

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CONSIDERACIONES SOBRE LEGISLACION EN SALUD
PUBLICA DE GUATEMALA"

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

por

JUAN RODOLFO AGUILAR LEON

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Enero de 1969.

PLAN DE TESIS

I. OBJETIVOS

II. INTRODUCCION

III. ANTECEDENTES:

- 1.- Bosquejo histórico
- 2.- Estado de la Medicina entre los indios antes de la conquista española.
 - a) Terapéutica e higiene indígenas.
 - b) Epidemias en el período precolombino y prealvaradiano.
- 3.- Pestes durante la vida colonial preuniversitaria 1541-1681.
- 4.- La Medicina Colonial Universitaria -- 1681-1821.
 - a) La Medicina en los albores de la Nueva Guatemala de la Asunción.
 - b) Sucesos diversos de la Medicina Guatemalense en las postrimerías del siglo XVIII.
- 5.- Legislación Sanitaria desde la Independencia hasta nuestros días:
 - a) Primer período 1821-1871.
 - b) Segundo período 1871-1969.

IV. ANALISIS DEL CODIGO DE SANIDAD VIGENTE
EN LA REPUBLICA DE GUATEMALA:

- 1.- Ubicación histórica
- 2.- Análisis del Código de Sanidad.

V. ANTE PROYECTO DEL CODIGO DE SALUD DE
LA REPUBLICA DE GUATEMALA:

- 1.- Características fundamentales que debe -
tener el código de Salud de la República
de Guatemala.
- 2.- Estructura de los Servicios de Salud.
- 3.- Materias del Código de Salud.

VI. CONCLUSIONES

VII. RECOMENDACIONES.

VIII. BIBLIOGRAFIA.

I. OBJETIVOS

- 1.- Hacer una revisión histórica de la legislación en salud, en general y en Guatemala.
- 2.- Hacer un análisis del Código Sanitario vigente, considerar algunas de sus disposiciones, para formarnos un juicio sobre la conveniencia o inconveniencia de su continuidad.
- 3.- Comentar diversos aspectos doctrinarios del Anteproyecto del Código de la Salud de la República de Guatemala.
- 4.- Llamar la atención a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y a los legisladores sobre la necesidad urgente de aprobar el nuevo Código de Salud.

"Todo sanitarista que reflexione tiene en su pensamiento la imágen de un sistema ideal de administración sanitaria fundado sobre principios científicos, organizado sobre bases de eficiencia administrativa y servido por un personal adiestrado y guiado por el espíritu de servicio público. Esta organización ideal se apoyaría en un conjunto de leyes que aún reconociendo plenamente los principios de la libertad individual, no permitiría que nadie causara perjuicio a la salud del prójimo".

"Por grande que sea el cuidado con que sus autores preparen un proyecto, las enmiendas torpes, precipitadas, o dictadas por el prejuicio, hacen que el texto aprobado como ley haya perdido casi siempre toda semejanza con su forma original" Dr. Allen Freeman-1920 (6).

Sé poco de derecho y talvez este trabajo parezca escrito por un aficionado; sin embargo constituye un capítulo olvidado en la enseñanza de la medicina preventiva que tan poca atención ha recibido en el pasado. La investigación bibliográfica realizada ha seguido, en buena parte, los lineamientos dados por el Dr. Francisco Vío Valdivieso (Consultor en Legislación y Administración de la Oficina Sanitaria Panamericana- cuya prematura desaparición se lamenta) en

su trabajo "Salubridad y Derecho" Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (11) 53(1): 35-46, Jul-Dic. 1962.

INTRODUCCION

"Parece un desatino buscar la relación alguna entre la enfermedad y el derecho, pero existe y se ha manifestado de varias maneras en el curso de la historia (11). El hombre ha padecido siempre enfermedades.

La actitud de la sociedad frente al hombre enfermo no ha sido la misma en todos los tiempos.

Sigerist (10) sintetiza admirablemente las diferentes actitudes que la sociedad ha tenido frente al hombre enfermo. Dice que en las épocas primitivas de la humanidad se consideraba al enfermo como afectado por un fenómeno natural, sin entrar a averiguar las causas de su estado normal; que en una etapa de civilización más adelantada "se le consideraba como una víctima que no puede vivir como las demás personas, por que alguien le ha hecho daño",

por lo que reclama la atención y auxilio de sus compañeros; que" en la civilización semita del antiguo Oriente, es un ser que expía sus pecados por medio del dolor"; que en el mundo de los griegos era el de los buenos y sanos, por lo que la enfermedad era signo evidente de inferioridad originando la destrucción del ser que la padecía si llegaba al convencimiento de su irrecuperabilidad. Termina el autor afirmando: "Tocó al cristianismo introducir los cambios decisivos y revolucionarios en la actitud de la sociedad hacia los enfermos".

