleva a otra idea:

11) Las instituciones de salud, públicas y privadas, deben estructurarse racionalmente y deben jerarquizarse sus programas sobre la base de adecuada información técnica.

Proposición que aparentemente se contradice en su último componente con lo que expresamos anteriormente acerca de la atención de los irrecuperables, junto a quienes podemos colocar a las víctimas de afecciones de escasa trascendencia social. Ambos tipos creemos que constituyen un campo particularmente propicio para la manifestación de la superabundancia de la caridad: es aquí donde la iniciativa privada puede contribuir al bien común preocupándose de su atención con

la cuota de lo superfluo o la del sacrificio que muchos se sienten siempre inclinados a destinar al alivio del dolor.

Este undécimo concepto merece otro comentario, ahora sobre sus últimas palabras: información técnica. Queda así ligada con nuestra primera proposición allí donde expresamos la independencia de la medicina en su calidad de ciencia, independencia que debe extenderse al modo de aplicarla en todo aquello que le es propio y conducente a sus fines. Si la comunidad ha delegado el cuidado de la salud en determinados de sus mienbros constituyéndoles en pofesiones especializadas, si se ha dado organismos para el logro de ese objetivo, no es sino natural que manifieste fé y confianza en unos y otros. Tal es por lo demás al actitud del paciente frente a su médico particular: acepta el diagnóstico y el tratamiento prescrito sin someterlo a juicio ajeno alguno. Pero, por otro lado, en nuestro cuarto concepto subrayamos la interdependencia de las acciones de salud con las demás de la colectividad, especialmente con las de carácter conómico. Como todas miran el bien general del cuerpo social, tampoco sería lógico que los organismos de salud se movieran en órbitas propias desconociendo tales planos de conjunción. Ni las instituciones privadas y con mayor razón las estatales pueden calificarse de autónomas absolutas. Nos encontramos aquí con otro de los tantos casos de equilibrio entre dos condiciones de funcionamiento igualmente necesarias, que sólo puede resolverse por la ponderación en el juicio de parte de los técnicos en salud y de la comunidad representada por aquellos en quienes ha delegado la gestión total del bien común.

La importancia de esta condición nos lleva a un doceavo concepto:

12) Los organismos de salud deben ser autónomos en todo lo que dice relación con sus fines específicos; pero sus programas deben coordinarse, en adecuado plano de igualdad, con las demás actividades del cuerpo social.

Al respetar esta autonomía técnica la colectividad y sus miembros no pierden ni el deber personal de colaborar a las acciones de salud que destacamos en nuestra tercera idea, ni el derecho a conocer la marcha de las instituciones. Generalmente se hace particular hincapié en este último detalle, con su expresión más corriente y menos eficaz de discutir la composición de consejos o de intervenir en los aspectos meramente administrativos y presupuestarios. En cambio, curiosa despreocupación, la comunidad no se compenetra de la importancia de una autonomía y eficacia de los hechos estrictamente médicos, que son los que condicionan la eficacia de los servicios.

Agrava este artificial problema este modo tan actual de apreciar la vida en sociedad, como que ella estuviera fundamentalmente destinada a asegurar derechos olvidando los deberes que le son conexos. Y en materia de salud, por muchos progresos que nos brinde el futuro y por más "socializada" que se haga al comunidad, seguirán siendo estos deberes individuales el fundamento obligado para asegurar la colectividad.- Por cuanto conviene evitar que se produzcan dificultades en los organismos de salud por los motivos que acabamos de comentar; conviene presentar otra idea:

13) Las instituciones de salud deben mantener debidamente informada a la comunidad tanto sobre sus programas técnicos como sobre los detalles administrativos de su estructura,

en un diálogo de mutua comprensión que de realidad a nuestro tercer concepto: el deber conjunto, y a nuestra sexta proposición: la actitud de servicio.

Para que esta conversación sea fructífera se necesita que la colectividad y cada uno de sus miembros adquiera esa conciencia sanitaria que le permita prestar esa colaboración tantas veces señalada, a las acciones de salud. Ello sólo puede adquirirse mediante la educación, pero en grado mayor que la que puede impartirse por las mismas instituciones especializadas: a más de que la llamada "educación sanitaria" es indispensable en toda política de salud que se cumpla con otra proposición:

14) La educación para la salud debe figurar obligadamente en todos los grados de la instrucción y constituir preocupación constante de todos los grupos sociales.

En una actividad en que organismos como los sindicatos, gremios y ligas podrían realizar una efectiva labor en beneficio de sus miembros. Es evidente que

muchas, por no decir todas estas catorce ideas sean compartidas, por otras cualesquiera filosofía política, fuera del Social Cristiano. No puede ser de otra manera, ya que todo médico con sentido social, después de sentar el primer concepto de la independencia de nuestra profesión frente a toda determinación partidista, tiene que raciosinar sobres sus aplicaciones prácticas, en términos muy semejantes a los expuestos en estas líneas. Así, es de esperar que ni los médicos más tradicionalistas se intenten oponer al Servicio Nacional de Salud; ni en el campo opuesto los médicos más transformistas se atrevan a propugnar la total desaparición de las instituciones privadas.

Por eso si queremos destacar una nota propia totalmente específica para un punto de vista Social Cristiano en la nueva política de salud, teniéndola que buscar y definir, no en la Medicina misma, ni en las estructuras u organismos que las apliquen, sino en el médico y demás profesionales que las realicen: en ese actuar democrático, social y cristiano con que deben poner al servicio de la comunidad los conocimientos que esa misma colectividad les ha permitido y facilitado adquirir, permitiéndoles así realizar su propia vida y contribuir al mejoramiento de la de las demás. Y, para terminar con el mismo modo de presentación de esta Filosofía para una Política de Salud, que hemos seguido en estas líneas, diríamos entonces en una última afirmación:

15) El Social Cristianismo aspira dar la mayor cantidad eficiente de salud a todos y cada uno de los miembros del cuerpo social, por medio de

Instituciones públicas y privadas que actúen en programas conjuntos y jerarquizados, y realizados por profesionales movidos por un íntimo sentido de servicio técnico y humano.

Medicina rural y Salud Pública.

Es evidente que una ley sobre medicina rural debe estar orientada a estos tres fines: a) Atender medicamente al morador rural culposamente abandonado hasta entonces. b) Hacer Salud Pública. c) Procurar al médico recién egresado adiestramiento profesional en ambas direcciones: preventiva y curativa.

Los dos fines primeros se engloban en un apelativo solo: Salud Pública. Pero en la redacción del instrumento y en la implantación del servicio no debe verse la guía emocional del legislador, sino deberá estar orientada por la razón pura y fría.

Si miramos el derecho de los guatemaltecos a la atención médica disponible y, a fuero de teoría, asignamos a tal espiritualidad representación base, 100, a los campesinos corresponde, a ellos privativamente, 67% de aquella posibilidad servicial. De toda la medicina: cerebros, dineros, equipos, atención, profilaxia, enseñanza, locales, tiempo, drogas, suplementos alimenticios.

muchas, por no decir todas estas catorce ideas sean compartidas, por otras cualesquiera filosofía política, fuera del Social Cristiano. No puede ser de otra manera, ya que todo médico con sentido social, después de sentar el primer concepto de la independencia de nuestra profesión frente a toda determinación partidista, tiene que raciosinar sobres sus aplicaciones prácticas, en términos muy semejantes a los expuestos en estas líneas. Así, es de esperar que ni los médicos más tradicionalistas se intenten oponer al Servicio Nacional de Salud; ni en el campo opuesto los médicos más transformistas se atrevan a propugnar la total desaparición de las instituciones privadas.

Por eso si queremos destacar una nota propia totalmente específica para un punto de vista Social Cristiano en la nueva política de salud, teniéndola que buscar y definir, no en la Medicina misma, ni en las estructuras u organismos que las apliquen, sino en el médico y demás profesionales que las realicen: en ese actuar democrático, social y cristiano con que deben poner al servicio de la comunidad los conocimientos que esa misma colectividad les ha permitido y facilitado adquirir, permitiéndoles así realizar su propia vida y contribuir al mejoramiento de la de las demás. Y, para terminar con el mismo modo de presentación de esta Filosofía para una Política de Salud, que hemos seguido en estas líneas, diríamos entonces en una última afirmación:

15) El Social Cristianismo aspira dar la mayor cantidad eficiente de salud a todos y cada uno de los miembros del cuerpo social, por medio de

Instituciones públicas y privadas que actúen en programas conjuntos y jerarquizados, y realizados por profesionales movidos por un íntimo sentido de servicio técnico y humano.

Medicina rural y Salud Pública.

Es evidente que una ley sobre medicina rural debe estar orientada a estos tres fines: a) Atender medicamente al morador rural culposamente abandonado hasta entonces. b) Hacer Salud Pública. c) Procurar al médico recién egresado adiestramiento profesional en ambas direcciones: preventiva y curativa.

Los dos fines primeros se engloban en un apelativo solo: Salud Pública. Pero en la redacción del instrumento y en la implantación del servicio no debe verse la guía emocional del legislador, sino deberá estar orientada por la razón pura y fría.

Si miramos el derecho de los guatemaltecos a la atención médica disponible y, a fuero de teoría, asignamos a tal espiritualidad representación base, 100, a los campesinos corresponde, a ellos privativamente, 67% de aquella posibilidad servicial. De toda la medicina: cerebros, dineros, equipos, atención, profilaxia, enseñanza, locales, tiempo, drogas, suplementos alimenticios.

Porque el derecho a medicina -a buena medicina- no surge de ninguna consideración. Se configura con el ser; se aquilata con el desvalimiento; no admite comparación, medida ni sojuzgamiento.

El derecho del campesino a la medicina curativa y a la profilaxia acrece si en lugar de enfrentarlo a la abstracción matemática, lo encaramos con el cúmulo de circunstancias sociológicas confabuladas contra la salud; analfabetismo,agrarismo, acultura; económicas y laborales; ambiente insano, timidez, distancias, vías de comunicación....

El legislador intuye en grande y certeramente cuando establece la necesidad de la medicina rural. Pero siempre teniendo en cuenta la psicología y sociología nacional, y no foránea. Se debe insistir sobre el servicio profesional como atención sinceramente campesina y no como prestación cabecerana. Evitando así que el joven médico, aposentado ante las alcaldías, asista a los ocupantes del pueblo mismo y lo más al montañero testarudo que a las mil y quinientas de su padecer, resuelve abandonar el surco entre semana para venir a la consulta. Pura medicina curativa. Camino científico inacabable. Sin medios de transporte, por pésimos caminos de atajo, utilizando caballos alquilados por su cuenta...Por esto, entre diversos motivos, la Salud Pública no se satisface. El médico, joven o aguerrido, no es ni puede ser funcional para la comunidad que, en bloque, como organismo, queda abandonada. Luego de años y años de medicina rural, los pueblos todavía permanecen sin agua potable.

Por parte de ejecutor, error de proyección de lo médico a lo colectivo. Desde el principio el joven e inexperto profesional estuvo y fue mal asesorado y orientado. No le pidieron, exigieron y recomendaron, en cuanto a profilaxis, sino pequeñeces.

Se mostró consecuente el Estado; porque Higiene Pública a fondo no había enseñado; ni dado a la Educación Sanitaria la trascendencia y la prevalencia que le corresponde. Curativa y de consultorio la medicina rural, el saneamiento ambiental.

Error de planeación. No se preocuparon los gestores por saber cuantos médicos necesitarían para el campo; ni cuantas enfermeras de salud pública, y odontólogos.

Simultáneamente casi, con el planteamiento de la obligatoriedad de la medicina rural, la Facultad de Medicina bajo presión económica, se empecina a limitar cupos, mientras los planes médico-sociales no fueron revisados, ni mucho orientados al nuevo servicio. Mas esto no ha conmovido la ataraxia gubernamental, en vez de ampliar recursos para ampliar escuelas profesionales, el estado se atiene a la tradicional postura; ¡no hay presupuesto!. Trágicamente se hecha de ver la ausencia de médicos-sociólogos en las constituyentes legislaturas y ministerio. El legislador no médico, al fin y al cabo no es culpable.

Error; error por ignorancia en las cabeceras municipales de la medicina asistencial,además de agobiadora

es forzosamente mediocre dada en ella la inexistencia de equipos básico para diagnóstico que el estado no juzga necesarios. Ha puesto a su empleado médico a trabajar con jeringa y termómetro: evidentemente que los jóvenes profesionales que cubren estos puestos, sino tienen una recia personalidad y hondura vocacional, se malogran rápidamente en tal situación pueblerina, sin estímulo, sin intercambio intelectual, únicamente con su razón natural.

Planeada con recortes conceptuales increíbles y puesta a rodar dentro de tales limitaciones la medicina del área rural, sus coordinadores sanitaristas y ejecutores del nivel nacional, debieran valorar diligentemente siquiera los factores fundamentales, que conspiran contra ambos ideales médicos: curativo y preventivo:

a) Calidad, dificultad y distancias de vías de comunicación que dificultan e imposibilitan el advenimiento de enfermos, el aprovisionamiento excéntrico con elementos para higiene pública; el traslado de profesionales para atención periférica de ciertos enfermos, partos, deshidratados, accidentes, cardíacos, etc.

b) Condiciones culturales del hogar que impiden la dicotomización de la familia, para venir un miembro de ella a curarse en la cabecera: parto hospitalario, niños desnutridos, enfermos crónicos, etc.

c) Dispersión de la vivienda más allá de los pueblos están los caseríos; mas lejanos aún los otros lugares y mucho más allá, en franca dispersión remota,

las casas aisladas.

d) Olvido de educación sanitaria, principio sin el cual la salud pública nunca tendrá cuerpo.

Las consideraciones anteriores, sin exceptuar ninguna, imponen medicina centrífuga, para donde el campesino vive, con médicos rotatorios adscritos a los centros y puestos de salud. No medicina exclusiva para las camarillas de las cabeceras; error por desconocimiento de la población campesina, cuyos fatídicos tradicionalismos y nula instrucción no le permiten captar y menos traducir las sugerencias y dictámenes del técnico, factores que hacen derivar a la gente hacia lo insolito: a resistir y desconfiar de las indicaciones científicas; a ejercer propaganda vecinal de boicoteo y difamación, muro inexpugnable frente a la salud comunal, sobre todo si la indicación del médico topa en la tradición, en el prejuicio, en el folclore.

Error pedagógico en la formación médica, ni la Facultad de Ciencias Médicas, ni las de profesiones aliadas tienen el mas ligero tinte guatemalense. No solamente éstas no se preocupan por su propia vernácula cultura para formar hombres médicos, sino que irresponsablemente se apresuran a importar culturas extranjeras completamente inadaptadas al medio nacional.

Tras la decantada formación de técnicos especialistas se van; y resultan creando brillantes profesionistas para las clínicas capitalinas. Nada de la carne de la patria que sufre en la ignominia, nada del hombre

guatemalteco con sus polivalentes, poliformes limitaciones; nada de enseñar nuestros propios problemas y nuestros propios recursos y lo más grave de todo, sin predicar patriotismo alguno.

Fuera de lo anterior, la Facultad, (Universidad) ignora el significado, la trascendencia y el valor de la colectividad. La familia y modos de su medicina, problemas, angustias, hijos, plagas, pobreza, mugre, falta de agua, de letrina, de alfabeto de las 3/4 partes de los conciudadanos, no conmueven la sensibilidad del joven profesional que, desvirtuado desde la matrícula original, deja la presa por la sombra y comete la inocentada de buscar en los modestos pueblos del interior, montaje de Rayos X, quirófano, equipo de laboratorio, en fin todo lo esperado por un aspirante a especialista.

En semejantes circunstancias, bajo complejo de exilado: desacomodo, limitación, impotencia de superarse técnicamente, bajo el interrogante alucinante del porvenir; los jóvenes médicos consideran su agreste tarea, no como desempeño grandioso llamado a transformar la patria, sino como humillante destierro, se doblega y soslaya su verdadera misión de sagrado revolucionario, reformador y creador.

Guatemala carece de hombres médicos, porque carece de nido para incubarles suficientemente rebeldes.

El otro móvil de la medicatura rural sigue siendo justo proporcionar a la juventud médica adiestramiento dirigido doblemente. Curativo porque si la profesión, día a día, se torna más sociológica y más decididamente mira a la colectividad, no por eso dejara el cuidado del enfermo de ser su menester. No obstante el individuo enfermo, la falla eminente entre nosotros estuvo en minusvaluar la salud pública. Legisladores y ejecutivos no supieron diferenciarla con claridad del ejercicio particular, corolario de lo anterior resulta el poco interés en la preparación de profesionales para saneamiento, higiene familiar, campañas masivas de vacunación y antiparasitaria, lógicas campañas contra la desnutrición.

De esta manera, no distinguiendo lo uno de lo otro, se concibió la posibilidad de depositar, de una manera por demás irresponsable y antihumana, sobre los hombros del inexperto egresado, la total labor de medicina en el área rural.

Pero la realidad es que mientras éste cose heridas a los beodos, autopsia a los muertos de la violencia y practica la dosimasia, el pueblo sigue sin rastro, la obstetricia sigue practicándose en los rincones más inmundos de los ranchos, los niños mueren a decenas de gastroenteritis y el parasitismo intestinal sigue su marcha triunfal, por supuesto sigue haciendo falta el agua potable.....