"El cristianismo vino al mundo como la religión de curar, como la alegre doctrina del Redentor y de la Redención. Se dirigía a los desheredados, a los enfermos y a los afligidos, y les prometía curación, restauración física y espiritual. No había Cristo mismo hecho cura? "La enfermedad no es afrenta, no es castigo por los pecados del mundo que sufre o de otros, ni convierte al

paciente en un ser inferior. "Al contrario, sufrimiento significa purificación y es un don. La enfermedad es su sufrimiento, y el sufrimiento perfecciona al que sufre; es amigo del alma; desarrolla la capacidad espiritual y se vierte hacia el infinito.

La enfermedad por lo tanto, se convierte en la cruz que el paciente lleva siguiendo las huellas del Maestro. "La gracia del sufrimiento puede compartir la el que no esté enfermo, por simpatía con los que lo están. 'Estuve enfermo y me visitasteis; en cuanto lo hicisteis a uno de éstos mis hermanos más pequeño, a mi lo hicisteis'. Era deber del cristiano atender a los pobres y a los enfermos de la comunidad. El hombre se convirtió por medio del bautismo en miembro de la familia cristiana, con todos los deberes y privilegios que tiene un niño en su hogar. La familia incluyó a toda la sociedad cuando el cristianismo se convirtió en religión oficial del estado,

y, desde entonces, la sociedad tomó sobre sí la tarea de cuidar a los enfermos".

Al tratar la sociedad de dar cumplimiento a la tarea ahora indicada, paulatinamente, por la fuerza misma de los hechos, sus miembros fueron adquiriendo clara conciencia de que la enfermedad no sólo significa un proceso perturbador para la vida de la persona que la padece, sino que también, y de manera grave, para sus familiares y para la comunidad en general, por razones sociales y económicas que no es el caso señalar en esta exposición.

Esta conciencia y la presión constante y permanente de la realidad impusieron al estado, como organismo supremo de la sociedad y encargado de velar por el bien común, la obligación de preocuparse de manera preferente de la salud de sus habitantes, en un comienzo, prote

giéndolos de las enfermedades que adquirirían el carácter de epidemias y, después, afanándose por eliminar las causas que originaban no sólo las indicadas, sino también todas las que pudieran afectarles. Georges Duhamel, en "Los excesos del estatismo y las responsabilidades de la medicina", trabajo publicado en el libro "La defensa de la persona humana", conjuntamente con ensayos de Jacques Maritain y de Joseph Okinczyc, dice en relación con la obligación del estado de preocuparse de los enfermos lo siguiente:

"Junto al acto médico singular, junto a lo que podríamos llamar la medicina individual o esencial, va desarrollándose otra ciencia médica, que es la higiene social. Llamó higiene social a esa rama de las ciencias médicas que se refiere a las medidas generales aplicadas por los organismos del estado a sectores más o menos considerables de la sociedad. Tanta

importancia ha cobrado esta función durante los últimos años que ha sido necesario crear un Ministerio.

"Las atribuciones del Estado en materia de higiene pública no parecen discutibles. Está fuera de duda que, para cumplir con esta función, los grandes Estados modernos han hecho esfuerzos ordenados, eficaces, rigurosos. Nunca se pecará de exceso en un asunto como éste. Lo único que podemos temer es que ciertas sociedades civilizadas, disciplinadas, pero deprovistas de sentido crítico, las prácticas de higiene adquieren cierto carácter superticioso y por consiguiente, tiránico".

La participación del Estado en el campo de la Higiene ha dado origen a la ciencia y a la vez al arte de la salubridad, que al decir de Winslow, Consultor de Administración Sanitaria de la Organización Mundial de la Salud y profesor de la Universidad de Yale,

en Norteamérica, "tiene por objeto evitar la enfermedad, prolongar la vida, fomentar la salud y eficiencia física mediante los esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el ambiente, ejercer control sobre las enfermedades transmisibles, educar al individuo en los principios de la higiene personal, procurar servicios médicos y enfermería con vistas al diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de la enfermedad - así como también el desarrollo de la maquinaria social que asegure a cada individuo de la comunidad - su nivel adecuado para el mantenimiento de la salud".

En el proceso señalado le ha cabido brillante participación a la Organización Mundial de la Salud, pues se dió antes que nada a la tarea de precisar los principios básicos de las acciones que a cada Estado le correspondía en salubridad, los que expuso en los siguientes términos:

"1.- La salud es el estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o trastornos".

"2.- El goce del más alto grado de salud alcanzable es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo o condición económico-social.

3.- La salud de todos los pueblos es fundamental para la conservación de la paz y de la seguridad, y depende de la compleja colaboración de los individuos y de los estados.

4.- El avance de cualquier estado en la promoción y protección de salud es valioso para todos.

"El desarrollo desigual de los diferentes países en la promoción de la salud y el control de las enfermedades, especialmente de las contagiosas, es un peligro común".

El derecho en su función de regular el bien común de acuerdo con las normas de justicia, ha tenido desde tiempos lejanos, preocupación por defender a la sociedad de las enfermedades.

En la época que se refiere al antiguo testamento, entendió que su preocupación en el sentido indicado radicaba en aislar a los enfermos que constituían un peligro para los demás integrantes de la sociedad, como era el caso, por ejemplo de los leprosos.

Ahora, incorporada la salubridad al campo de las actividades sociales, con la concepción de prevenir las enfermedades y mediante la creación de condiciones aptas -- para su desenvolvimiento en un ambiente adecuado a la conservación de su equilibrio físico, mental y social -- por el máximo de tiempo posible, el derecho con sus medas de justo ordenamiento de la convivencia humana, ha acudido a hacer viable el desarrollo de las medidas tendientes a los fines señalados.

La nueva función del derecho se refleja en la mayoría -- de las constituciones políticas de los Estados, que son las leyes de máxima categoría dentro del derecho positivo, con preceptos que imponen a los organismos superio

res de la sociedad la obligación de velar por la salu
bridad.

El derecho interviene en los procesos propios de la
salubridad con plena autoridad, porque en ellos se -
presentan graves implicaciones de cuestiones relati
vas a la justicia distributiva, debido especialmente
a que, como dijo el exministro de gobierno británico,
señor Aneurín Bevan, en el artículo publicado en el -
News of the Week, de Londres, en su edición del 6 de
de julio de 1958, con motivo de la celebración de los
diez años de servicio Nacional de Salud de Inglate-
rra: "Millones de personas soportan la enfermedad,
el dolor, la incapacidad, la angustia y muchas ve-
ces una muerte prematura, por razón de pobreza, --
porque no tenían precisamente acceso a esa sabidurí-
a y técnica existentes ya".

En su intervención en el campo de la salud, el dere
cho no se quedó en las meras declaraciones genera

les de las constituciones. Habría faltado a la grave o--
bligación que le incumbe asegurar el respeto de sus nor
mas en la vida diaria. El Estado, bajo el imperativo de
actuar en bien de la salud pública, debía organizar sus
estructuras administrativas para hacer posible esa tarea
suya. El derecho administrativo asumió la tarea de tra-
ducir en preceptos legales positivos los mecanismos --
que la salubridad necesitaba para hacer llegar su acción
a la comunidad.

En varios países se ha logrado, gracias al concierto de
salubridad y derecho, una administración que asegura -
la integración de todos los elementos humanos y natura
les de que disponen el Estado y la comunidad.

En el actuar del Estado en el campo de la salubridad, -
cada vez con mayor claridad, se fué evidenciando que
era indispensable que las naciones contaran con una -
legislación que determinara sus facultades, obligacio
nes y atribuciones.

En la mayoría de los países del mundo nació, de acuerdo con esa necesidad, una legislación que podríamos llamar de emergencia, porque obedecía nada más que a la urgencia de salvar escollos del momento como eran los que aparecían en los casos de grandes epidemias. El siglo XIX contó con abundantes ejemplos al respecto.

Sin embargo, dados los avances de la medicina social y las nuevas ideas que se incorporaban en la sociedad, con el conocimiento de la salubridad, esa legislación no satisfizo los requerimientos de la comunidad, era indispensable para velar por la salud pública, una legislación de carácter permanente, -- que estableciese instituciones técnico administrativas capaces de asegurar la realización de acciones continuadas y sistemáticas.

En la América Latina, a comienzos del siglo XX, se inició un movimiento de codificación de la legisla-

ción sanitaria, precisamente para que los Estados tuvieran un cuerpo de leyes sistemático y orgánico que les permitiera llevar a cabo su obligación de velar por la salud pública de manera continua y técnica.

Motor de dicho movimiento ha sido la Oficina Sanitaria Panamericana, la que dispone, desde 1924, del Código Sanitario Panamericano, para la profilaxis internacional, y que fué modificado en 1952, en atención a los progresos de las comunicaciones, que hacen innecesaria la patente de sanidad el instrumento primario de todo el sistema de control internacional de las enfermedades epidémicas.