Para terminar el retoque devaluativo del médico salubrista del área rural, el gobierno y el estado le abandonan polivalentemente a) no se facilita local adecuado e higiénico, con facilidades para urgencias o enseñanzas a grupos, o adiestramiento de personal auxiliar; ni modo de controlar y comprobar campañas. b) se le abandona sin equipo humano suficiente; sin enfermeras universitarias, sin farmaceútico, sin servicio so-

cial, sin parteras graduadas, y sobre todo sin enfermeras de salud pública y sin médicos auxiliares de misiones rotatorias ambulantes. c) se le abandona hospitalariamente, para medicina rural que pudo ser obra definitivamente redentora, los vetustos y anquilosados hospitales (donde hay) francamente representan de manera por demás palpable la criminal ignorancia de los gobiernos del pasado. El estado prohija el error trágico de la concentración hospitalaria en las cabeceras departamentales. Desorientados en la realidad clínica, profesional, social, geográfica, laboral y pecuniaria, los promotores de la medicina nacional no reparan en la catástrofe inaudita de gigantescos mendigos cuyos peticionarios de lecho, únicamente por un golpe de suerte lo encuentran, y aún así, hacinado, sin medicinas, olvidado en el maremagnum de la mediocridad imperante. No ha caído en cuenta el Estado de la necesidad de transformar los grandes hospitales limosneros, en pequeños y múltiples hospitales funcionales.

Funciones de un Centro de Salud Pública.

Con una reforma agraria a la vista se hace imprescindible reorientar la Salud Pública delimitando claramente su campo de acción; despojándola de ocupaciones estorbosas y acompañándola generalmente de educación.

1) Educación sanitaria.

Es la primera, la básica función del Centro de Salud Pública. Más todavía: es la esencia, clave y determinante de Salud Pública.

Obvio es que si la población no aprende normas de higiene pública y privada no se obtendrá ningún resultado sanitario.

No es posible higienizar pasivamente. Tal vez la vacunación pudiese imponerse si se amenazase al público con la supresión de los servicios de asistencia. Pero vacunar no es labor total ni labor integrada. Los demás frentes fracasan si no se logra la colaboración de la comunidad. Y no se obtendrá esta colaboración si no se hace a base de la enseñanza.

Dos factores son de importancia decisiva en Educación Sanitaria: a) preparar al personal de los Centros de Salud Pública para educadores sanitarios. Adiestrarle en tal sentido porque la improvisación pedagógica es contraproducente. Aprendizaje como educadores, como apóstoles, los médicos, enfermeras, odontólogos, inspectores, sólo pueden derivarlo de las cátedras de medicina preventiva; y por supuesto después de la preparación preliminar, cursillos anuales para refrescar y evaluar resultados de conjunto obtenidos en los Centros de Salud Pública. b) Que la Universidad adquiera el conocimiento, pues aun no lo tiene, de la honda y comprometedora diferencia entre medicina privada, pública y asistencial. Ni las cátedras de medicina preventiva maduran para inducir, en la mentalidad de sus alumnos dicha diferencia; ni la preparación facultativa, ni la envergadura académica de los recién egresados los capacitan para tomar posiciones ante la comunidad, por

lo cual transforman los Centros y Puestos de Salud en - recetaderos con leves intentonas de vacunación y tenues sugerencias de letrinaje. Falla universitaria que gravita contra la medicina social y ha anquilosado ya- hace tiempo a la medicina rural. Mucho del problema médico y social guatemalteco está estrechamente ligado a la equivocada política universitaria.

Sigue pues la política individualista de los médicos, apegados a la consulta, a la visita y al rendimiento pecuniario (por cierto justo) de la profesión. Así les formaba la universidad hasta hace unos poquísimos años, sin nociones de la geografía médica guatemalteca, antropología, psicología, ni humanidades. No se ha hecho ningún intento serio por parte de la Universidad, - para enrutarles hacia las necesidades del país.

No debe olvidarse tampoco, que nunca será ahorro suficiente de parte de estas campañas educacionales de carácter sanitario, el esfuerzo y oportunidad para educar a los cabecillas de la comunidad y a los de - la administración pública. Ellos ignoran todo acerca - de la higiene y profilaxia y demás medicina ambiental, pudiéndose determinar con plena seguridad que hasta - que lo sepan se abstendrán de colaborar. De ahí la razón para que los Jefes Sanitarios se avoquen con los - Consejos municipales, cofradías, etc., para hacerse - oir y exponer a fondo sus programas.

2) Campañas de hogar.

Es muy interesante como fenómeno de psicología - de multitudes, el entusiasmo en que los presuntos dirigentes políticos, se ha creado sobre vivienda y mejoramiento de hogar. Menos mal que actualmente en la capital bancos especializados fabrican casas de monotonía burguesa, más esto no resuelve el problema de la - clase media y baja. Esas soluciones presentistas no - contemplan siquiera el creciente problema del desheredado sin techo, en ciudades que día a día se hipertrofian natural y artificialmente, halando a su seno a incontables emigrantes campesinos y pueblerinos.

El problema vivienda gira unido al de la descentralización de la industria y al mejoramiento del campesino, que podrá traer la reforma agraria. Construir- o regalar unas pocas casas en la capital o cabeceras, apenas trasciende de la escala emocional como casi todo lo guatemalteco; es parte del mismo pensar de que regalando cositas o repartiendo poquitos de leche, se hace Salud Pública, se hace acción comunal, se derrota al comunismo y se recauda prosélitismo.

El campesino no dejará de vivir en un rancho; de - ostentar mentalidad y conducta de ranchero; de convivir con cerdos, perros y gallinas; de tener el pantano - cerca y la sombra del mangal preferida a la letrina; ni dejará de tener la costumbre de dormir hacinados junto al fogón, mientras Educación Sanitaria no le enseñe - que todo eso atenta contra la salud y el regocijo personal y de los hijos; mientras no se le garantice estabilidad y rendimiento laborales. Tras todo lo cual surgirá la vivienda.

Primero se debe enseñar a leer, a sumar y a restar, construir caminos, asegurar precio equitativo del sudor

del campesino y luego sin paternalismo, sin poner el - cielo como barrera ni de cebo; sin atacar al comunismo ni mostrarle pavor, se debe embarcar en la más pura, promisoria y real campaña de vivienda popular.

Los Centros de Salud Pública, como tales, no deben ni pueden dedicar su tiempo a programas de vivienda.

3) Campañas de saneamiento ambiental.

Este programa educativo tiene que hacerse en dos frentes: el familiar y el estatal.

Conviene al conglomerado aprender antes que todo, las necesidades de letrina y de acueducto. El letrinaje dentro de la Salud Pública guatemalteca, fue y sigue siendo mediocre. El país debiera estar letrinizado ya, y el público saturado de conocer la obligación moral de usar el mueble y el derecho que le asiste para exigirlo.

Cuando se habla de moral en nuestros medios anquilosados mentalmente, se piensa exclusivamente en - el sexto precepto del Decálogo. Pero diseminar la infección amebiana, las salmonelas y las uncinarias, por los suelos y hortalizas, también es inmoral aunque su predica no ascienda hasta el púlpito. El país está desaseado y las gentes no usan la letrina porque a todo el trayecto se han cometido dos errores: imponerlo o apenas ofrecerlo. Es de urgencia cancelar ambos métodos y apelar a la inculcación. Cuando cada padre sepa -

que su hijo puede fenecer a causa de la larva y del - quiste regados por el suelo, él mismo exigirá la letrina, como la buena casita campesina cuando tenga fundamento cultural en que asentarse.

Tatuar en el cerebro multitudinario las ventajas de la desecación de las aguas encharcadas aledañas a las rancherías, es aporte perfecto al saneamiento ambiental; tanto como inducir a la mentalidad popular a la - fumigación de los insectos (moscas por ejemplo). Similarmente es posible la desratización intensiva.

Al saneamiento ambiental pertenece también el - desalojo de toda suerte de animales domésticos que pululan libremente dentro de las habitaciones; cerdos, gallinas, perros, terneros a sus corrales, pues deshigienizan hozando, escarbando y hasta mordiendo a los niños.

Los más eficaces propagandistas del saneamiento - ambiental son los jefes natos de la comunidad, es preciso atraerlos a los programas educativos. El cura desde el púlpito y el alcalde con los bandos municipales, serán sólo coadyuvantes en el terreno preparado por los jefes naturales. El sanitarista deberá estar plenamente convencido, de que únicamente aunando esfuerzos, voluntades e influjos, obtendrá la sanificación encomendada. Y, ese aglutinar de pareceres sólo se obtendrá - educando.

4) Odontología sanitaria.

Muy humano es y necesario también aliviar y su-

primir el dolor dental; pero de allí a querer transformar una Odontología Sanitaria en Exodoncia, hay una gran distancia.

Ante todo, igual que en los demás programas; se deberá ver el futuro y no el presente, enseñando tenazmente la preservación de la dentadura. Las medidas básicas en este sentido son fluorización, alimentación adecuada, cepillo y concurrencia periódica al profesional.

Si el Centro de Salud Pública lograse inclinar el ánimo de sus clientes hacia la consulta y obediencia a la prescripción odontológica, la partida contra la dentadura destruída precozmente de tanto guatemalteco, estaría ganada por la dentistería sanitaria. Hacer predominar la profilaxia en pre-escolares y escolares, bajo el pensamiento integral que estos últimos no son sólo los concurrentes a bancos de escuela, sino niñez guatemalteca encasillada en la edad correspondiente, con toda una serie de problemas inherentes a esa edad.

5) Consulta de menesterosos.

Para quienes de un momento a otro o a perpetuidad se fijan pordioseros, no es precisamente este servicio sanitario. Este logrerismo, es, entre los varios vicios nacionales, uno de los más copiosos y el más encarnizado obstáculo de las labores serviciales.

Modernamente, sobre todo, el mundo humano quiere que le den desde servicio público hasta servicio profesional y medicina con droga. La lucha de clases y la pelea entre sistemas ideológicos se cifran precisamente en dar.

Guatemala, con una medicina aún no socializada, y en donde no hay partidas económicas para costear a todos la receta y la medicina, presenta una de las problemáticas más difíciles de resolver en los Centros de Salud Pública; todo porque la Salud Pública está retardada en fijar un patrimonio o renta tope, hasta los cuales según la constitución familiar, los ciudadanos puedan aspirar a consulta y medicina gratuita. Todo esto resulta en que, Centros y Puestos de Salud viven copados por adultos en toque de receta. Sin poder proyectarse afuera, a la salud colectiva, a la sanificación, a la profilaxia.

6) Asistencia hospitalaria.

Sociología y Medicina moderna no aceptan el hospital con ni para funciones de: orfanato, asilo de ancianos, hotel de hospedaje de crónicos e incurables. Lo exigen integrado con la campaña de Salud Pública, porque sin él resultan imposibles numerosos programas de ella; valga para ejemplo el del parto asistido. El Hospital, parte integrante del Centro de Salud Pública es, en la población, para los siguientes empeños:

Consulta externa unificada con la del Centro de Salud Pública:

Tan extensa como posible contra la tenencia de en

fermos internos. Porque el Instituto hospitalario, pobre sistemático, no pudo costear alimentos, drogas, ropas para todos los pobres en calidad de internados, sino para los que de verás requieren cama.

La consigna de la Consulta Externa no es puramente asistencia, sino eminentemente educativa, y a los Centros de Salud Pública se impondrá la obligación de sumarse al programa de enseñanza. La Consulta Externa mantiene el control de los pacientes egresados de los servicios; inapreciable material para conocer la historia natural de la patología guatemalteca. Inexplicablemente, esta ulterior vigilancia se le ha visto muy de menos.

No pueden Salud Pública y Hospital darse el lujo de montar y mantener en cada municipio, servicios de especialización. Las camas en poblados de menos de 10 000 habitantes se distribuirán así: 50% para niños; 15% para obstetricia; 5 % para emergencias y el resto para medicina general. En los municipios mayores se distribuirán los lechos previo estudio del censo por escalas de edades; de frecuencias patológicas (morbilidad), de nacimientos y de defunciones. Tampoco pueden excusarse de implantar algunos servicios elementales de laboratorio. Pero ante todo, desechar la idea de que municipios con un sólo médico, podrán atender y servir a la medicina general, a la radiología, al laboratorio clínico, las especialidades....

Dentro de las modernas concepciones médicas, el Centro de Salud Pública y el Hospital han de constituir una unidad proyectada a la comunidad. Asistencia médica, consulta externa y funciones sanitarias serán atendidas por los mismos profesionales. Por cuyo modo se completan un poco los equipos humanos, se aprende mejor y más seriamente la enfermedad; la salubridad se impone mejor en la mentalidad popular, se agiliza la administración y cancela la visección.

Para crecer es menester librarse de infecciones. El Hospital Rural, lo mismo que los Centros de Salud, padecen dos que atentan contra su porvenir, le hacen raquíticos tempranamente, y anacrónico prematuro: la discontinuidad del personal técnico. Los jóvenes dejan la Facultad de Medicina con la especialidad ya pensada, desconocen lo general. Como el pueblecito no los especializa, el muchacho aguanta sólo hasta cancelar sus problemas económicos, y en el futuro cuando se establezca el Servicio Rural, probablemente hasta cancelar éste compromiso; la otra infección a que hicimos alusión, son los parásitos que en él hacen vivienda, que enunciamos en el planteamiento inicial. Aunque también podríamos agregar la errónea administración en los más de los casos: religiosas lúgubres, mandaderas del alma pero no de la salud; preocupadas más en el breviario y en los altares de las salas, que en el dinamismo científico.

7) Labores internas.

Elaboración de historias. Tarjetero; oficios y comunicaciones; informes y circulares; planeación de trabajo....

Reunión periódica del personal es de imperiosa necesidad. Cada comentario allí emitido, es útil a la comunidad, como iniciativa, como corrección de procederes.

Conclusiones definitivas sobre el estado de la Salud Pública.

Todos los índices de salud indican que el estado de salubridad del pueblo guatemalteco es angustiosamente precario. La gran mortalidad de todos los grupos etarios, especialmente de padres y niños, por hambre y enfermedades infecciosas, así lo atestiguan.

Los factores que más han contribuído al tremendo retraso de la salubridad en el país son los siguientes:

1. El absoluto desconocimiento de estos problemas por toda la población guatemalteca, tanto por sus llamadas clases dirigentes, universitarias, gobernantes y políticas como de sus clases populares que aceptan pasivamente su precario estado sin reclamar activamente su solución.

2. La escasez de personal especializado de Salud Pública en los más altos niveles técnicos y administrativos, municipales, departamentales y nacionales.

3. La falta de una mística de Salud Pública entre algunos trabajadores de salubridad y la falta de conciencia sanitaria entre la gran mayoría de los médicos y de otras profesiones paramédicas del país.

4. La falta de planeamiento y coordinación de casi todos los programas de salubridad y similares en todos los niveles.

5. La falta de estímulo para su trabajo, la inestabilidad en los cargos y los bajos salarios, en el personal de Salud Pública.

6. El escasísimo número de personal técnico y auxiliar de salubridad y similares en todos los niveles.

7. La falta de técnica e inadecuada distribución y empleo de los presupuestos municipales, departamentales y nacionales, cuyos porcentajes destinados a la Salud Pública no han aumentado lo debido en los últimos años.

8. La dedicación de las campañas llamadas de salubridad, en porcentajes muy altos a la medicina asistencial y curativa, en detrimento de las campañas preventivas y de promoción de la salud.

9. La falta de orientación y estímulo a la comunidad para lograr su participación activa en los programas de Salud Pública.

10. La ingerencia de factores de política partidista en las actividades de salud y otras.

11. La mala orientación de la inversión de fondos de o

rigen privado en campañas sanitarias y asistenciales, sin orientación técnica en salud pública y coordinación con las entidades técnicas oficiales.

12. La debil legislación sobre el servicio médico-rural obligatorio.

13. El poco personal docente especializado en Salud Pública en la Facultad de Ciencias Médicas y Escuela de Enfermería.

Las medidas que habría que tomar para obviar estas circunstancias serían:

a) La de una más amplia y eficiente educación sanitaria a todos los niveles;

b) El nombramiento para los cargos directivos de Salud Pública de personal adiestrado para tal fin;

c) El estímulo al ejercicio social de la profesión médica para evitar su comercialización y un mayor impulso hacia la humanización de la profesión médica y paramédica;

d) La mejor planificación y coordinación de las campañas sanitarias con base en la realidad del país;

e) La carrera administrativa dentro del personal de Salud Pública, reconociéndoles salarios adecuados a su labor;

f) La preparación de más y mejor personal para las campañas de salubridad por dependencias del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina o por Sanidad Pública;

g) El aumento de los presupuestos dedicados a la salubridad;

h) Las labores de organización de la comunidad para su propio mejoramiento, empleando técnicas de acción comunal;

i) La inversión de mayores cantidades de presupuesto en labores preventivas;

j) El reconocimiento de que los técnicos de salubridad no deben ser discriminados por factores profesionales, raciales, políticos o religiosos;

k) La creación de entidades oficiales que orienten los fondos de distinto origen hacia un programa coordinado y técnico de beneficio colectivo;

l) La legislación adecuada a las necesidades del país, tal como el Servicio Civil Rural y otras.

CAPITULO VI

EDUCACION EN SALUD Y REFORMA UNIVERSITARIA

Educación en Salud Pública a niveles primario, secundario y universitario.

La revolución es justificable en donde la evolución es imposible.

Gant.

El preámbulo de Punta del Este dice: "....Las repúblicas americanas proclaman su decisión de asociarse en un esfuerzo común para alcanzar un progreso económico más acelerado y una más amplia justicia social para sus pueblos, respetando la libertad del hombre y la libertad política.- ....Alentados por la esperanza que dimana de las revoluciones ocurridas en nuestras jóvenes naciones, muchos hombres bregan ahora por la libertad en tierras de vieja tradición. Ha llegado el momento de imprimir un nuevo sentido a esta vocación revolucionaria. América se encuentra en el umbral de una nueva etapa histórica. Hombres y mujeres de todo el continente procuran conquistar la vida más plena que las técnicas modernas ponen a su alcance. Están resueltos a lograr una vida más decorosa y cada vez más abundante, para ellos y para sus hijos; a tener acceso a la cultura y a disfrutar de igualdad de oportunidades para todos, y a terminar con aquellas condiciones que hacen posible el beneficio de pocos en desme-

dro de las necesidades y de la dignidad de muchos.