Los códigos sanitarios vigentes de nuestro Continente -- (Bolivia, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Panamá, República Dominicana y Venezuela), se inspiran en la -- concepción que del Estado se tuvo en el siglo pasado: -- Organismo estático, encargado de resguardar un orden público en que el bien común sólo consideraba al ser hu-

mano como individuo, interviniendo nada más que para garantizar los derechos inalienables de los ciudadanos entre los que no figuraba el derecho a salud.

Carecen de esos cuerpos de leyes sanitarias, de normas que permitan al Estado actuar como el organismo superior de la sociedad, encargado de velar por el bien común, que, al decir de Jacques Maritain, es "diferente de la simple suma de los bienes individuales y superior a los intereses del individuo, por cuanto este es parte del todo social, porque siguiendo a Santo Tomás de Aquino, "cada persona humana, es, respecto de la comunidad, como la parte respecto del todo, y por este título está subordinada al todo" (4)

Así por ejemplo, el Código Sanitario Chileno de 1931, aún vigente, sólo permite al estado actuar como poder público y nada más que en Profilaxis Nacional e Internacional y en Policía de Salubridad. Con temor evidente, anticipa normas aisladas para considerar al ser humano co-

mo persona, en cuanto como ente individual y social a la vez, o cuando hay peligro cierto de propagación de enfermedades transmisibles.

La salubridad mientras tanto, progresa aceleradamente incorporado en las colectividades nuevos métodos y sistemas para que las personas sufran cada vez menos riesgos de perder su equilibrio físico, mental y social. La presión de esta realidad, felizmente va introduciendo cambios revolucionarios en el movimiento codificador sanitario de América.

Según Sigerist (10), la salubridad necesita de manera indispensable para realizar sus acciones en la sociedad, contar con el derecho, así como el vehículo requiere camino para llegar a la meta.

El derecho por su parte, no puede eludir su obligación de dar su aporte a la salubridad, pues precisamente, su función medular es la de dar ordenamiento justo para que, en una conveniencia humana lo -

más armónica posible, se desarrollen las acciones de las personas y de las instituciones para el bien común. Y su papel es trascendental porque la salubridad es -- hoy por hoy una de las funciones primordiales del estado, especialmente en los países subdesarrollados; nos atrevemos a decir, teniendo en consideración los índices de mortalidad y morbilidad infantil, de accidentes de trabajo, de tuberculosis, de malaria, de viruela, de enfermedades cardiovasculares, etc. que ocupa, en un orden lógico de prelación de problemas pendientes, el segundo lugar después del orden público.

El derecho frente a la salubridad, debe, permanente y constantemente, desentrañar de la realidad social las necesidades que en esta se presentan en cuanto a los medios para que el hombre pueda desenvolverse sin peligro de perder su equilibrio físico, mental y social; buscar los mecanismos jurídicos a fin de en-

cauzar las fuerzas sociales hacia su solución; traducir en normas positivas los resultados logrados y respaldar las acciones en la comunidad con su potente fuerza coercitiva.

El derecho, para que responda a tan importante tarea, debe estar alerta siempre a las nuevas concepciones científicas y técnicas que hacen posible cada día lo -- que ayer parecía una utopía: que el ser humano viva -- más y mejor.

Salubridad y derecho se complementan y se confunden en sus fines últimos: resguardar el primordial derecho del ser humano, el derecho a la vida.

El derecho tiene enorme responsabilidad social. En los casos en que no es suficientemente sensible a las necesidades colectivas, siempre complejas, cambiantes y muchas veces aparentemente contradictorias, -- pierde ascendencia en la sociedad, entrando ésta, en su ordenamiento, por los caminos de los intereses particu-

lares, que, cuando adquieren predominio, siembran el ambiente de injusticia, en especial en cuanto a la distribución de los bienes, que es base de la explotación del hombre por el hombre, lo que, si no es corregido con oportunidad, conduce irremediablemente a la anarquía legal, que es más que la política, debido a que todas las injusticias se amparan en un respetable orden público que cubre las apariencias, pero que oculta sufrimientos, amarguras, resentimientos, en último término, que priva a miles de seres humanos de sus derechos primordiales.

Frente a la salubridad, corresponde al derecho cumplir su responsabilidad social, porque es ciencia y arte a la vez, es eminentemente social y sus cimientos descansan en las necesidades colectivas, que en su campo son siempre agudas, actuales, complejas, cambiantes, exigentes, especialmente si se --

tiene presente que en la época en que vive la humanidad, todos los días se descubren o se inventan nuevos medios científicos para asegurar a los hombres salud. En salubridad, si el derecho no actúa, se perpetúan injusticias irritantes. La distribución de los medios disponibles para asegurar a los hombres salud, es generalmente injusta. Mientras la ciencia entrega medios admirables para combatir las enfermedades o para proteger a los seres humanos contra ellas, millones de hombres no tienen acceso a dichos medios. Miles y millones de niños, pobres o indefensos, mueren por no poder beneficiarse de los medios técnicos existentes porque carecen de dinero para pagarlos.

Es cierto que el derecho encuentra serios obstáculos para encauzar en la vida colectiva, preceptos de avanzada social en cuanto a salubridad, porque se le presentan interferencias serias de intereses particulares que son respetables dentro de la conciencia media de la comunidad.

A pesar de las interferencias y en resguardo de la justicia que es en su finalidad última y esencial, sobre el derecho pesa el imperativo de dar en sus leyes positivas los medios mediante los cuales puedan realizarse las acciones de salubridad en bien de la colectividad en general, bajo apercibimiento de perder su eficacia y su prestigio, lo que en términos de vida significa, lisa y llanamente, la anarquía en el caos, porque las necesidades se imponen aún contra el derecho cuando este viola las normas de la justicia.

(11),

III. ANTECEDENTES

1.- Bosquejo Histórico:

"La primera expresión de una actividad organizada de la colectividad, en materia de salud se ejerció para hacer frente a las epidemias que asolaron al mundo y que conocemos mejor a partir del siglo XII. Los prejuicios y origen de nuestra sociedad y la influencia de la edad media, con desprecio de la envoltura corporal, incluyendo la limpieza tanto como la alimentación, influyen para olvidar que las primitivas civilizaciones constituyeron redes sanitarias, y aún retretes de vaciamiento tres y cinco mil años antes de Cristo (Egipto, Creta y Mino); que las reglas de Moisés contenían un conjunto elaborado de normas de higiene personal y colectiva; que los griegos dieron gran impulso al aseo, los ejercicios y la dieta individual, mucho mayor que al aseo del ambiente y en los romanos no sólo dispu-

sieron de magníficos acueductos, algunos de los cuales aún se usan, como el completado por Claudio; sino que organizaron el abasto de alimentos, la recolección de basuras, baños públicos, la vigilancia de edificios, el control de lenocinios y aún censos periódicos de población. Hay también, en todos los tiempos actividades colectivas más o menos dispersas para atender a los enfermos menesterosos".

"Pero las primeras medidas de gobierno tienen lugar -- en las ciudades italianas y francesas para defenderse de los terribles efectos de la peste que las invocaciones divinas no bastaban a contener y que desquiciaban totalmente la vida comercial y religiosa. Venecia y Ragusa prohibieron en el decenio de 1370, la entrada de barcos e individuos infectados o sospechosos, la última hasta dos meses de observación; y Marsella aprobó la primera ley y montó la primera estación de cuarentena en 1383. El cólera y la lepra fueron en --

particular objeto de aislamiento cruel --ropas distintivas y una campanilla anunciadora de su presencia-- pero efectivo al parecer, combinado con la rápida desaparición de los enfermos carentes de cuidado, alimentación y abrigo. Otras pandemias como la sífilis y la viruela provocaron medidas igualmente desesperadas, aunque menos acordes a nuestro actual conocimiento. Es interesante observar que, en todos los países, los servicios sanitarios han sido creados -- para combatir alguna epidemia: el cólera, la viruela y el tifus exantemático".

"Aún antes de conocer sus agentes causales, la epidemiología del cólera y la fiebre tifoidea fué bastante bien estudiada por Snow y Budd en Inglaterra alrededor de 1850 y por Koch en Hamburgo años más tarde, dando impulso a las bastantes obras discutidas de purificación del agua y alejamiento de las excretas".

En los interválos dejados por las epidemias que recu-

rrían más o menos periódicamente, fué surgiendo la idea de adoptar algunas medidas directas, además - del saneamiento, para controlar las enfermedades infecciosas en tiempos normales. La primera vacuna, antivariolosa, introducida por Jenner en 1798 precede en casi cien años, al nacimiento de la microbiología" "El largo tiempo transcurrido entre los descubrimientos bacteriológicos y su aplicación a vacunaciones - masivas o los años que median entre las denuncias - más o menos airadas de Chadwick Symon, de Shattuck o de Alejandro del Río, contra la insalubridad en sus capitales y el desarrollo de un sistema de protección eficiente y contínuo en Londres, Boston y en Santiago, son otras tantas lecciones de la historia de la medicina"

"La preocupación por la suerte de la infancia es una de las primeras manifestaciones de la salubridad y se traduce por la demanda de una acción colectiva, orga

nizada, legal y voluntaria, para dar al niño una oportunidad de mejor crecimiento y educación. Algunos de los argumentos más importantes que se esgrimieron pertenecen a Chadwick; más de la mitad de los niños de obreros morían antes de los 5 años y la participación de la mortalidad infantil en la mortalidad general era de 2.5 veces mayor entre los asalariados que entre las clases profesionales y acomodadas. Para reducir la mortalidad infantil, se buscaba la adopción de medidas de protección ambiental y contra epidemias, pero también la introducción organizada por la comunidad de prácticas embrionarias de nuestro actual concepto de higiene materna infantil -alimentación, cuidado de la madre, vigilancia- y de higiene escolar".