Quienes creemos aún posible la evolución para solución de nuestros problemas conceptuamos que para ello se impone un esfuerzo ilimitado en la preparación y educación de nuestras gentes; creemos que ante la imposibilidad de una evolución lógica, la revolución entre nosotros solamente será posible, cuando sea precedida de esta misma educación, preparación y motivación.

En esta forma, bien sea por la evolución que debemos desear o por la revolución, como soluciones posibles para nuestros males, sólo existe un único camino a seguir: educar y preparar a corto plazo por todos los medios de que se dipsone y de toda la ciudadanía. Para ello se requiere: reorientación de la estructura, contenido y método de la educación en todos los niveles, a fin de adoptarla más adecuadamente a los avances del conocimiento, al programa científico y tecnológico, a las necesidades culturales de nuestros países y a las exigencias de su desarrollo social y económico.

En este trabajo, se trae a consideración nuevos métodos para dar una mejor educación en Salud Pública a niveles primario, secundario y universitario, tema de vastas proporciones para cuya preparación hubiéramos querido la oportunidad de una más larga y detallada elaboración, dada la capital importancia del asunto, no solamente en el presente sino en especial para el futuro de salud en nuestro país.

Cada vez que el hombre se enfrenta a una nueva situación, experimenta un cambio que, de acuerdo con las circunstancias, puede afectar intímamente la personalidad de individuo y constituirse en elemento importante de su conducta. En la vida diaria, los cambios ocurren frecuentemente, pero en forma tan natural, que apenas si podemos darnos cuenta de ello. Cuando una persona experimenta algún cambio, decimos que ha aprendido algo. Esto quiere decir que cambiar es aprender.

Pero en Salud Pública no basta aprender o adquirir nuevos conocimientos, nuevas prácticas, lo que más importa es poner en práctica aquello que no se ha aprendido y solamente entonces podemos decir que hay educación.

De aquí se deduce que educar es llevar a la gente a que haga una utilización oportuna, consciente e inteligente de sus conocimientos y habilidades. Por cuanto la Salud Pública tiende a prevenir las enfermedades, prolongar la vida y mejorar el estado de salud, nos formularemos una primera pregunta: Cómo vamos a lograr esos objetivos?

Creemos que sólo hay un camino y es hacer que la gente ponga en práctica las medidas higiénicas indispensables. Y eso es educar.

Por lo tanto podemos decir que la salud pública en sí misma es un complejo proceso educativo que tiende a desarrollar en las gentes buenas actitudes y prácticas de salud, bienestar y seguridad personal y colectiva.

mediante un complejo entendimiento y asimilación de los hechos y la información científica. En el proceso de aprendizaje, lo primero que hacemos es impartir los conocimientos, de acuerdo con las necesidades e intereses de quienes vamos a educar. Solamente entonces, la información tiene valor y significado y lo aprendemos con voluntad. Luego es indispensable dar la técnica a seguir para la aplicación de estos conocimientos, teniendo en cuenta, las facilidades de que disponemos.

Hasta aquí no hay mayor dificultad, pero cuando llegamos al tercer nivel, para llevar a la práctica estos conocimientos, tropezamos con muchos obstáculos. Este paso es la principal falla de la enseñanza de Salud de nuestras escuelas, puesto que éstas solamente se interesan porque las alumnos aprendan la teoría.

Los tres pasos anotados anteriormente constituyen, pudiéramos decir, la base para la enseñanza de la salud.

Con la práctica continua, se van desarrollando los hábitos higiénicos. Enseguida las actitudes o tendencias de reaccionar en una cierta manera ante una determinada situación. Las actitudes básicamente son emocionales, así que para el desarrollo de ellas, un palpable grado de aceptación es esencial.

Principios básicos para la enseñanza de la Salud.

Para llevar a cabo el proceso-aprendizaje en materia de salud, debemos tener en cuenta, entre otros, los

siguientes principios :

1. Los niños en general, se oponen a la realización de prácticas de salud, porque ellas requieren mayor esfuerzo y cuidados especiales.

2. Más importante que la teoría y sus principios, es la formación de prácticas y hábitos, ideales y sentimientos.

3. Vale más aprovechar una oportunidad para hacer repetir una práctica que la repetición artificial de la misma.

4. La enseñanza debe hacerse mediante la observación y la experiencia, pero el propósito es aprender la experiencia misma.

5. No conviene enseñar al mismo tiempo, la parte positiva y negativa del problema; lo mejor es hacer énfasis en la formación de prácticas postivas.

6. Es indispensable buscar motivaciones y estímulos para despertar interés hacia los problemas de salud. Por lo tanto, conviene idear, planear y desarrollar actividades que contribuyan a mantener vivo ese interés.

7. Los métodos de enseñanza y los materiales deben fomentar la participación activa del alumno.

8. La salud es un fin que debe ser alcanzado y no una materia académica más del plan de estudios.

9. Las experiencias del aprendizaje deben adaptarse al desarrollo físico, psicológico y social del niño.

10. Las instrucciones deben basarse en las necesidades, intereses, habilidades y experiencias del niño.

11. Los objetivos de cualquier actividad deben ser expresados en términos del bien que van a recibir los niños y deben ser reconocidos como finalidades personales del niño.

12. Las experiencias para aprender son más efectivas cuando el niño ve la relación de una con el total de las experiencias.

13. El aprendizaje integrado es el más efectivo. Hechos aislados pronto se olvidan.

14. Cada niño es único, aprende a su propia manera. Así que una variedad de métodos y material es escencial.

15. El trabajo de salud en la escuela no es completamente efectivo a menos que esté integrado con la vida del hogar y la comunidad.

De los anteriores principios vemos que la enseñanza de la salud a todos los niños hay que vivirla; la salud escolar es la vida misma de la escuela considerada no como una isla sino como una parte integrante de una comunidad.

La educación en Guatemala.

Problema del Analfabetismo:

Circunstancias diversas de carácter histórico, cultural, geográfico, económico y social han contribuído a que, año tras año, el número de analfabetos se aumente progresivamente, hasta llegar hoy día a la estimación astronómica de 82% (habiendo departamentos como Alta Verapaz que alcanzan la increíble cifra de 93%). Como apunta la Misión Lebret al estudiar el problema de la educación: el fenómeno del analfabetismo es el índice a la vez más revelador e impresionante del nivel cultural de una nación. Aunque el hecho de saber leer y escribir no constituye más que un modesto paso hacia la adquisición de conocimientos, la tasa de analfabetismo de un país revela la proporción de ciudadanos que, ciertamente, no ha tenido contacto con la cultura contemporánea; manifiesta a grandes rasgos el grado de desarrollo educacional del país.

De otra parte, el índice de analfabetismo es, igualmente un índice de pobreza, de bajo nivel de vida, y pone de relieve la incapacidad de numerosos sectores humanos para participar inteligentemente en la vida cívica de un país.

El aumento absoluto del analfabetismo en Guatemala puede observarse comparando la estimación actual de 82% con el dato del censo de 1950 que es de apenas 72% (aumento de 10%) en 14 años. Si bien quizás el porcentaje de población analfabeta se estaciona, el número absoluto de analfabetas aumenta considera-

blemente. Las causas de este fenómeno se deben, en primer lugar, a la elevada tasa de crecimiento anual - de la población. (22.28 por mil).

De otra parte, influye decisivamente en el aumento absoluto del analfabetismo, el elevado porcentaje - de niños en edad escolar (7 a 14 años) que anualmente no tienen oportunidad de ingresar a la escuela.

Enseñanza sobre la Salud.

Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho y habiendo revisado los programas de estudio a diferentes - niveles, podemos deducir lo siguiente:

a) La instrucción para la salud es una materia que se encuentra fuera de órbita del plan de estudios.

b) La mayor parte de su enseñanza es teórica y sin una verdadera implicación y aplicación a la vida - escolar.

c) Faltan habilidades en el maestro para despertar el interés y la motivación del niño para el cuidado - de su salud, adquiriendo buenos hábitos y actitudes. Desde luego que el conocimiento de las implicaciones de la enfermedad sobre el individuo a la colectividad, tampoco han sido en forma práctica integradas al sistema de enseñanza de estos profesores.

d) Carecemos de instrumentos para hacer más objeti-

va la enseñanza, al tiempo que no sabemos aprovechar los recursos disponibles.

En la escuela primaria los conocimientos de salud, tomados como cualquier otra materia, se reducen a memorizar aspectos de biología, anatomía e higiene. Lo mismo sucede a nivel de secundaria (bachillerato, normal, secretariado, etc.), en donde nuevamente se estudian algunas de estas materias en forma quizá más amplia pero usando la misma metodología del nivel primario.

En cuanto respecta a la Universidad, podemos expresar después de revisar los programas de estudio de la mayoría de las Facultades, que únicamente en el Facultad de Ciencias Médicas y Escuela de Enfermería se nota actualmente una educación para la salud que consideramos bastante satisfactoria, pero aún posible de mejorar en mucho.

En las facultades de Odontología, Veterinaria, Agronomía, Farmacia e Ingeniería, al igual de lo que decíamos anteriormente en relación a los niveles primario y secundario, los temas de salud que se pretenden estudiar son muy específicos y encarados con un criterio rígido de la técnica, sin correlacionar esos aspectos en forma debida con la salud y la enfermedad del individuo, y menos de la comunidad.

Podemos asegurar por tanto que los principales temas de la Salud Pública son mal conocidos por la mayoría del estudiante guatemalteco.

Juzgamos que en forma progresiva durante los años de estudio a diversos niveles, podrían estudiarse los siguientes temas:

Crecimiento;
Alimento y nutrición;
Ejercicio, descanso, recreación y sueño;
Higiene personal y de la comunidad;
Organos de los sentidos;
Salud mental;
Enfermedades comunicables y otras;
Problemas de salud pública;
Bebidas alcohólicas y narcóticas. Tabaco;
Accidentes y primeros auxilios;
Organismos de salud y bienestar social.

Los médicos y la salud pública.

La preparación que se recibe en la Facultad de Ciencias Médicas por parte del Departamento de Medicina Preventiva, ha sido hasta hace muy poco, una mera formalidad para llenar un requisito que contribuía a la consecución del título de Médico. De ello hablan claramente, el poco interés y hasta el desprecio que la clase médica siente por todo cuando se refiere a la Salud Pública. El concepto que sobre salud y enfermedad se ha dado en la Escuela, ha contribuído a que la carrera del Médico de Salud Pública y quién se dedique a las disciplinas de la Medicina Preventiva, hayan caído en descrédito y desconfianza.

Las estadísticas nacionales son demostraciones palpables de la falta de preparación de muchos médicos y de la indiferencia de otros, en relación con lo que ellas representan para la salud de una colectividad. Basta decir que mucho más del 50% de los certificados de defunción no tienen valor por no haber sido debidamente informados y la interpretación de este hecho por la O.M.S., es la falta de conocimiento de causa por parte de los médicos.

Se sabe a ciencia cierta que las tasas de morbilidad referidas por las estadísticas nacionales, revelan solamente el 30% de la realidad, y que por lo tanto no sirven para orientar en forma un criterio claro sobre el particular. Las causas de este hecho son múltiples, pero sin duda alguna, la mala educación médica juega el papel más responsable dadas las circunstancias de certificados de complacencia, de la poca seriedad al llenar los formularios denominados epidemiológicos y sobre todo la poca importancia que le dan al diagnóstico de un determinado caso de enfermedad obligatoriamente denunciable.

Entre los requisitos mínimos para una Facultad de Ciencias Médicas, y al respecto de la enseñanza de la Medicina Preventiva podríamos mencionar lo siguiente:

Su enseñanza debe revestir características especiales y específicas a Guatemala, en donde los problemas de enfermedades transmisibles constituyen la causa principal de hospitalización y de mortalidad.

Para dar una buena y adecuada enseñanza en estos

aspectos se deben coordinar en forma inteligente a todo lo largo de la carrera además de los cursos clásicos como Parasitología y Microbiología una serie de disciplinas tales como Metodología Estadística, Bio-estadística, Epidemiología, Ecología Humana, Socioantropología (que de hecho están en nuestros nuevos programas, pero que no fueron recibidos lamentablemente por el llamado plan antiguo) y las ramas que comprende la Salud Pública tales como saneamiento ambiental, educación sanitaria, administración general y salud pública y protección materno-infantil.

Debe darse instrucción adecuada en la previsión de las enfermedades comunicables y también en las de las enfermedades ocupacionales.

El alumno debe ver claramente la relación entre la salud y la enfermedad y su impacto en la estructura y la organización de la comunidad y como esta última puede influir sobre la salud. Debe comprender claramente que su misión no es únicamente curar al hombre enfermo sino mantenerlo en buen estado de salud. Debe comprender claramente que su misión no es únicamente curar al hombre enfermo sino mantenerlo en buen estado de salud. Debe comprender que su responsabilidad no debe llegar únicamente hasta el individuo sino a la familia y por extensión a toda la comunidad. Este aspecto importante de la medicina, es lo que se conoce actualmente con el nombre de "medicina social".

Una recomendación concreta al respecto, podría ser:

1. Colaboración mucho más estrecha de la Facultad de Ciencias Médicas con el Ministerio de Salud Pública y Sanidad, para la preparación de normas y programas.

2. Mayor impulso a la Bioestadística en los programas de estudio, con prácticas en la recolección y análisis de los datos de morbilidad y mortalidad y entrenamiento adecuado en la elaboración técnica de certificados de defunción.

3. Instrucción a los estudiantes de los problemas de salud, con especial énfasis en la patología regional, mediante el estudio práctico de estadísticas vitales.

4. Intensificación de los estudios de Pediatría, Obstetricia y Epidemiología Nacional.

5. Ampliación del Departamento de Medicina Preventiva e intensificación y desarrollo de los programas de saneamiento.

6. Estudio de las condiciones sanitarias: a) en zonas conocidas o establecidas y b) zonas por colonizar.

7. Dedicación de más horas parte de los estudiantes a los programas de Consulta Externa.

8. Celebración de contratos entre la Facultad de Medicina (Universidad de San Carlos) y el Ministerio de Salud Pública, por medio de los cuales éste delegue a aquella la organización y funcionamiento de distritos de salud, asumiendo la Universidad la total responsabilidad para él, lo que implica que-

tendrá plena autoridad y autonomía.

9. Responsabilizar a la Universidad a escoger las áreas más representativas de problemas nacionales de salud, dentro de una órbita que le permita el fácil acceso a ellas.

10. Interesar a las Universidades que no tengan Facultad de Medicina pero que si capacitan personal en ese tipo de problemas, para que colaboren con el Ministerio de Salud en desarrollo de planes de ese tipo.

11. Propugnar por la conveniencia de un progresivo intercambio de ideas, datos y experiencias, entre el Ministerio de Salud, las Universidades, las instituciones hospitalarias y en general de todos aquellos que influyen directa o indirectamente en la prevención de las enfermedades, cuidado de la salud y mejoramiento del estado físico y mental del hombre.

Como se nota mucha de esta programática se acopla a la general de desarrollo de la Nación, razón primera y última de ser de la Universidad.

Es evidente que la financiación de la colaboración de la Universidad en este plan deberá correr de parte del Ministerio de Salud Pública, pues la Universidad a través de la Facultad de Ciencias Médicas colabora con el personal y conocimientos científicos.

Conclusiones sobre la educación en salud.

1. Revisión de los programas de estudio en todos los niveles educativos, especialmente de primaria -durante el primero, el segundo y el tercer años que son los de mayor afluencia de la población escolar como ya ha sido demostrado- para enseñar asuntos de salud. Así mismo establecer la cátedra o coordinar las cátedras del caso a nivel de enseñanza secundaria y universitaria, con la misma finalidad.

2. En los cursos de alfabetización de la población imposibilitada de concurrir a la escuela, especialmente adultos, deberá tomar parte activa, el personal al servicio de los centros integrados de salud, para simultáneamente dar enseñanza sobre salud y enfermedad.

   Deberá aprovecharse toda campaña y práctica de campo para colaborar en este fin.

3. Sin desconocer cuanto se haya hecho hasta ahora en el país, en especial en la Universidad y Facultad de Ciencias Médicas, recomendar a esta última, la integración a lo largo de los primeros 7 semestres de la carrera, y a través de medicina preventiva, el curso completo de Técnicos Salubristas, con el fin de preparar un profesional que pueda desempeñar a cabalidad sus funciones preventivas y asistenciales en la comunidad. Deberá hacerse énfasis durante los años de estudio en una preparación de medicina preventiva, clínica, pediátrica

y obstétrica, para infiltrar los problemas de prioridad dependientes de estas ramas de la Medicina.

4. Integración a nivel de Seminarios de las Facultades de Ciencias Médicas, Odontología, Veterinaria, Farmacia, Escuela de Enfermería y de Servicio Social para incrementar los conocimientos de salud y enfermedad y sus repercusiones sobre la comunidad.

5. Coordinación de los anteriores centros docentes, con el resto de la Universidad, para igual incremento de conocimientos sobre salud y enfermedad, con el objeto que todo profesional egresado de la Universidad pueda comprender suficientemente lo que representan estos conocimiento y así colaborar mejor con el gobierno y la ciudadanía en la solución de los problemas inherentes a la salud.

6. Hacer en base a un plan racional de Salud del Ministerio respectivo, una revisión de las necesidades de personal profesional, médico, paramédico, técnico, administrativo, etc. que deberá ser preparado a corto y mediano plazo para ejecutar los programas de dicho plan.

La enseñanza de la medicina con proyección rural. (Reforma Universitaria).

Terminada la enseñanza primaria y secundaria el interesado por la medicina debe ingresar -despues de

llenar los requisitos establecidos y de rigor al llamado-Ciclo Básico, que deberá ser especializado en ciencias biológicas (para Medicina, Odontología, Farmacia, Veterinaria, y Enfermería), que viene a reemplazar en - nuestro país, lo que en el extranjero -mundo occidental- es el pre universitario o college.