"Primitivamente, y aún hoy en muchos países, para extensos sectores de población el individuo enfermo obtiene atención médica en un trato puramente indivi

dual, que no puede buenamente ser incluido entre -- las funciones de administración sanitaria. Pero desde que los conventos a fines de la edad media empiezan a prestar cuidados al enfermo indigente, hasta que el Estado monta y maneja hospitales de infecciosos e incurables por ser el riesgo epidemiológico o el peso económico de tal magnitud que exige el apoyo colectivo, la atención del enfermo se ha ido convirtiendo en un problema de administración comunal. Cuando el Seguro Social crea un mecanismo financiero nuevo para contribuir a su costo, como en Escandinavia y Gran Bretaña; o cuando la masa de legados filantrópicos acumulados no bastan para cubrir el costo y la demanda creciente de servicios, forzando un aporte de todos los contribuyentes; o cuando el seguro voluntario se extiende a millones, ya la atención del enfermo pone en juego mecanismos que hacen indispensable la preocupación de la colectividad organi-

zada, y entonces, sí, ellas se convierten en una función de la administración sanitaria."

2.- Estado de la Medicina entre los Indios antes de la Conquista Española.

Tres grandes fuentes nos orientan en el estudio de la Medicina Maya, de la Medicina Prehispánica: el rico material artístico en el cual quedaron representadas las enfermedades más significativas, lo mismo que ciertos aspectos biológicos como la vejez y el embarazo; los libros sagrados y otras crónicas indígenas, especialmente el Popol-Vuh, y la historia recogida por los viejos cronistas quienes todavía pudieron observar sus tradiciones y costumbres. (7)

La Salud regula la vida económico-social y la decadencia de una raza, va ligada muchas veces a las enfermedades epidémicas o endémicas que la azotan. En la historia de los Mayas, el problema de las epidemias es factor principal que explica el abandono de imperios

y decadencia racial.

Como es sabido la gran raza Tutul-xiú que diera esplendor a los imperios de Xibalbá y Chichén Itzá, tuvo que abandonar el gran imperio maya en el siglo -VII y entró en franca decadencia.

Los motivos de esa decadencia y abandono han sido muy discutidos. Algunos han opinado que graves -- pestilencias destruyeron el imperio y otros piensan que la tierra se volvió estéril, y la falta absoluta de alimentos obligó a los mayas a buscar otras tierras. Las guerras constantes fueron factor importante. Es posible, dadas las circunstancias climatológicas, -- que la decadencia haya sido debida a las pestes.

Es difícil establecer cual fué la pestilencia destructora, y la fiebre amarilla ha sido señalada; sin embargo, la mayoría de los historiadores están de acuerdo en afirmar que la fiebre amarilla llegó al nuevo -- mundo procedente de Africa, lo mismo que la malaria

perniciosa en años posteriores a la conquista.

Las epidemias pestilencias, que sin duda alguna -- fueron las principales causantes de la destrucción del imperio maya en el siglo VII de la era cristiana, son bien conocidas y su estudio no va más allá de una suposición.

La salud no debe haber sido favorable a los mayas, y las enfermedades selváticas y costeras abundarían por doquiera. Quizás estas enfermedades y -- los otros factores señalados pueden explicarnos -- la decadencia de una cultura que nada tuvo que envidiar a las culturas egipcia y mesopotámica. La

raza maya conoció maravilloso apogeo, y las enfermedades se encargaron de destruirla. Su deca-

endencia social y cultural va ligada íntimamente a --

la patología, mostrándonos una vez más la importan-

cia de la Historia de la Medicina, la cual aclara es--

tos problemas étnico-culturales.

Las numerosas y graves enfermedades que padecieron los mayas, nos explican lo sagrado de la medicina entre ellos y la variada mitología médica encargada de protegerlo y auxiliarlos en los eternos combates que el hombre sostiene contra las fuerzas morbosas.

Las enfermedades siempre han tenido algo de demoníaco, algo de pecado y de castigo y por eso la Medicina ha de ser sagrada y mágica, y así lo fué entre los mayas.

Las enfermedades fueron consideradas por los indios como castigo de los dioses, y podríamos decir que la etiología morbosa es sencillamente sagrada. Toda la Medicina antigua consideró a las enfermedades como verdaderos castigos, enviados a la tierra por dioses vengadores y justicieros, a quienes era necesario aplacar con múltiples ofrendas.

Los Maya-quichés consideraron etiologías distintas de las sagradas, y su perenne observación los guió

hacia el exacto conocimiento de algunas causas de enfermedad. El frío y la humedad fueron reconocidos como los agentes causales de reumatismo y catarros. Los vientos producían y agravaban algunas enfermedades y los excesos del amor y de la bebida constituían un extenso núcleo de patologías diversas. El régimen alimenticio de los indios era sobrio y saludable y las costumbres sexuales se amparaban en prudentes consejos y moderadas reglas. Por eso atribuyen a los excesos corporales facultades morbosas formando el grupo de las enfermedades producidas por el abuso de la bebida y de la gula y el grupo de las enfermedades derivadas del culto amor.

En la etiología de las enfermedades jugó papel importante el contagio ampliamente conocido en las epidemias. Por tal razón dieron nombre especial a las enfermedades contagiosas.

En cuando al diagnóstico, los conocimientos mayas -

eran insuficientes, sin embargo, iguales o superiores a los que pretendían tener los médicos titulados venidos de España, en los primeros tiempos de la conquista.

El conocimiento del diagnóstico era patrimonio familiar y hereditario, y cuando la experiencia transmitida era insuficiente, se ayudaban de reacciones especiales, dando al enfermo bebidas o plantas, que al embriagarlos, ponían de manifiesto determinados síntomas probatorios.

Conocieron también la ciencia del pronóstico y comprendían con más o menos exactitud, la benignidad, gravedad o curación de las enfermedades. Para averiguar si una enfermedad era curable y establecer buen pronóstico, se valían de prácticas especiales, en su mayoría absurdas, y relacionados con motivos de hechicería y con aparecimiento de animales, tales como el tecolote o lechuza, el ave enigmática de la sabidu

ría, la cual para los indios fué símbolo de la muerte cercana.

Siendo las enfermedades castigo de los dioses, las prácticas de hechicería formaron una verdadera ciencia, utilísima a los maestros en el arte de curar.

Nada pudo librarse de la superstición avasalladora y hasta el agua inocente, milagro de pureza, se llena de espíritus malos durante la noche, y si se hace uso de ella al amanecer, hay que sacudirla y desperterla, poniendo en fuga a los espíritus, evitando -- así los daños de seguros maleficios.

La patología médica tuvo muchas palabras que designaban síntomas o enfermedades. Fueron conocidas la locura y la imbecilidad, las distintas parálisis y los diversos dolores. La angina de pecho, el asma, las hemoptisis, la ozena y distintas bronquitis, recibieron nombres especiales y múltiples, y a veces eficaces tratamientos. Las encías gruesas que impiden mamar, la úlcera de la boca, las dispepsias,

enteritis, disenterías, parasitismo y caquexias, y posiblemente las filariosis.

De las enfermedades del aparato génito-urinario - fueron conocidas las litiasis vesicales, la blenorragia, la bubas, la satiriasis, la impotencia sexual y la esterilidad.

Respecto del conocimiento de las enfermedades eruptivas e infecciosas, podemos afirmar que algunas de ellas fueron importadas de Europa y Africa.

La herencia morbosa del viejo continente es pesada y amplia carga para la America joven y virgen.

Viruelas, sarampión, paludismo, fiebre amarilla, cólera nostras, influenza, etc., son enfermedades regaladas por negros y blancos a estas tierras de promisión. Alguien dijo que la viruela era el pago europeo a la sífilis americana. Hoy está plenamente demostrado que la sífilis es congénita de todas

las razas primitivas.

Se conoció y describió el tifus o tifo exantemático endemia de climas fríos y altos, y con palabras derivadas de esta enfermedad se crearon nuevas palabras para designar la viruela y otras epidemias, en tiempos posteriores a la conquista.

Todas las enfermedades médico-quirúrgicas recibieron tratamientos apropiados, en su mayoría dictados por sabio empirismo que buscó la doble ayuda de la mano experimentada que endereza huesos y de la naturaleza que ofrece a cada paso la planta salvadora o a la hierba todopoderosa.

La terapéutica y la higiene lograron dominar en parte la patología destructora, y médicos y cirujanos, auxiliados por los dioses, realizaron verdaderas curaciones.

a) Terapéutica e Higiene Indígenas: (7)

La materia médica indígena fue estudiada en magnífica forma por sabios botanistas españoles que dieron gloria a la época colonial. Basta recordar la obra de Francisco Hernández: "Historia de las Plantas de Nueva España" para comprender la magnitud de esos estudios. Cada enfermedad era tratada por varias hierbas o plantas.