Al ingreso de este ciclo no deberá haber un examen de ingreso científica o técnicamente estricto, sino únicamente en el orden vocacional y psicológico. Mas la intensidad y naturaleza de los estudios deberá ser un filtro natural, ya que para demostrar su vocación y capacidad universitaria, el estudiante deberá obtener un promedio de notas superior a 75 puntos, en determinados y específicos cursos para cada carrera facultativa, (en el caso de los que pretendan seguir la carrera de - Ciencias Médicas estos cursos serán: Física, Química y Biología). Tanto los cursos en que el alumno fuere - reprobado, como aquellos en que se le exija un mínimo de 75 puntos, pueden ser repetidos para tratar de mejorar su calificación por una sola y única vez; siéndole cancelada la matrícula en el primer caso y dejándosele en libertad para escoger otra carrera en el segundo, si esta segunda vez no llena los requisitos reglamentarios. Dadas las anteriores estipulaciones no se considera necesario un examen adicional, al terminar el Ciclo Básico.

Esta selección previa no es discriminación. La Universidad debe abrir su puertas a todos, pero tan solo han de llegar a ella los que demuestran su madurez, preparación, capacidad y espíritu de trabajo. La Universidad no debe discriminar por razones políticas, socia-

les o económicas, pero si, seleccionar por dotes intelectuales, vocacionales y morales. No es justo ni razonable que personas carentes de aptitudes o de condiciones intelectuales para cursar estudios universitarios, congestionen aulas y laboratorios, multipliquen en personal y equipos de trabajo el costo de la enseñanza, limiten a los más capaces y dispuestos la oportunidad de aprovechar cumplidamente las posibilidades que ofrece la Universidad en una carrera de costos tan elevados como lo es la Medicina. En una palabra, que impidan o dificulten el aprovechamiento de tiempo, recursos y facilidades que la Nación ofrece en nombre del mismo pueblo guatemalteco, a favor del más alto nivel educativo de la población, solamente por llenar una fórmula de aparente democracia en virtud de la cual la educación universitaria es un derecho de todos.

Al ingresar el estudiante propiamente a la Universidad y en este caso a la Facultad de Ciencias Médicas, no debe hacérsele nueva evaluación, pues se considera que los requisitos indispensables ya han sido satisfactoriamente superados. La carrera en sí no debe durar más de cinco años en ningún caso (que con los dos de Ciclo Básico hacen ya siete), pues es imprescindible que el estudiante llegue a rendir dividendos a la Nación lo más pronto posible.

Una innovación aquí planteada por vez primera, contempla la posibilidad de que la carrera de Ciencias Médicas involucre una dualidad de posibilidades, dentro de un proceso simultáneo y concatenado a la vez; la de Médico y Cirujano General en los ya mencionados 7 años ó 14 semestres (5 años medicina más 2 años

de Ciclo Básico) y la de Técnico Salubrista en 3 1/2 años ó 7 semestres (que no hará Ciclo Básico).

La importancia de esta innovación no escapará a los espíritus críticos y analíticos de la situación sanitaria del país; se debe cubrir satisfactoriamente en un término perentorio (10 años), todos los municipios o localidades mayores de mil habitantes, si deseamos realmente la superación de los desastrosos índices demográficos de nuestra patria. Para eso es necesario una cantidad de médicos o técnicos grande, y que lleven una preparación mínima para su desempeño acertado en los problemas sanitarios y de medicina preventiva en el área rural guatemalteca. Por otro lado sabemos que terminar completamente la carrera de Médico y Cirujano General lleva en sí sacrificios innumerables, difíciles o imposibles de superar en las más de las veces. De esta manera se logran superar dos complejos problemas que frecuentemente agobian a nuestras autoridades universitarias: la de una pronta y suficiente promoción de médicos capaces de resolver los ingentes problemas del área rural guatemalteca y la de la frustración de todos aquellos estudiantes de Medicina, que abandonan a la mitad de la carrera, que llevan una educación médica básica (o elemental si se quiere) que siempre se desperdicia y que de esta manera se encausaría en beneficio de la colectividad. Ya que los cursos para optar a Técnico Salubrista estarían escalonados en los primeros 7 semestres de la carrera de Médico y Cirujano, y la promoción de semestres para una y otra carrera podría ser simultánea pero independiente.

Al involucrar a este Técnico Salubrista de 7 semes

tres, dentro de nuestra programática, comprendemos - que significa una verdadera revolución dentro del concepto de la Salud Pública Nacional y dentro de las tradiciones clásicas de la medicina.

Para una mayor comprensión de su importancia y - de la perentoria necesidad de este paso decisivo, es necesario sentar unas cuantas premisas sobre la realidad - del medio, que nos llevarán a una serie de conclusiones que facilitarán la captación integral que encierra - este nuevo concepto. Debemos partir de que el problema fundamental se basa en el postulado clásico de la oferta y de la demanda; no es posible que los problemas de salud puedan pensar en mejorarse, cuando la proporción médico-paciente llega al 100 000 por 1, cual sucede en varios sitios de la nación, como Quiché y - Huehuetenango; es decir la oferta es poca y la demanda demasiada.

Por otro lado vemos que las 12 más frecuentes causas de mortalidad general en Guatemala (gastroenteritis y colitis, influenza o gripe, neumonía y bronconeumonia, enfermedades propias de la infancia, parasitismo - intestinal, tos ferina, sarampión, disentería, bronquitis, tuberculosis, anemias, avitaminosis y estados carenciales nutritivos), la constituyen enfermedades relativamente sencillas de diagnosticar y que se consideran -aún en nuestro medio tan limitado, como perfectamente evitables-.

De estas dos premisas sacamos una primera conclusión: la demanda de personal científicamente preparado para esta sencilla patología es elevada; el Estado a

través del vehículo razonablemente más adecuado para proporcionarlo -la Universidad-, no puede ofrecerlo - dentro de las características especiales que presenta la Salud Pública rural. En primer lugar, porque para llegar a la proporción comunmente aceptada de 1 000 personas por médico, dada la cantidad actual de 100 egresados anuales, la Facultad de Ciencias Médicas tardaría 35 años en llegar a los 4 000 facultativos necesarios (sin contar con que en el año 2000 tendremos no - menos de 10 millones de habitantes y entonces se necesitarían ya 10 000 facultativos) (Gráfico No.8). Ni aún cuadruplicando el presupuesto actual de la Facultad de Medicina (véase tesis del Dr. Julio Penados del Barrio), podría esta enfrentar exitosamente las necesidades docentes del momento, ya no digamos la de una amplia visión social futurista. En segundo lugar, porque el mínimo de demanda económica remunerativa de uno de los actuales facultativos no puede ni debe bajar de Q.500.00 mensuales, -dada la preparación y - responsabilidad-, cifra imposible de financiar, ni por las comunidades, ni por el Estado ni por entidades autónomas tipo I.G.S.S. (esta última netamente capitalista que presta servicio sólo a aquel que lo puede financiar.).

De donde, es indudable que no puede ser este tipo de científico de indiscutible alta valoración académica, al que deberá encomendársele la erradicación - de estas 12 causas de muerte evitable. Este científico necesario, altamente calificado, quedará al cuidado - de las unidades especializadas equitativamente distribuídas por regiones, según la densidad de la población y confluencia de comunicaciones (véase mapa en apén

dice) y por supuesto en los populosos centros urbanos - donde sus servicios si pueden ser utilizados por los grandes Centros hospitalarios (nacionales o privados).

El Técnico Salubrista tendrá una instrución básica de 7 semestres en Bio-estadística, metodología, estadística, epidemiología, ecología humana, socioantropología, saneamiento ambiental, educación sanitaria, administración, enfermedades infecciosas y transmisibles, parasitología y bacteriología), enfermedades más comunes de la primera infancia (enfermedades respiratorias-superiores, diarreas, hidratación), atención obstétrica normal (reconociendo lo anormal para enviarlo a donde corresponda) y atención de urgencia en accidentes. Esta persona será un individuo de neta extracción popular y con una clara vocación apostolar, originario de la - misma localidad y que deberá garantizar un trabajo exclusivamente rural y dentro de claras especificaciones. Por estas mismas condiciones, deberá aceptar una remuneración de más o menos un terio de lo que acostumbra hacer el médico de 14 semestres, es decir Q.150.00 - 175.00). Su misión principal y única, como ya lo hemos insinuado reiteradamente será la de subsistir con - ventaja al brujo o empírico en diagnóstico, tratamiento y asistencia sencilla en técnica, pero decisiva para la vida o la muerte del paciente. Su trabajo será supervigilado desde la Central de Salud regional, a donde deberá enviar con la perentoriedad del caso y por - los medios a su alcance, toda aquella patología que escapa a sus conocimientos en base a su misma complejidad. Es decir, su papel en este último caso se reduce al de un intermediario con el Centro Hospitalario o de Salud más cercano. Bajo la anterior estructuración de

la Salud Pública rural, si se podría financiar el sostenimiento local de un técnico de este tipo, por la propia comunidad o por el Estado en un sistema socializado. Y no sólo es factible dentro del plano estrictamente económico, sino plenamente posible, humanamente hablando, dentro de un planeamiento integral nacional, a apenas 10 años plazo.

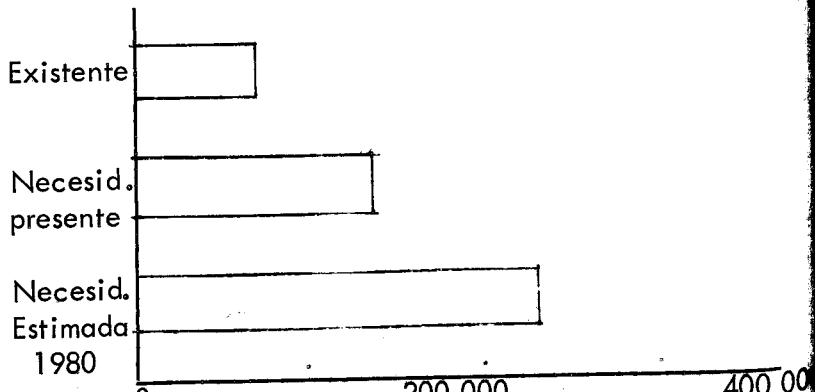
Por supuesto al terminar los siete años reglamentarios (dos de Ciclo Básico y cinco de Medicina) se logran obtener los tres títulos: Médico, Cirujano y Salubrista.

Los semestres de los cursos tendrán realmente una- duración de cinco meses, siendo el resto el dedicado a vacaciones con ciertas obligaciones inherentes a la carrera y su vocación social y popular. De esta manera- se logrará desde una temprana fecha ir interesando al - estudiante en ciertos y determinados problemas médico -sociales de capital importancia en la política de verdadera reforma universitaria. Así, vemos que ya en las vacaciones entre el primero y segundo años de Ciclo - Básico, el estudiante deberá enrolarse en el servicio - Social-Rural en calidad de auxiliar del equipo ordinario (esto además de familiarizarlo con los problemas del área rural, hace que se le abone a su favor para su cuota de post-graduado). En las vacaciones de primero a segundo y de segundo a tercer semestre, ya de la carrera de CC.MM., el alumno tiene la obligación de permanecer un mes en un servicio hospitalario calificado- de medicina y cirugía respectivamente, en calidad de auxiliar de enfermería (en donde aprenderá el confort- y aseo del enfermo, inyecciones, fleboclisis, curacio-

nes, vendajes, preparación de sala de operaciones, - etc.). En los subsiguientes recesos docentes, el alumno debe ya concurrir a efectuar encuestas, censos, etc. y luego a sus prácticas ordinarias hospitalarias, como - lo son las de los diferentes externados y después internados rotatorios y especializados.

Sólo después de haber cumplido en su totalidad su compromiso con el Servicio Social-Rural obligatorio - (Ver apéndice), puede el recién graduado, dedicarse a: ejercer privadamente o en el Servicio Nacional de Salud, ingresar como asistente de residente en pos de una especialización -mínimo tres años-, a cualquier hospital nacional o privado oficialmente reconocido por la Facultad de Ciencias Médicas para poder otorgar un título especialista o trasladarse al extranjero para estudios de post-graduado especializado -también con un - mínimo de tres años-.

NUMERO DE MEDICOS EN AMERICA LATINA
(1957)



OPS-OMS
Pub. Var.63
1961

GRAFICO No.8

CAPITULO VII

CAMBIO DE ESTRUCTURAS: MEDICINA SOCIAL

Socialización de la Medicina.

La socialización de la medicina o la organización estatal de la medicina, no es una panacea que hará desaparecer todos los males, ni tampoco una mala medicina que terminará neutralizando el proceso médico alcanzado en los últimos años y destruyendo las cualidades humanas de los profesionales que la practican.

En realidad este tipo de medicina nace como una necesidad imperiosa en ciertos países que están en un - determinado tipo de evolución económico-social. En estos más que una idea impuesta por un programa de gobierno, sería la adaptación lógica a circunstancias no provocadas, de las cuales han surgido problemas que sólo la medicina socializada puede abordar con un éxito perentorio, como lo exigen las circunstancias.

Todos los hechos son la consecuencia de una cadena de acontecimientos previos, en los cuales los hombres han sido actores más que autores y en su actividad ha estado desgraciadamente en la esfera de la adaptación a lo ocurrido, que en la creación del fenómeno.- La medicina socializada no escapa a este concepto y - no es por lo tanto la obra de uno ni de muchos hombres; nace a través de un largo recorrido de años en el cual

ha debido adaptarse paulatinamente a circunstancias económicas creadas por la vida en comunidad, y que en nuestro caso nacerá el día en que los dirigentes políticos responsables se den cuenta del deber ineludible de preocuparse de la salud de las grandes mayorías del país.

La creación de la Salud Pública organizada integralmente, que apareció embrionariamente ante la necesidad de combatir las enfermedades epidémicas, no es sino un paso previo positivo al de la socialización.

La actual estructuración económico-social de Guatemala ha permitido que un inmenso sector de población quede marginado de la atención médica, -no sólo necesaria, sino obligatoria,- este proletario o campesino es demasiado pobre para pagar por su atención médica, demasiado numeroso para ser atendido por las instituciones de caridad u Hospitales, demasiado importante (dentro de un concepto filosófico social cristiano) para que continúe abandonado a su suerte; estos hijos de la patria deben recibir atención médica y de salubridad,- cualquiera sea su costo.

Este pueblo guatemalteco, pobre como individuo, pero de cuya actividad colectiva deriva la producción del país, copa actualmente la labor asistencial.

Sólo el Estado o una enérgica reforma universitaria pueden deshacer el nudo que esto significa, dada la culposa pasividad de nuestra Universidad de hoy, que en vez de preocuparse por médicos integrales, lo ha hecho sólo por profesionistas cada vez más capaces,

pero que no pasan de ser verdaderos ingenieros de la salud.

Así nace la Medicina Socializada, respuesta lógica y natural a las condiciones creadas por el estancamiento social, destinada a otorgar vida y salud a quienes no están económicamente capacitados para costearla. Así entendida, como respuesta única a condiciones socio-económicas y no como promesa demagógica, los motivos que le dieron origen han seguido actuando, el progreso médico sigue en marcha y aumentan sus costos en forma paralela a su eficiencia. La fortuna individual sigue disminuyendo por la misma reforma de estructuras, y como lógica consecuencia ya no es sólo el proletario el que ha de servirse de la medicina socializada, sino que a ella deben recurrir un número creciente de individuos de las clases mejor remuneradas, que poco a poco van convirtiendo a la medicina socializada en la única solución posible para afrontar el grave problema del aumento de los costos de atención.

El médico de esta nueva organización trabaja en un equipo y como su remuneración es indirecta, lejos de ser un rival de sus colegas de profesión es sólo una parte del engranaje destinado a proporcionar la salud a la colectividad.

Ahora bien: en la organización de una medicina estatal deben considerarse factores que se relacionan con el grado de evolución demográfica de la población, otros con el ambiente físico que la rodea, otros con el desarrollo o nivel cultural y otros con los recursos materiales y humanos de los profesionales encargados de

cumplir el programa. Es evidente que estos factores están tan estrechamente ligados entre sí, que en la realidad resultan inseparables.

Hay pueblos en una etapa de desarrollo tan ínfima, que viven de una agricultura rudimentaria y que se caracterizan por una población joven en la cual predominan los analfabetos, las ciudades son pequeñas, la gran mayoría de la población es rural, y de existir algún saneamiento ambiental éste es extremadamente rudimentario e ineficaz. Ejemplo es Guatemala.

Al preguntarse cual o cuáles serán las causas principales de la mortalidad específica en un país como el descrito, no resulta difícil diagnosticar que ello se circunscribe a dos factores etiológicos: la desnutrición y la infección. El primero será el responsable de la frecuencia de la prematuridad y de su resultante obligada, la alta mortalidad neo-natal que se sumará a la infección causa de la muerte por diarreas infantiles y la muerte por infecciones diversas del adolecente y adulto joven. Ocasionalmente la carencia o los defectos fundamentales del saneamiento ambiental, permitirán la invasión de enfermedades de tipo epidémico, que agravarán aún más el cuadro.

La pobreza ambiental de este tipo de comunidades obliga al trabajo de los niños y ello involucra el analfabetismo en porcentajes de población creando un campo propicio para toda clase de supersticiones, que dificultan la educación sanitaria e impiden la instauración de medidas que pudieran disminuir la intensidad del daño. Ante el cuadro descrito, es fácil comprender que

no existe en tales regiones la posibilidad de una educación universitaria, o de haberla, ella sea de muy mala calidad. Los médicos serán entonces muy escasos y su voz no podrá ser escuchada por cuanto la población carecerá de la cultura mínima para comprenderla, los habitantes se encontrarán en su mayoría más cerca de la voz de brujos y curanderos que, viviendo como ellos, representan personajes integrados a su comunidad y más cercanos a su idiosincrasia.

Ante la anterior situación médico-social, un programa de atención médica total sería dispendioso e inútil por múltiples razones ya que las causas etiológicas de la enfermedad y la muerte seguirán actuando con igual intensidad y los médicos, de por sí escasos, no alcanzarían jamás a llenar la demanda, dando la triste impresión de un hombre que sentado ante un recipiente de basura en vez de taparlo para evitar las moscas, se dedicara a atrapar a éstas con las manos.

Antes que organizar la atención médica del enfermo, los Estados tienen labores mucho más urgentes y útiles para su población, ya un higienista consultado sobre la mejor manera de disminuir la mortalidad de un país, contestó que haciendo caminos. La respuesta es correcta, los caminos permiten la buena distribución del alimento y éstos conservan y prolongan la vida, constituyendo el factor fundamental del cambio demográfico. En la organización y desarrollo de tales comunidades, el ingeniero vale mucho más que el médico y el estado que organice sistemas de atención curativa no hará otra cosa que invertir mal su dinero y demorar con ello el desarrollo normal del territorio. Sobre el

requerimiento de atención médica tiene prioridad, el desarrollo de las fuentes de producción, la red caminera y la lucha contra el analfabetismo.

Sólo cuando la comunidad ha evolucionado lo suficiente para que surja por lo menos un rudimento de industrialización, una concentración popular mínima, una red de comunicaciones adecuada y una educación general básica; es cuando debe nacer la preocupación estatal por la atención médica individual (que antes debió atender la caridad privada) y después ya con una relación armónica entre los programas de desarrollo y disponibilidad de profesionales, veremos en acción la programación socializada. Dichos programas deben ser parciales y tener un gran acento preventivo, pues de otra manera aumentan su costo más allá de lo que es aconsejable sin lograr aumentar su rendimiento.

Ante recursos limitados, los programas médicos de atención por cuenta del Estado, (pues se está ante un proletario naciente y ante una demanda que interesa acrecentar) y de esfuerzo propio, tiene que mantenerse en la esfera de acción en la cual el examen preventivo de salud es capaz de rendir un amplio márgen de beneficio, como ocurre por ejemplo en las embarazadas, en los lactantes y pre-escolares y en los obreros jóvenes. En posesión de mayores recursos sería preferible incrementar las labores de saneamiento antes que ampliar los programas médicos restringidos, que poco obtienen al extender su acción centrífuga al área verdaderamente rural. No se sostiene que no deba proporcionarse atención al insuficiente cardíaco, al canceroso, o al afectado de úlcera gástrica; pero la que a ellos se otor-

gue debe ser financiada por el propio paciente (iniciativa privada propia) o por la caridad, privada que puede y debe recibir un aporte estatal para mantener e incrementar su eficiencia. Sólo una política de servicios restringidos dentro de una escala de valores que señale claramente donde debe ponerse el acento en la labor, será util a la comunidad y permitirá el desarrollo demográfico progresivo que lleve a la población a su fase más evolucionada sin que el costo del programa haya impedido el desarrollo armónico de la economía.

Si la medicina estatal está destinada a servir al individuo y a la colectividad, no se puede prometer atención indiscriminada al total de la población hasta que dicha promesa no sea alcanzable sin impedir el desarrollo de la comunidad. Todo exceso de servicio otorgado a un individuo particular va en detrimento del programa destinado al total de la población en la solución lógica y eficiente a los problemas preventivos y curativos de la comunidad, siempre y cuando ésta haya alcanzado un desarrollo tal que el saneamiento ambiental garantice una protección eficiente, la red caminera haga posible el abastecimiento y la comunicación eficaz, y que el analfabetismo haya sido vencido o disminuído a proporciones ínfimas.

Organización.

Para la organización de una Medicina Socializada realmente útil y adecuada, capaz de reemplazar con éxito a la medicina liberal, debe exigirse una eficiencia y un tipo de relación personal entre médico y enfer

mo que logre ganar la confianza del afectado. Para ello es imprescindible que el médico cuente con un buen instrumental, que tenga tiempo para escuchar y examinar sus pacientes, que exista un estímulo adecuado que garantice su ambición de progreso hacia el futuro y que además este remunerado en relación no sólo con la cantidad sino con la calidad de su trabajo. Si ello se logra, al mismo tiempo de conservarse lo mejor de la medicina del pasado, se habrá puesto al alcance de toda la comunidad la eficiencia de la medicina actual. Si el médico recibe una remuneración fija, cualquiera que sea la cantidad de su trabajo, si los pacientes le son asignados en número superior a los que puede examinar cuidadosamente y si no existe una continuidad de atención en las consultas futuras, la medicina socializada no pasará como dice Galdton, de ser una mala medicina, pero si la calidad técnica de las unidades médicas son garantizadas por un examen de ingreso en el que los conocimientos priven la antigüedad, y si la remuneración debidamente escalafonada es proporcional a la cantidad y calidad del trabajo realizado, no creo que pueda dudarse de la eficiencia del sistema socializado.

Principios de medicina social.

1. La atención médica, como derecho igualitario para todo ciudadano (Gráfico No.9), financiada por mecanismos indirectos que envuelven la contribución de todos cuantos trabajan en el país.

2. La atención descentralizada o alejada del Hospital, establecida lo más cerca posible de la casa de la persona necesitada y sectorizada en forma espontánea (o en última instancia dirigida o planeada) para colocar al médico a corta distancia de quien pueda solicitar sus servicios. La atención médica debe tender a ser lo que podríamos llamar pre-hospitalaria. El Hospital se deberá reservar para todo aquello que no puede hacerse en la clínica o en el domicilio sin aumentar el riesgo.

3. El Hospital deberá ser el eslabón final de una cadena, eslabón alejado del domicilio del enfermo y destinado a actuar sólo ante la imposibilidad o fracaso de la organización médica sectorizada. Así como la enfermedad representa el fracaso de prevenir el fenómeno, el Hospital representa el fracaso de recuperar al enfermo en su medio habitual; lógico es entonces que nosotros lo veamos como el mecanismo de excepción.

4. Los Hospitales cantonales o regionales enlazan directamente los casos más difíciles con los Hospitales Departamentales (que contarán con equipos de especialistas), y estos con el Centro Hospitalario nacional ubicado en la capital de la República; que por lo tanto se dedicará exclusivamente a los casos excepcionalmente difíciles o complicados que ameriten una fina especialización, y a los casos regulares de la ciudad y regiones circunvecinas del Departamento de Guatemala (ver mapa en apéndice). Esta división se utilizará para evitar la congestión que representa para los Hospitales

de la capital, la centralización excesiva y desorganizada...

5. Este tipo de Servicio Médico involucra un acento preventivo fundamental y una Salud Pública altamente eficiente. El preventivo está dado por el sistema de remunerar el Médico General de acuerdo con el número de sanos que depositan en él su confianza.

Cambio de estructuras.
(Servicio nacional de salud).

La organización del Servicio de Salud está basada en la existencia de un doble tipo de médico, ya tradicional en algunos países (Inglaterra y Unión Soviética) pero que prácticamente no existe en otros países. Un médico que podríamos llamar general que actúa en la ciudad o en el campo, en la misma forma que el tradicional médico de cabecera o rural único a cargo de una comunidad relativamente aislada y el especialista - que prácticamente trabaja dentro de la estructura hospitalaria.

Ahora bien el médico general dentro del nuevo - proceso social debe firmar voluntariamente un contrato de trabajo con el servicio nacional de salud; este contrato podrá ser parcial o de dedicación total, sin que ello se refiera a horas de trabajo sino solamente al número de personas que el médico acepte atender en forma integral. En caso de especificarse la dedicación total

al Servicio de Salud, el médico se compromete a mantener su consultorio abierto de 10-12, 14-16 y de 17:30-19:30 horas, dejando el tiempo restante para visitar a aquellos pacientes que requieran atención domiciliaria. Los enfermos que dicho médico tiene la obligación de atender son aquellos que estando sanos, se han inscrito en el registro que todo médico general debe mantener abierto en su consultorio, registro limitado a un número máximo de 3 500 personas, y que será menor sólo para los médicos que han firmado contratos de dedicación - parcial. El habitante de una localidad determinada o barrio cualquiera puede inscribirse en la lista de atención del médico de su preferencia y si es aceptado en ella, tiene derecho a acudir al consultorio dentro del horario ya señalado, o a solicitar visita en su domicilio cuando así sea necesario. Por cierto que la inscripción en la lista de clientes de determinado profesional no significarían un compromiso permanente, pues la - persona disconforme puede retirar su nombre de dicha - lista y colocarlo en la de otro médico; en igual forma un médico que no desea continuar atendiendo a un determinado cliente, le basta borrar el nombre respectivo de su lista e indicar al afectado que debe cambiar su inscripción a otro profesional.

Toda consulta o atención en domicilio debe terminar en cualquiera de las cuatro posibilidades siguientes (aisladamente o combinadas): a) Receta, b) orden, indicando determinados exámenes de laboratorio que - permitan aclarar el diagnóstico, c) orden de hospitalización y d) solicitud de interconsulta con un especialista. Si el médico general ha logrado un diagnóstico, entrega al paciente su receta (sin pago alguno) y éste-

la lleva a la farmacia donde se le despacha sin costo;- La receta es guardada en la farmacia y ella sirve para cobrar más tarde su importe al Servicio de Salud. Si el médico no está en condiciones de emitir un diagnóstico sin antes tener exámenes de laboratorio, envía su cliente al hospital regional o más cercano con las órdenes respectivas, volviendo el paciente a él más tarde con los resultados, de este modo el trabajo de laboratorio - clínico y patología se encuentra en el hospital y el paciente obtiene dichos exámenes sin costo alguno, solamente con la orden del médico general que los ha solicitado. Si hecho el diagnóstico el médico cree que su paciente debe ser hospitalizado envía la orden al hospital respectivo indicando el grado de urgencia de ésta. Si lo que el médico desea es una consulta con un especialista, si está en condiciones de concurrir al hospital se le envía a la consulta externa respectiva y vuelve al médico tratante cuando el especialista ha dado su informe; si el paciente no está en condiciones de movilizarse, la consulta se realizará en forma de -- "junta de médicos" y el especialista y el tratante concurren al domicilio del enfermo a hora fijada.

Las relaciones del médico general y sus pacientes son reguladas por el Comité Ejecutivo local quien tiene la autoridad para: a) firmar contrato con los médicos generales de la comunidad. b) autorizar las cancelaciones de los servicios prestados por ellos y los farmacéuticos odontólogos, optometristas etc. . Dicho Comité estará formado por: dos representantes de los médicos que prestan su servicio en la localidad, 2 por el Colegio Médico, 2 por el Ministerio de Salubridad y 1 por los farmaceúticos (7 en total).

En resumen, en todo el sistema que rige las actividades del médico general puede verse el interés del Servicio por defender las prerrogativas y derechos que el enfermo tenía cuando hacía uso de una medicina pagada en forma directa.

Así el ciudadano es libre de cambiar de médico si cree que no ha sido atendido en forma correcta. El profesional conserva a su vez todo el estímulo que representaba antes de la socialización el mantener una clientela, ya que su remuneración mensual depende del número de personas inscritas en su lista de atención al final de cada mes, no pudiendo aceptar más de 4000 inscritos con el objeto de garantizar una atención correcta al número de enfermos que esta cifra de sanos pudiera producir.

Suponiendo que estos consultorios generales se hayan instalados uniformemente en las diversas zonas (en el área urbana y rural) se garantiza que siempre habrá un médico a razonable distancia de sus posibles pacientes.

El Especialista.

La consulta externa de los hospitales, sólo recibe enfermos enviados por el médico general en consulta; siendo de esta manera un escalón intermedio entre las clínicas generales, consulta externa o especializada y los servicios hospitalarios.

El hospital concentra además los servicios de laboratorio clínico y radiológico y todo lo concerniente a las especialidades en sus diversas ramas de la medicina.

Suponiendo la distribución correcta de los hospitales regionales y de cabeceras departamentales, así como una red vial nacional (véase mapa en el apéndice), se garantiza la atención por los especialistas a razonable distancia y tiempo.

Servicio de Salud Pública.

Paralelamente a este servicio médico curativo, funcionará el Servicio Médico Preventivo, atendido por especialistas en salubridad y que actuarán bajo regimen de dedicación exclusiva.

A nivel del Ministro de Salud existen los especialistas encargados de dar las normas generales de acción de cada problema médico preventivo y a nivel de cada gobierno local existirá un Comité de Salud ante el cual es responsable el médico Jefe de Salud Pública de la zona.

Del médico Jefe de Salud Pública deberán depender los siguientes servicios:

1. Prevención de enfermedades infecciosas agudas. Atención y vigilancia de contacto de enfermedades transmisibles, planes de inmunización contra diversas enfermedades, etc.

2. Prevención de T.B. C. a través del estudio de contactos, atención e interconsulta con médicos especialistas, pero sin intervención de la atención hospitalaria de los pacientes.

3. Enfermería sanitaria (Enf, de Salud Pública).

4. Servicio de materno-infantil; en principio más -- normativa que de atención las clínicas maternales (pre- y post-natales) y clínicas de niño sano, pueden ser absorbidas por la labor del médico general.

5. Servicio médico-escolar. Encargado principalmente del examen de salud del escolar y de la prevención de posibles trastornos.

6. Servicio de inspección de saneamiento. Encargado de vigilar el buen funcionamiento de las obras de saneamiento ambiental (agua potable, drenaje, etc.); el estado sanitario de locales públicos y privados, expendios y conservación de alimentos.

Remuneración del profesional.

La remuneración del médico general depende del número de personas sanas que le hayan entregado su tarjeta de atención. Un inspector revisa periódicamente las tarjetas que conserva cada profesional en su consultorio y de acuerdo con ellas se fija el salario. Si un médico ha logrado el máximo de persona permitidas en su lista (4000) recibe un salario anual básico que varia ra escalafonariamente por cada año de trabajo.

Este cálculo se ha hecho de manera que un médico con 2500 inscritos pueda financiar la vida de una familia de dos hijos, mantener automóvil y comprar con el tiempo una casa modesta. Fuera de la lista de pacientes el médico tiene además otras fuentes de ingreso, la primera es la del cuidado de la embarazada (control pre-natal) y la atención del parto que se paga aún cuando el acto del parto sea atendido por el personal del hospital cantonal o regional, siempre que el médico general acompañe a la paciente. La segunda es una suma por cada denuncia de enfermedad infecciosa, con lo cual se estimula la colaboración del médico general con el Departamento de Enfermedades Infecciosas del Servicio de Salud Pública. La tercera resulta de un porcentaje por cada paciente inscrito en su record que no enferme en un período de seis meses.

La remuneración del farmaceútico es bastante simple, pues el Servicio de Salud es solamente un comprador y todo el problema se reduce a presentar al Consejo Ejecutivo local las recetas firmadas por médicos contratados por dicho consejo que han sido despachadas y menos unos 15%, este 15% que debe pagar el enfermo al retirar la medicina, sirve como moderador.

La remuneración de los médicos del hospital será diferente, por lo general estos especialistas tendrán un sueldo fijo a tiempo completo o medio tiempo escalafonariamente al tiempo que ha trabajado en hospitales, pero también a puestos académicos que va desempeñando: asistente de residente, residente, jefe de residentes, jefe de clínica, jefe de departamento, etc. (como es realmente un especialista es comprensible que su

remuneración varíe sustancialmente según el grado de preparación que ha alcanzado.

Para la administración de los servicios hospitalarios el territorio nacional ha sido dividido según el nuevo concepto departamental de la Dirección General de Cartografía (ver mapa en apéndice). En cada uno de los cuales funcionará un hospital regional con un Comité Regional de Salud, el que actuará como la autoridad intermedia entre el Ministerio de Salud, el Hospital Regional, los Hospitales Rurales y los médicos generales.

Los médicos de tiempo parcial (tanto en hospitales, como en los programas de medicina socializada), pueden establecer consultorios privados en su tiempo libre, en los cuales son dueños absolutos de fijar las remuneraciones que deseen.

Financiamiento del Servicio de Salud y Seguridad Social.

Es evidente que en Guatemala se tropieza con un singular problema que de no superarse, puede dar al traste con toda la planificación salubrista anterior; el problema esencial consiste en los salarios de hambre (Q.0.50 es como promedio diario) para una gran mayoría de guatemaltecos (80%); con este bajísimo ingreso es materialmente imposible montar un programa adecuado a las circunstancias.

Es imprescindible subir el salario mínimo del traba

jador agrícola (como ya lo recomendó la O.N.U) y - por consiguiente también el del trabajador de la ciu- - dad a una cantidad adecuada y naturalmente superior a la anterior.

De esta manera suponiendo sobre la cantidad de - 2 000 000 de habitantes los que trabajan y ganan sala- rios en Guatemala y suponiendo un 80% de trabajado- res del campo y 20% del área urbana:

Tenemos que con un descuento de 12% del salario de los trabajadores se obtiene anualmente una canti- - dad muy superior a los cien millones de quetzales; al que se agregaría el aporte patronal que deberá ser no - menos del 18%.

Estos aportes substituirán todos los actuales, inclu- so los jubilatorios, por cuanto las jubilaciones se finan ciarán con el producto del Impuesto sobre la Renta, - cantidad teóricamente enorme que no debe servir para destinos burocráticos, sino para redistribuir el ingreso - nacional con un objetivo de justicia social.

Seguridad Social.

Una medicina estatal por muy buena que ella sea no puede cumplir su objetivo si no se desarrolla parale- lamente a una organización de seguridad social que es- té destinada a mantener el poder adquisitivo del hom-- bre durante la invalidez, sea ésta de carácter perma-- nente o temporal. En la inmensa mayoría de las enfer-

medades la primera indicación médica es el reposo y si en el tiempo pasado fue posible desentenderse del pro- blema económico que significaba y entregar su solución a la caridad privada, ello es imposible desde que la Re- volución Industrial hizo nacer el proletariado y desde - que la medicina reconoció que muchas enfermedades - crónicas consideradas incurables pasaban siempre eta-- pas asintomáticas en las cuales el reposo entre otras me dicinas, las convertían en recuperables. El obrero de ciudad víctima de una enfermedad febril aguda puede - ser hospitalizado y aun tratado gratuitamente de su do- lencia; pero durante el período de enfermedad el res- to de la familia tiene que seguir viviendo y ese hom- - bre aún convaleciente, se verá impulsado a volver al trabajo en forma prematura para disminuir la catástrofe financiera que sobre él se cierne por sus menores ingre- sos y por las deudas contraídas durante su enfermedad. Si en vez de una dolencia febril aguda totalmente in- compatible con el trabajo, el obrero se ve afectado de una T.B.C. mínima o de una insuficiencia cardíaca in- cipiente, nada se obtendría con indicar reposo si la - víctima sabe que dicha medida condena al hambre a to- do su grupo familiar pues es lógico que prefiera mante- ner su capacidad económica inmediata y luchar por el alimento de los suyos antes de someterse a tratamiento - médico sin compensación económica.

Si a estas consideraciones se agrega que los bajísi- mos salarios de los campesinos y obreros manuales, no permiten el más mínimo ahorro y que por ello el traba- jador y su grupo familiar (6 personas) carecen de capi- tal de reserva que les permita afrontar la emergencia e- conómica de la enfermedad y menos aún la tragedia -

que significa la invalidez definitiva; se comprenderá - que la organización médica sólo puede solucionar una parte del problema, llegando a ser útil y de éxito cuando alguna forma de seguro social soluciona la pérdida de la capacidad productiva del afectado.

Cuando el grueso de la población es agrícola, el problema es ligeramente menor pues el grupo familiar - guarda la solidaridad y en las más de las veces hasta para asegurar la debida protección; pero en las áreas urbanas en plena revolución industrial o ya pasada ésta, las cosas no se presentan ni claras ni simples. Las enormes dificultades de vida (mejores salarios pero elevado costo alimenticio y de vestuario), sumados a las largas jornadas de trabajo, incrementaron el egoísmo del hombre haciéndole olvidar paulatinamente aquel precepto que antes los obligaba mantener a los padres ancianos.

La invalidez permanente que la edad o el accidente eran capaces de producir, la pensión de vejez que permitiría al anciano un retiro honroso, fueron los primeros pasos concretos de los programas de seguridad social.

Esquemáticamente todos los sistemas de seguridad-social están basados en una cuota descontable del salario del asegurado más otra aportada por el patrón (que en último término también es parte del salario del obrero), y que se complementa con un aporte estatal proveniente de las rentas generales de la nación. El fondo- así colectado produciría una cantidad dada de dinero, - que primitivamente debió dividirse en dos porciones; una destinada a sufragar los gastos inmediatos que demandaran los servicios prometidos y otra destinada a formar un capital cuyo interés produjera el dinero necesario para sufragar los gastos crecientes que en el futuro demandaran las pensiones de retiro de los individuos - que fueran cumpliendo la edad de jubilar.

Este regimen de capitalización ha hecho que las - compañías de seguros hagan unas ganancias fabulosas apoyadas en los avances de la medicina que retrasan cada vez más la muerte de las personas (así el asegurado paga durante más tiempo).

Pensión de Vejez.

Es este un beneficio otorgado por las leyes de seguridad social del mundo actual y no es necesario referirse al principio de justicia en que está basado. Cabe sí recordar que no sólo es justo mantener el poder de consumo del hombre que por su edad ha perdido su capacidad de producción, sino que además es este un mecanismo esencial para abrir nuevas fuentes de trabajo a la - juventud que se va anualmente incorporando al mercado de productor y que evidentemente rendirá mucho - más a la nación que la vejez agotada.

La edad de retiro varía en 60 años para el hombre y 55 para la mujer; aunque según la calidad de trabajo y excepcionalmente pueden establecer derecho a - pensiones de retiro según el número de años que hayan trabajado antes; la mayoría de las legislaciones coinciden con el período de 25 años de trabajo. La cantidad de remuneración también varia. Desde cantidades mínimas fijas (sin importar la remuneración anterior) co

mo en Inglaterra, hasta otros países en que el retiro es proporcional a la renta percibida (y va desde la totalidad de ella hasta el 50%). En cualquiera de los dos sistemas, no debe de olvidarse, que entre otras cosas esta pensión retiro persigue el mantenimiento del poder consumidor del hombre incapaz de producir, pero siempre protegida contra el peligro de la inflación, en cuyo caso debería ser reajustada.

Pensión de Invalidez.

En su concepto más moderno, invalidez es la incapacidad que se adquiere para la ejecución del trabajo al cual el obrero está habituado; esto es mucho más justo, hoy día con una especialización tan marcada. Hay dos tipos de invalidez dentro de este renglón: la que deriva de una enfermedad provocada por un accidente de trabajo y los que se derivan de una enfermedad profesional. Ambas han sido enfocadas ligeramente diferentes, pues en el primer caso prácticamente no hay ninguna forma de responsabilidad ya que la dolencia se ha contraído por efecto de las leyes de azar; en el accidente de trabajo o en la enfermedad profesional en cambio, existen factores controlables que pueden disminuir el riesgo y que son en la mayor parte responsabilidad del empleado.

Al circunscribir el análisis solamente a la invalidez derivada de enfermedad comprobamos que toda la legislación mundial coincide en compensarla tomando en consideración dos factores: el número de años de trabajo previos a la invalidez y el grado de invalidez su-

frida por el trabajador, así visto el problema tiene un fundamento lógico y humano innegable al otorgar mayor cantidad de dinero a quien ha logrado producir durante un mayor número de años.

El concepto de invalidez derivado de la enfermedad es aquel que se produce a consecuencia de una dolencia desarrollada cuando el hombre ya estaba en trabajo; aquellas invalideces que incapacitan al hombre para iniciar su vida de trabajo, no son consideradas por la ley, y el problema que de ellas deriva es solucionado en las legislaciones más avanzadas por el sistema de asignaciones familiares que no tengan relación con la edad, homologando al incapaz de trabajar con el menor de edad.

Cuota muortoria y pensión de viudez y orfandad.

Ambas están destinadas a cubrir el riesgo que significa la muerte del Jefe de Familia por otras causas que no sean derivadas de accidente o enfermedad profesional. En cierto sentido, ellas representan una invasión por el estado de la función que actualmente cubre el seguro de vida comercial y por ello en ciertos países de alto nivel de vida y por ende de alto salario, la legislación se limita a exigir que el trabajador mantenga un seguro de vida proporcional a sus ingresos. Sin embargo es de desear que esté incorporado a las leyes sociales presentando así una actitud realista que involucra reconocer la realidad, que ante salarios bajos, el seguro de vida de tipo comercial es muchas veces superior a las posibilidades económicas del trabajador.

La cuota mortuoria es siempre una cantidad única y de naturaleza fija, independiente por tanto del salario que el afectado recibiera en vida y esto destinado a sufragar los gastos del enterramiento.

La pensión de viudez y de orfandad, debe en cambio tener características muy diferentes, ya que por su naturaleza está destinado a lograr la readaptación del grupo familiar a sus nuevas condiciones de vida. En general la viuda recibe una pensión equivalente a un porcentaje de salario que su conyuge recibía en vida y proporcional al número de hijos y a la edad que éstos tengan y si estos aun no han cumplido la edad que la ley fija como límite mínimo para el trabajo, con la opción a prolongarse más allá si el o los hijos continúan estudiando.

Asignación familiar.

La legislación social de los diversos países varía grandemente en cuanto a su política de incremento o limitación de la natalidad. Hay quienes en su deseo de limitarla conceden asignación familiar sólo a un determinado número de hijos menores, otros, también de tendencia limitadora, miran a la familia numerosa como un "accidente" y conceden asignación familiar, desde el quinto hijo menor, otros, tratando de incrementar la natalidad, conceden asignación familiar a todo hijo menor cualquiera que sea el tamaño de la familia.

En general la asignación es independiente del salario que percibe el Jefe de Familia y fijado en una

cantidad de dinero que está de acuerdo con el costo real de la subsistencia y el gasto que realmente produce el menor.

Subsidio de enfermedad.

La precisión de compensar el poder consumidor temporalmente perdido durante la enfermedad, es de tal justicia que se encuentra contenida en todas las legislaciones sociales avanzadas. Lo que varía son sólo tres conceptos: el elemento del subsidio, su duración y el derecho a percibirlo.

En cuanto al monto, lo más lógico es mantener el salario compensatorio igual al que se percibía en la actividad normal, ya que la enfermedad, en general, demanda más gastos que la vida corriente; y que es parte de la terapéutica disminuir las preocupaciones del enfermo y entre ellas la económica suele ser la principal. Ahora bien, quienes propician cancelar solamente una parte del salario que se percibía en actividad, lo hacen sosteniendo que tal sistema disminuye las posibilidades de fraude por simulación. Pero si bien es cierto que el fenómeno puede ocurrir, se logra evitarlo con una buena educación y una buena medicina y en todo caso el fraude resulta menos peligroso que el rechazo del subsidio disminuído en aquellos afectados de enfermedades crónicas de comienzo asintomático que son recuperables sólo en etapas iniciales, y en las cuales la T.B.C. es un buen ejemplo.

En cuanto a la duración del derecho a subsidio exis

ten dos criterios contrapuestos: uno la limita dentro de un plazo máximo, transcurrido el cual, si no se ha logrado la recuperación del afectado éste debe de ingresar al sistema de invalidez por enfermedad. El otro, - más justo y más de acuerdo con la naturaleza de las enfermedades crónicas no pone límite de tiempo al beneficio y lo mantiene mientras existan razonables posibilidades de curación, siempre que la enfermedad sea considerada recuperable. El derecho de percepción de - subsidio varía en cuanto al plazo de trabajo previo al momento en el cual se hace acreedor a tal beneficio.- La mayoría sin embargo propician un período de por lo menos tres meses de tabajo antes de ser acreedores a - compensación, para prevenir la posibilidad de que un- individuo, en la conciencia de estar enfermo, se em-- plee con el propósito de conseguir subsidio. Es evidente que el sistema de examen de salud previo soslayaría definitivamente el anterior problema, aunque tiene el grave defecto de eliminar definitivamente del mercado del trabajo a toda víctima de enfermedad crónica co-- mo las secuelas del reumatismo cardíaco, la hiperten-- sión, etc.....; pero es evidente también que este tipo de persona cae dentro del concepto del inválido parcial y está protegido en muchas legislaciones en forma conjunta con los inválidos de accidente de trabajo que está comprendido dentro de la acción de la medicina - rehabilitadora.

Subsidio de cesantía.

Está destinado a mantener el poder consumidor del grupo familiar del obrero cesante, cuyo fundamento de

justicia social y económica resulta innegable. La legislación mundial revela una doble actitud, unos no consideran el factor cesantía dentro de su legislación y dejan el total del problema en manos de los organismos - de auxilio social, otros lo incorporan en su legislación como parte indispensable de la protección social que - intentan establecer.

En todos estos casos el subsidio es muy inferior al del salario del activo y por un plazo muy limitado, con el objeto de estimular al afectado a buscar pronto una nueva ocupación remunerada y evitar el cesante voluntario. Por lo general el monto alcanza a "un mínimo - vital".

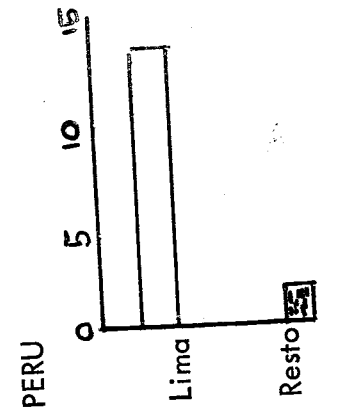
Seguro de accidentes de trabajo y de enfermedad profesional.

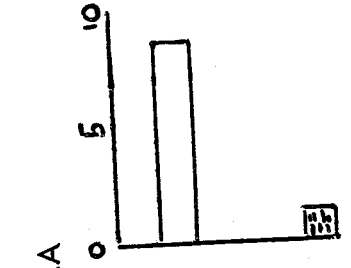
Su existencia es reconocida prácticamente por toda la legislación social de los países avanzados, pero constituye una legislación y financiamiento diferente - de lo que entendemos por seguridad social. Es lógico- que así sea, pues mientras la seguridad social debe cubrir riesgos que envuelven prácticamente al total de la población trabajadora del país, la legislación del accidente de trabajo está destinada a proteger a grupos de individuos especialmente expuesto a riesgos en su mayoría evitables, cuyo financiamiento no tiene porqué pesar sobre el total de la población, ya que las probabilidades son muy diferentes. El financiamiento del costo corresponde sólo a los individuos bajo riesgo (patrones y obreros), y el financiamiento patronal es más alto -

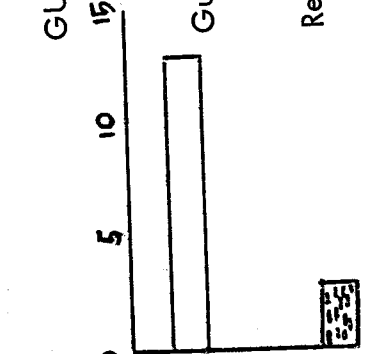
mientras mayor sea el riesgo que el trabajador debe afrontar, lo que es un fuerte incentivo económico en tomar las medidas necesarias para disminuir los riesgos.

La pensión de invalidez por accidente o enfermedad profesional, así como la provocada por una enfermedad común de otra etiología, representan una suma considerable de dinero que indudablemente dificulta el financiamiento del sistema, además de representar para el pensionado un factor desmoralizante capaz de provocar en él profundas alteraciones psíquicas; es lógico entonces que junto a la legislación social que cubre los riesgos de invalidez se desarrolle un movimiento de medicina preventiva destinado a disminuir el peligro y una especialidad que tienda a disminuir la invalidez mediante procedimientos de rehabilitación; ambas acciones englobadas en lo que hoy conocemos con el nombre de "medicina del trabajo".

MEDICOS POR 10 000 HABITANTES EN AREAS URBANAS Y RURALES: CHILE, GUATEMALA Y PERU .-
(Número por 10 000 hab.)







Capital ☐ Resto ▦ 1957

OPS-OMS
Pub. Var. 63
1961

GRAFICO No.9

APENDICE

CONCLUSION GENERAL. (Que se sintetiza en el siguiente)

ANTEPROYECTO DE LEY SOBRE SERVICIO CIVIL - RURAL.

Considerando:

a. - Que al enalfabetismo asume proporciones alar - mantes (alrededor del 82%) en Guatemala, y que su- be a más del 92% entre las gentes campesinas y obre - ras del país;
b. - Que la desnutrición es flagelo igualmente nume- roso en los mismos sectores de población, que eviden- temente son mayoría en el país;
c. - Que las condiciones de vivienda y sanitarias en los medios suburbanos y rurales son en extremo preca- rias;
d. - Que la producción de elementos básicos para la alimentación del pueblo guatemalteco presenta un dé- ficit muy importante en todo el territorio del país;
e. - Que es imposible sanificarle, ejecutar salud pú- blica y privada, ni erradicar condiciones adversas ya mencionadas, sin mejorar previamente la educación - básica de los moradores y ejercer amplia educación - sanitaria;

f. - Que es obligación apremiante implantar cuantas medidas estén a su alcance para mejorar el estado económico, cultural y sanitario del Pueblo;
g. - Y conjunta obligación de los ciudadanos, colaborar a la solución de las dichas circunstancias.

DECRETA:

1. - Se crea el Servicio Civil Rural en Guatemala, el - que iniciará funciones el 1° de enero de 1966 y contará- con las siguientes secciones:

a. - alfabetización;
b. - cultura básica;
c. - mejoramiento del hogar;
d. - vivienda;
d. - agropecuaria;
f. - vías de comunicación;
g. - cooperativismo. -

2. - El Servicio Civil Rural será atendido por su propia - Dirección General que por esta ley y por este artículo - queda creado; y por las secretarías regionales, departa - mentales y municipales respectivas, organismos que por esta ley y artículos quedan así mismo creados y que empezarán a prestar sus servicios en la misma fecha.

3. - La Dirección General de Servicio Civil Rural tendrá un Consejo de Planificación y Orientación, constituído- por los Ministros de Estado: Salud Pública, Educación,- Obras Públicas y Agricultura, así como por el Alcalde - Municipal de la Ciudad Capital.

Las Secretarías Regionales y Departamentales ten - drán su Consejo de Orientación y Ejecución constituídos por los secretarios seccionales de Salud, de Educación, de Educación, de Obras Públicas y de Agricultura, así como por los Alcaldes respectivos cuando se trate de los Departamentos y de los Gobernadores u otra autoridad que el Ejecutivo nombre para cada región (unión de varios Departamentos).

4. - En cada Municipio el Servicio Civil Rural estará a cargo de un Jefe, que será el del Centro de Salud Pública, quién estará asesorado por un Consejo local formado- por el alcalde, el Director de la Escuela Nacional de Varones, la Directora de la Escuela Nacional de niñas y - dos vecinos honorables nombrados por los anteriores.

5. - A partir de la vigencia de 1965 en los presupuestos y planeamientos de gastos de la nación, Departamentos y de los Municipios, se incluirán anualmente, con destino a la dirección de Servicio Civil Rural, partidas de --- - Q. 0. 50 en el de la Nación, por habitante; Q. 0. 20 en los del Departamento por cada uno de sus habitantes y - Q. 0. 10 por habitante del Municipio, en los de este. Dichas partidas serán giradas por doceavas partes, mensualmente; con prioridad a cualquier otro gasto, a la Dirección General de Servicio Civil Rural.

6. - A partir de la vigencia de la presente ley, las empresas de loterías y toda otra empresa que funcione en el país, con premios otorgados por el sistema de venta de billetes, destinarán el 12% de sus utilidades para la Dirección General del Servicio Social Rural, sumas que dichas

empresas u organizaciones girarán al efectuar cada balance.

7. - Crease a partir de la vigencia de la presente ley, un impuesto de 5% sobre el valor de todo boleto para entrada a espectáculos públicos; este impuesto se destina a la D. G. S. C. R., será cobrado por el empresario con el valor de la entrada y girado a la Dirección General al finalizar cada mes.

8. - Crease un impuesto de Q. 0. 005 por cada botella de bebida no alcohólica (gaseosa o no) y de Q. 0. 01 - para todas las que contengan alcohol, vendidas en el país. Tal impuesto entrará en vigor desde la vigencia de esta ley, será cobrado por el fabricante y girado - mensualmente a la Dirección General de S. C. R.

9. - Las sumas recaudadas por los impuestos fijados en los artículos 6, 7 y 8 de la presente ley serán retenidos por el Ministerio de Hacienda, al que se girarán - desde su colecta, hasta cuando empiece a funcionar - la D. G. S. C. R. al cual las entregará. Desde entonces serán giradas a este.

10. -A las secciones de la D. G. S. C. R. enumeradas - en el artículo 1 de esta ley, corresponderán las siguientes labores:

a.) A la sección de alfabetización: enseñar a leer y escribir. Esta enseñanza será impartida por egresados de los estudios de magisterio, bachillerato, perito - contador etc. y los que demuestren su capacidad para

hacerlo, siempre que hayan cursado la primaria completa.

b.) La sección de cultura básica enseñará las cuatro operaciones fundamentales de aritmética; cultura cívica; deberes y derechos políticos en Guatemala; geografía e historia elemental del país. La enseñanza de estas asignaturas será impartida por los egresados de magisterio y por los demás egresados del ciclo Pre- vocacional de Post Primaria.

c.) Sección de Cooperativismo. Enseñará la organización, administración y ejecución de cooperativas - de producción y consumo y de granjas colectivas. Esta instrucción será impartida por técnicos que adies - trará de inmediato la D. G. S. C. R., además de estudiantes y egresados de Derecho, Económicas y Humanidades.

d.) Sección de vivienda. Hara enseñanza acerca de la conveniente y económica construcción de casas; - mantenimiento de las mismas (pisos, poyos, pilas, dormitorios, baños); eliminación de aguas negras y de basura; materiales de construcción disponibles en el ambiente; erradicación de insectos y roedores, acueductos rurales. Esta enseñanza será impartida por quienes obtuviese el título de ingeniero o de arquitecto en - cualquiera de sus ramas o especialidades, o de estu - diantes de estas carreras en más allá de la mitad de la misma.

e.) Sección de mejoramiento de Hogar. Impartirá en

señanza sobre: todos los enseres hogareños (mobiliario, - luz, aireación, etc.); arreglo y construcción de muebles con elementos disponibles en el medio; economía domés - tica; distribución del tiempo para diversas tareas del ho- gar. Esta instrucción correrá a cargo del Servicio Social y en técnicos capacitados por la D. G. S. C. R.

f.) Sección agro-pecuaria. Enseñará la cría y aprove - chamiento de animales domésticos; selección de razas de ganados; industria doméstica de la leche; huerta casera;- frutales; abono; rotación de cultivos etc. Esta enseñan - za estará a cargo por quienes obtuviese títulos de Agróno mo, Veterinario, Escuela de Agricultura y los estudiantes de más allá de la mitad de la carrera en las dos primeras- profesiones.

g.) Vías de comunicación (caminos vecinales). Dará en señanza sobre trazado y construcción de caminos practi - cables con los medios al alcance de la comunidad, para- unir los diversos poblados y caseríos vecinos y con las ru tas interdepartamentales; pequeñas industrias, pequeños - puentes. Esta instrucción correrá a cargo de quienes ob- tengan los títulos de Ingenieros o de Arquitectos en cual quiera de sus especialidades, además de los estudiantes - de estas carreras que lleven ya más de la mitad de sus es tudios.

11.-Además de las enseñanzas previstas en esta ley y de las que posteriormente se fijen por el Estado, la D. G. S.- C. R. dispensará ayuda pecuniaria para ejecución de las obras, adquisición de materiales y de elementos de ense- ñanza y para las demás actuaciones que la D. G. S. C. R.- considere adecuadas y convenientes.

12.-Quedan obligadas a perstar el Servicio Civil Rural todas las personas que en 1965 y después obtengan títulos para ejercer las profesiones enumeradas en esta ley y en cualquier otro cuyo ejercicio se ampara en certificado, tí tulo o diploma y licencia. Unicamente cuando este nú - mero de graduados sea insuficiente, serán aceptados en - los puestos, candidatos voluntarios que llenen los requisi tos enumerados anteriormente; descontándoseles este lap so de tiempo de período de obligatoriedad que contempla esta ley.

13.-Los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, - odóntólogos, farmacéuticos, químicos biólogos, técnicos de laboratorio y otros profesionales que la D. G. S. C. R. - determinará, prestarán el S. C. R. en Salud Pública.

14.-Los titulados en derecho atenderán además la judica tura rural con carácter obligatorio como se reglamentará oportunamente.

15.-A los titulados en cualquier arte, oficio o profesión no expresamente contemplados en esta ley, les serán se- ñaladas funciones en el S. C. R. por la secretaria seccio - nal del ramo.

16.-El S. C. R. con base en los municipios, prestará ro- tatoriamente su atención a todos los caseríos, aldeas, ran cherías etc. - de tal modo que la totalidad del munici - pio reciba atención -, en un programa de acción coordi- nado a la Acción Cívica del Ejército, quien prestará su colaboración en efectivos y personal de acuerdo a un pro grama que será señalado oportunamente.

17. -Quienes según la presente ley estuviesen obligados a prestar el S. C. R., lo desempeñarán tanto bimestres cuantos años hubieran durado los estudios que sustentan el título respectivo. Pero nunca más de 6 bimestres (un año). Los Bachilleres o similares solo prestarán 2 meses de servicio.

18. -El bimestre de servicio de los Bachilleres o similares les será descontado del período que posteriormente les corresponda prestar en calidad de profesionales.

19. -A partir de la emisión de la presente ley, se fijan las siguientes partidas en los presupuestos de gastos nacionales, departamentales y municipales. En el Nacional el 15% para Salud Pública, y el 15% para Educación; en el departamental 12% para cada una de dichas actividades; en el municipal 15% para cada una de dichas actividades.

20. -Decláranse con prioridad, inamovibles y no susceptibles de traslado alguno dentro de los respectivos presupuestos, las partidas de dinero presupuestadas según esta ley para el S. C. R., Salud y Educación.

21. -Para ejercer en todo el territorio de Guatemala cualquier arte, oficio o profesión de los incluídos o no en esta ley, desde el primero de enero de 1966 en adelante, el aspirante presentará ante la alcaldía del municipio donde aspira a ejercer, y por una sola vez, además del título o diploma correspondiente, Certificado expedido por la Secretaría seccional del S. C. R. en que consta la prestación previa por el aspirante, de

dicho S. C. R.

Sin el requisito aquí previsto, el alcalde no permitirá el ejercicio; lo impedirá a toda costa, inclusive prisión, y sin más instrumento de juicio que la falta de dicho certificado.

22. -El incumplimiento de la anterior disposición por parte del alcalde, será causal de destitución inmediata del funcionario.

23. -La disposición contenida en los dos artículos anteriores regirá desde enero de 1966 en adelante.

24. -En adelante no se expedirá en Guatemala licencia para el ejercicio de las artes y profesiones contempladas en esta ley. Unicamente el título y el Certificado del S. C. R. permitirán el ejercicio de dichas artes, oficios y profesiones.

25. -No estarán obligados a prestar servicio militar los estudiantes que desde la vigencia de la presente ley se encuentren adelantando estudios para optar a uno de los títulos comprendidos en ella. Ni las personas que hubieren prestado S. C. R. La prestación de este confiere derecho a libreta militar.

26. -El S. C. R. se desempeñará por quienes estén obligados a él, tan pronto como terminen los estudios que lo motivan.

27. -Desde la vigencia de la presente ley no se permi-

tirá a ningún profesional emprender estudios de especia - lización de post graduado, antes de haber prestado el S. C. R. Este obliga también a los graduados fuera de la República de Guatemala, nacionales o extranjeros que deseen ejercer su arte, oficio o profesión en esta nación.

28. -Anualmente la Dirección General del S. C. R. destinará el 20% de su presupuesto para adquirir herramientas, materiales de construcción y de enseñanza, vehículos para el servicio rural y demás implementos de su incumbencia. Todo lo cual, si fueren importados, quedan exentos de todo impuesto de importación.

29. -Desde la vigencia de la presente ley no se otorgará licencia para manejar cualquier tipo de vehículo automotor, a quien no posea título de alguno de los estudios contemplados en la presente ley.

30. -Desde la vigencia de la presente ley, queda reservada para los fisicamente inválidos para trabajar, la venta de toda clase de rifas.

PROYECTO DE LEY DE VACUNACION

1.) A partir de la vigencia de la presente ley, los padres de familia en todo el territorio guatemalteco, quedan obligados a vacunar a sus hijos en la siguiente forma:

a) Durante la primera semana de vida con BCG.
b) Dentro de los 30 a los 40 días de nacido el niño, para la viruela.
c) A los 90 días de la edad del niño con la primera dosis de vacuna polivalente que comprende inmunización contra tétano, difteria y tos ferina.
d) A los 105 días de edad la primera dosis de la vacuna contra la poliomielitis.
e) A los 120 días, la segunda dosis de la triple.
f) A los 135 días, la segunda contra la Poliomielitis.
g) Al quinto mes la tercera dosis de la triple.
h) Al quinto año de vida se repetirá la vacuna contra la viruela.
i) Un mes después se hará un refuerzo con una vacuna polivalente contra difteria, tétano y tos ferina.
b') A los seis meses se vacunará contra la tifoidea - (1.a. dosis)
a los siete meses la segunda vacuna,
a los ocho meses la tercera dosis.

2.) Sin los certificados de vacunas, como quedan aquí previstos no se admitirá a matrícula ni a empleo alguno - en el país.

CONCLUSIONES

Hemos expuesto con absoluta objetividad todos - los datos encontrados - tanto en nuestras humildes experiencias personales, como en las investigaciones llevadas a cabo por grandes personalidades expertas en - esta clase de problemas socio-demográficos - no estamos exagerando!

No es objeto de este planteamiento llegar a conclusiones que nos indiquen las posibles soluciones en una forma concreta, quien haya buscado esto en nuestro trabajo lamentamos haberlo desilusionado; son muchas las soluciones que hay si se quiere actuar con - honradez y buena fé.

Tampoco vamos a analizar detalladamente las causas que nos han llevado a la situación actual, solamente queremos afirmar de una manera categórica y rotunda que no estamos cumpliendo con nuestro deber como cristianos, universitarios y como médicos guatemaltecos, si no hacemos un esfuerzo sincero colectivo y efectivo por remediar la situación actual. La inmejorable tierra guatemalteca y el trabajo de nuestros hermanos obreros y campesinos han producido mucha riqueza a nuestra patria; pero nunca han participado - del disfrute de esa riqueza.

La responsabilidad de esta gran injusticia social, que hace debatirse a la patria entre las convulsiones - derivadas de la ignominia y del caos político-social ,

recae sobre todos, aunque no en igual medida.

Sobre los gobernantes que no han sabido, no han querido o han impedido la promulgación de leyes nacionales que sirvan al mismo tiempo que a una mayor producción a una mejor distribución.

Sobre los poseedores del capital que no han querido poner a producir con la mayor eficiencia posible sus bienes materiales y cuando lo han hecho no han cumplido la función social de la producción de compartir equitativamente los beneficios producidos.

Los profesionales y dirigentes intelectuales por que no han puesto sus facultades a trabajar aunque sea en parte para organizar y encausar el problema económico-social guatemalteco.

A unos nos afecta más directamente que a otros; pero a todos nos afecta profundamente.

El camino de la supervicencia y superación de Guatemala no pasa, por las prescripciones maltusianas para eliminar el exceso de población, ni por el control de la natalidad, sino por el esfuerzo por lograr que todos los que viven sobre la faz de nuestra patria produzcan. El hambre y la miseria no son resultado de la presencia de demasiadas gentes en el país, sino más bien del reducido número de los que producen y de las multitudes a las que hay que alimentar.

Es evidente que cualquier planteamiento al respecto,

no bastaría que se estructurara a nivel nacional única mente, sino en el caso concreto guatemalteco debería como mínimo ser palanteado a nivel centroamericano, y mucho mejor a nivel latinoamericano.

Por último y en el campo profesional que nos incumbe; la ciencia médica, sólo nos queda agregar, que todo el postulado básico humanista que orienta el presente trabajo, es el de que debe haber siempre un médico al alcance de cualquier guatemalteco y que el radio de acción de dicho profesional guarde la proporción debida con el tiempo necesario y la distancia prudencial, a desempeñarse cabalmente en su tarea primordial, - no de combatir la enfermedad -, sino de preservar la salud de todos y cada uno de los guatemalteco.

En definitiva, y como conclusiones finales para terminar este trabajo, se considera que podría sintetizarse toda la filosofía del mismo en los siguientes postulados:

1. - El analfabetismo asume proporciones alarmantes en Guatemala, porcentaje que sube a más de 92% entre el campesinado y obreros; es indispensable que se inicie cuanto antes una acción enérgica por parte de las autoridades de Educación, para hacer disminuir este índice, ya que será sumamente difícil encauzar racionalmente cualquier campaña salubrista entre conglomerados que no están integrados a la culturización general.

2. - Que la desnutrición extrema que padecen estos mismos sectores mayoritarios, es consecuencia directa de este mismo analfabetismo, amén de una serie de-

circunstancias económico-sociales que ameritan una seria revisión por parte de las autoridades de Economía y Trabajo, de la estructura de la Empresa Capitalista en Guatemala, así como de las relaciones obrero-patronales.

3. - Que las condiciones de vivienda y sanitarias en los medios suburbanos y rurales son en extremo precarias, principalmente por las condiciones culturales y económicas tan deficientes en que se ven obligados a desenvolverse los sectores más necesitados del país, sin que parezcan preocuparse seriamente a las autoridades de Salud, que evidentemente menosprecian a estos dos factores como causantes directos de una grándísimo porcentaje de las muertes, especialmente entre los niños guatemaltecos.

4. - Que la producción de elementos básicos para la alimentación de la niñez y pueblo de Guatemala en general, presenta un déficit muy marcado en todo el territorio del país. Este déficit, por un lado mina determinantemente la salud en general y por otro muestra claramente la poca funcionabilidad de la actual tenencia de la tierra y su anacrónica explotación. Las autoridades de Agricultura deben enfrentar realística y justamente esta dualidad: una mayor producción (cualitativa y cuantitativamente) y una mejor distribución.

5. - Que es imposible sanificar, ejecutar Salud Pública y privada, ni erradicar condiciones adversas ya mencionadas, sin mejorar previamente la educación básica de los moradores y ejercer amplia Educación Sanitaria, base indiscutible de la medicina Preventiva, que resulta no sólo mucho más racional y funcional, sino mucho más económica que la tradicional Medicina Curativa que es sólo paliativa.

6. - Que la actual red de comunicaciones en Guatemala es bastante deficiente, no sólo en cuanto se refiere a la movilización de las personas, sino también en cuanto a la explotación agrícola de vastos territorios nacionales. Grandes sectores de población están parcialmente marginados de la vida económica y de la Salud, porque pareciera que el criterio que privó entre las autoridades de Obras Públicas fuese el de que las vías de comunicación debían construirse en función de intereses bélicos (carreteras interamericana) o de simple turismo. Es necesario impulsar la actual planificación de la red vial del país, adaptándola a los intereses socio-económicos de cada región, entre los que sin duda deberá estar una nueva distribución de población, hospitales y centros de salud.

7. - Que la actual distribución económica en las Inversiones Públicas es totalmente anacrónica y desproporcionada a la realidad nacional. Qua a pesar de la dramática realidad tantas veces expuesta, aún en los proyectos para el año de 1965 el -

Consejo de Planificación Económica ha dejado prac ticamente abandonados a renglones tan importantes como Educación, Energía y Agropecuario, más que todo por notorias deficiencias en los Ministerios res pectivos que no presentaron mayor número de proyec tos que permitieran "mayor flexibilidad en las alter nativas". A Educación (base para la cultura nacio nal) se le asignarán apenas dos millones de Quetza les, a Energía (base para la riqueza industrial) se le asignarán 6. 3 millones de Quetzales y Agropecua rio (base de la riqueza nutricional) recibirá 5. 4 mi llones de Quetzales. Será necesario pues, una ac ción más enérgica de parte de los sectores interesa dos, para una mejor distribución de las Inversiones Públicas, mediante una programática más realista de las necesidades populares.

8. - Que la Universidad de San Carlos es la máxima ins titución cultural del país, cuya misión fundamental es la formación integral de la persona humana en los aspectos científicos, profesionales y cultural; así como también de su conducta moral y del sentido de su responsabilidad social ante los ingentes proble mas que agobian a la nación. Que a pesar de que es suya la responsabilidad para estudiar los proble mas y resolver las necesidades del medio y de la sociedad en que actúa, creando igualmente una firme consciencia nacional que desarrolle el espíritu cívi co del ciudadano y especialmente, sentimientos de solidaridad humana en favor del progreso y bienestar de la comunidad, la Universidad de San Carlos la mentablemente no ha sabido cumplir con su deber,

convirtiéndose más en una fábrica de profesionistas cada vez más capaces, que una Institución de Cultu ra rectora del pensamiento y del comportamiento del hombre en sus relaciones con la sociedad, la Patria y la humanidad. La Universidad necesita una Refor ma total e integral, no sólo en cuanto a métodos a cadémicos (vease Tesis del Dr. Julio Penados del Ba rrio), sino más que todo en su responsabilidad social y amplia vocación popular, sólo puede ser creación, espiritual y reflejo de su pueblo; pues de él recibe, y en él se cumplen su razón y fines.

9. - Que Guatemala no puede depender para su supera ción integral cultural y material, solo de institucio nes académicas de categoría universitaria, pues no sólo las profesiones liberales cubren los renglones de terminantes de la economía nacional; antes bien, son necesarias instituciones politécnicas que se encar guen de la preparación de toda una serie de técnicos prácticos que vengan en un plazo corto a impulsar diversas ramas de la tecnocracia. Mientras esta ins ticuión no exista, en el caso concreto de los Técni cos Salubristas, la Universidad - a través de la Fa cultad de Ciencias Médicas -, deberá hacerse cargo mediante una programática integral, de sacar ade lante este necesidad impostergable para la Salud Na cional.

10. - Que es sumamente deficiente la actual distribución de los profesionales de la medicina, hecho que re fleja una situación sumamente compleja, pero que induce a reflejar un egoísmo económico de estos, del

que indudablemente es responsable la Universi - dad de San Carlos que no ha logrado inculcar un espíritu de responsabilidad social en sus miembros y egresados. Mientras esta situación no varíe, El Estado y el Colegio Médico tienen la obligación apremiante de planear una acción cohercitiva de manera de situar un médico al alcance de todo a quel que necesite de él, cuidándose sí, que el radio de acción de dicho profesional guarde pro porción razonable con el tiempo y la distancia de movilización y preocupándose especialmente que la remuneración de este científico esté de acuer do con su rango y rol que se espera de él.

11. - Que es un hecho evidente que la pavorosa ex - plosión demográfica en Guatemala puede llevar - a nuestro país en un mínimo de tiempo ante una de las más terribles disyuntivas de su historia: la de sobrevivir o la de desaparecer. Que los diri gentes nacionales en todas sus categorías denotan una notoria irresponsabilidad social, al permitir - que un estado de hechos deplorables y condena - bles - y cuya solución satisfactoria no es posible prever con precisión -, continúe en plena vigen- cia y con signos evidentes de agravarse más y más cada día, más que todo por pérdida continua y progresiva de los valores espirituales y morales de la familia. Ante esta delicada situación, es obli gación del Estado - (a través de las Autoridades de Salud Pública), en colaboración con la Igle- sia y la profesión médica, dictar las medidas per tinentes para la creación inmediata del Comité - Nacional de Planificación Familiar. Esta institu ción será la encargada de regular la desorbitan - te natalidad y la paternidad irresponsable que a- menaza tan seriamente la estabilización econó - mica y social nacional, así como la de poner al día una verdadera Legislación Familiar encarga - da de la protección materna e infantil desde un punto de vista judicial y socio-económico.

12. - Que la responsabilidad de los problemas socio- - demográficos que aquejan a Guatemala, no es so lo de los profesionales de la medicina y profesio- nes para médicas, sino que todos aquellos hijos - de la Patria en aptitud de hacer algo por ella. De esta manera deberá ser creado el Servicio Civil - Rural que será el vehículo legal para una acción conjunta de todas las fuerzas vivas de la Nación para salvar a Guatemala

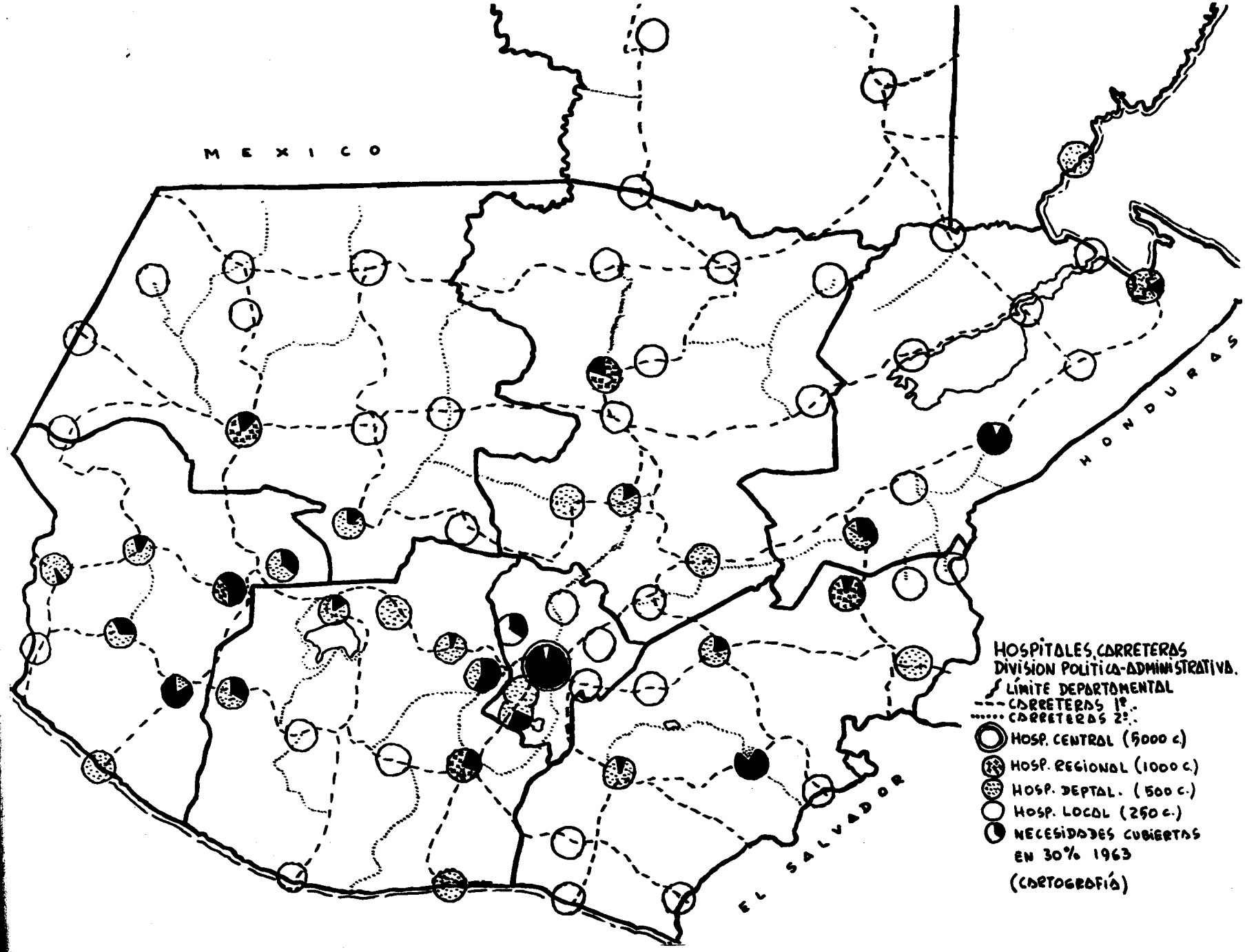
Carlos Gehlert Mata

Dr. Julio Paredes S.
Asesor

Dr. Carlos Estrada Sandoval
Revisor

Vo. Bo.
Dr. Carlos A. Soto
Secretario

Imprímase
Dr. Carlos M. Monsón M.
Decano


MEXICO
HONDURAS
EL SALVADOR
HOSPITALES, CARRETERAS
DIVISION POLITICA-ADMINISTRATIVA.
LIMITE DEPARTAMENTAL
CARRETERAS 1ª.
CARRETERAS 2ª.
HOSP. CENTRAL (5000 c.)
HOSP. REGIONAL (1000 c.)
HOSP. DEPTAL. (500 c.)
HOSP. LOCAL (250 c.)
NECESIDADES CUBIERTAS
EN 30% 1963
(CARTOGRAFÍA)

BIBLIOGRAFIA

1. - Aguilar, Francisco J. ; Consideraciones sobre parasitismo intestinal en Guatemala: importancia médico-social. 1958.
2. - Arroyave, Guillermo y Scrismchaw, Nevin; Consecuencias de la deficiencia severa de proteínas en el hombre. INCAP. 1962.
3. - Bilan du Monde; Enciclopedia del Mundo Cristiano. Paris. 1960.
4. - Burns, G. Rosemary; Spacing Births, America. vol.-110 No. 12. 1964.
5. - Britnell, G. E. ; Problemas del cambio económico-social en Guatemala. Seminario de Integración Social Guatemalteca. Vol. VI. 1963.
6. - Castro, Josue de; Geografía del Hambre. Brasil. - 1961.
7. - Control de nacimientos, Federación Internacional; - Londres. 1960.
8. - Clarck, Colin; Justice dans le monde. Tomo I. - París. 1960.
9. - Couston, John; Experto de la FAO. Guatemala. 1963.
10. - Castro, José R. ; El hambre oculta. Washington. 1964.
11. - Castro, José R. ; Problemas sucitados por el crecimiento demográfico. Washington. 1964.
12. - Dauphin-Meunier, Achile; Las estructuras demográficas del mundo. Instituto de Estudios Políticos. Madrid. 1957.
13. - Davis, Kinsgley; Corrientes demográficas mundiales. Fondo de Cultura Económica. México. 1950.
14. - Dodd, N. E. ; Director de la Organización de las - Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricul-

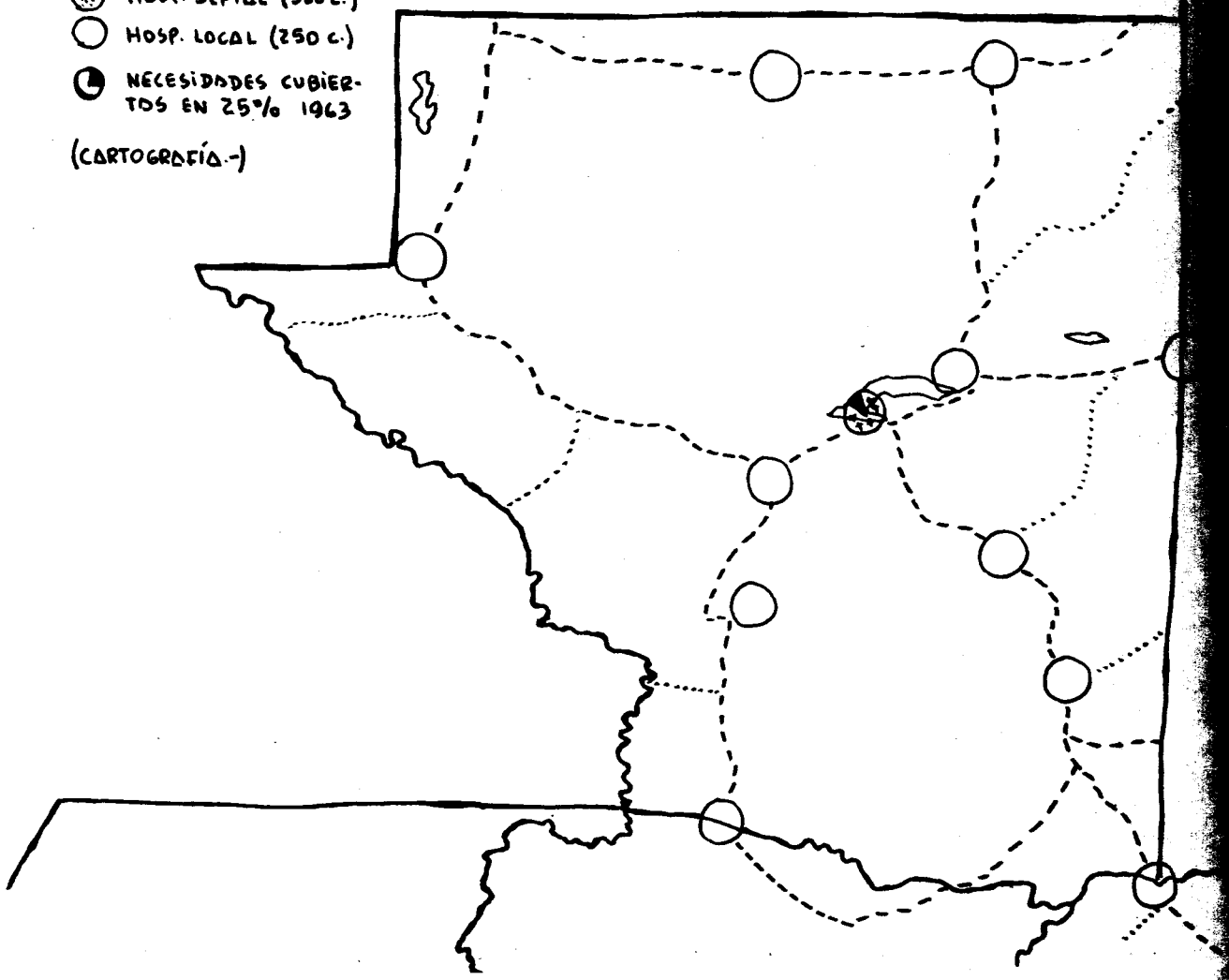
tura. 1953.
15. - Dumont, René; Hambre en el Nuevo Mundo. - París. 1962.
16. - D'Souza, Anthony; Director del Instituto Social - Indio de Nueva Delhi. Conferencia sobre la población asiática. India 1963.
17. - De León M., Romeo; Consumo promedio de alimentos en base de las encuestas practicadas, y su adecuación con la dieta mínima del guatemalteco. INCAP. 1963.
18. - Escobar Armas, Carlos; Problemas rurales: redistribución de la tierra. Guatemala. 1961.
19. - Episcopado Guatemalteco; Carta pastoral; problemas sociales. 1962.
20. - Estadística, Dirección General. Guatemala en cifras. 1963.
21. - Estadística, Dirección General Sanidad Pública. Tabulación por el Departamento de Biostadística 1964.
22. - Foro Latinoamericano de Desarrollo Económico de la UNIAPAC; doc. No. 5, apéndice estadístico. 1963.
23. - Guerreiro Ramos, Alberto; Sociología de la mortalidad infantil. Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad Nacional de México. 1955.
24. - Guillén Villalobos, José; Estructura Agraria de Guatemala. Guatemala. 1963.
25. - González Ochoa, Gustavo; Estado de la Salud - Pública Colombiana. 1° Congreso de Salud Pública. Medellín. 1962.

HOSPITALES, CARRETERAS
DIVISIÓN POLÍTICO-ADMINISTRATIVA.-

- LÍMITE DEPARTAMENTAL.
- CARRETERA 1ª.-
- CARRETERA 2ª.-
- HOSP. CENTRAL (5000 c.)
- HOSP. REGIONAL (1000 c.)
- HOSP. DEPTAL (500 c.)
- HOSP. LOCAL (250 c.)
- NECESIDADES CUBIERTOS EN 25% 1963

(CARTOGRAFÍA.-)

MÉXICO.



26. - Gehlert Mata, Carlos; Condiciones Infrahumanas del trabajador del campo. Septiembre. Guate - mala. 1961.
27. - Gehlert Mata, Carlos; Reforma Universitaria. - OBSE. 1964.
28. - Hersch, Liebmann; D'une formule generale de la baise de la mortalité dans le divers pays. Con - grés International de la population. Paris. 1950.
29. - Huerta de la R. F.; Por qué Reforma Agraria? - Buró de información y Propaganda. A. C. U. Ha - bana. 1959.
30. - Lannoy, Juan Luis; Los niveles de vida en Améri ca Latina. Oficina Internacional de investiga - ciones de FERES. Friburgo - Siuza - Bogotá. 1963.
31. - Lebret, J. L.; El drama del siglo. Buenos Aires. 1960.
32. - Mantilla, Sebastián; Fracaso del control de la natalidad? ECA. El Salvador. 1962.
33. - Mac Lean y Estenos, Roberto; La eugenesia en - América. Univ. Nacional de México. 1952.
34. - Martínez, Gustavo; Breves consideraciones sobre planificación de la familia guatemalteca. 1963.
35. - Mertens, Clement; Hacia una regulación de na- cimientos. S. Albert (Louvain) Bélgica. 1963.
36. - Mc Cormack, Arthur; M. H. M. Exploxión Demo - gráfica. Mill Hill Seminary. London. 1964.
37. - Madigan, Francis; Instituto de Investigación Cul- tural de Mindanao. Xavier University. Filipinas 1964.
38. - Monteforte Toledo, Mario; Monografía Socioló - gica de Guatemala. Mexico. 1959.
39. - Obiols, Alfredo; Anteproyecto de un plan para el

desarrollo socio-económico de Guatemala en 21 años, Dirección General de Cartografía, 1964.
40.-Obiols, Alfredo: Atlas preliminar de Guatemala. Dirección General de Cartografía, 1964.
41.-Pio XII; Mensaje Radiofónicao "Levate capita". Roma 1942.
42.-Paternidad planificada. Conferencias de la Federación Internacional; San Juan Puerto Rico. 1964.
43.-Planificación Económica, Consejo: Presupuesto. Guatemala, 1965.
44.-Quintana, Epaminondas; Consejo Nacional de la Alimentación. Guatemala. 1964.
45.-Rock, John. The time has come. Harvard. 1962.
46.-Santa María, Julio; Ideas para una política demócrata cristiana sobre salud, política y espíritu No. 215, Chile 1959.
47.-Sierra Franco Raúl; Jornadas del Estado del Futuro. Facultad de CCEE, Guatemala, 1964.
48.-Sanitario, Boletín No.57, Guatemala 1963.
49.-Salud, Código; (anteproyecto. Comisión revisadora del Código de Sanidad. 1963.
50.-Salud, Problemas sobre; Hechos. OPS-OMS. 196
51.-Vega, Juan Ramón; Limitación de Nacimientos. ECA. El Salvador. 1963.
52.-Vélez, Hernán; Estado nutricional del pueblo colombiano. 1°. Congreso de Salud Pública. Medellín, 1962.
53.-Viel, Benjamín; Medicina Socializada: Experiencias en Inglaterra, Unión Soviética y Chile, Universidad de Chile. 1963/
54.-Whetten, Nathan L.; Patrones de población. Seminario de Integración social guatemalteca, vol II. 1963.