La terapéutica era ejercida por especialistas, existiendo una división del trabajo basada en la experiencia hereditaria. Los cirujanos se dedicaban a componer huesos, y otros a sangrar, a curar los dientes o las afecciones de los ojos, siendo éstos verdaderos dentistas y oculistas. Tal división del trabajo médico en especialidades nos es de mucho valor, tanto desde el punto de vista del progreso de la medicina, como del histórico, pues es bien sabido que los egipcios fueron en la antigüedad los creadores de --

las especialidades profesionales y en este punto como en otros muchos, encontramos similitud de culturas entre los maya-quichés y los egipcios. Según Lope de Alatiste, Sahagún, Landa y Acosta y otros brillantes cronistas, la materia médica indígena era completa. Nada faltaba en ella, y era numerosos los purgantes, sudoríficos, dui-réticos, febrífugos, coagulantes, eméticos, sedantes, etc., que realizaban insospechadas curaciones y alivios sintómicos.

Los antiguos cronistas se detienen con fervor, - en algunas páginas, para hacer elogio de los curanderos o cirujanos indios que devolvieron la salud a sus frailes misioneros.

La terapéutica obstétrica estaba muy adelantada, Sahagún nos deleita con nuevas descripciones y nos relata cómo la partera practicaba la embriotomía con una navaja de piedra y sacaba

a pedazos la criatura.

La higiene indígena merece algunas consideraciones, ya que los antiguos aztecas, mayas y sus descendientes, practicaron algunos preceptos favorables a la salud individual y colectiva.

Las principales costumbres higiénicas eran la dieta y los baños. Una gran sobriedad en la alimentación fue la nota predominante. El padre Landa nos refiere que los mayas comían moderadamente, aprovechando así una mejor asimilación que los hacía robustos y muy aptos para los grandes trabajos. Según algunos médicos mexicanos, los códices mendocinos indican la ración alimenticia de los niños. En primer lugar establecieron que el estómago del niño sólo puede recibir leche materna durante los primeros dos años de su vida, y que hasta el tercero debe empezar la alimentación con toritillas de maíz. Desde los tres años hasta los doce, la cantidad de toritillas era au-

mentada progresivamente, realizando así un máximo de provecho para el crecimiento regular.

La alimentación de los mayas era sobria y variada. El maíz era el alimento principal y también comían legumbres y carne de venado. El pescado, común en sus regiones, formó parte de su alimentación. La alimentación ha cambiado mucho actualmente y la sobriedad ya no es un precepto higiénico, sino una necesidad económica. Además, la alimentación se ha convertido en dieta exclusiva de maíz y frijol, y a ella se debe en parte la decadencia racial.

La bebida fue siempre muy solicitada por el indio. Los mayas preparaban una especie de vino con la raíz de una planta hedionda. Muchas frutas como el jocote, les sirvieron también para la preparación de bebidas fermentadas. En las fiestas acostumbraban los indios a emborracharse y su alcoh-

lismo era casi siempre agudo o subagudo.

Las primitivas razas aborígenes de America fueron sa
nas. El colonizador les llevó vicios y malas costum-
bres y gran número de enfermedades epidémicas, no
conocidas hasta entonces. La alimentación sobria y
la general morigeraron de las costumbres a nuestras
razas autóctonas una vida sana y fuerte. La higiene
de la mujer embarazada mereció especial atención y
se le sometía a dieta especial. Las bebidas frías he-
chas con maíz son reputadas como galactógenas y --
las indias las toman en gran cantidad durante la lac-
tancia.

Los mayas, los aztecas y sus descendientes acostum-
braban bañarse y lavarse manos y boca después de co
mer. También bañaban en agua fría a sus hijitos re--
cien nacidos. Tales prácticas se han olvidado actual-
mente, y sólo en ciertas regiones de Guatemala donde
los indios no se han contaminado con la civilización,

existen con algunas modificaciones.

Los aztecas, los mayas y todas las razas indias de
Guatemala, usaron y usan el baño de vapor llamado
temazcalli, por simplemente temazcal.

La diosa Temazcalteci, cuyo nombre quiere decir a
buela de los baños, era representada por una figu-
ra de mujer anciana, con la cara de dos colores, -
blanca arriba y negra por debajo de la nariz. Los -
baños se acostumbraban para enfermos, parturien-
tas y sanos. Eran higiénicos y curativos de cier-
tas de ciertas enfermedades. Los baños tenían ri
tos especiales. Así los casados deben bañarse -
juntos y las madres deben bañarse durante los úl
timos meses del embarazo y las primeras que si-
guen al parto. Los solteros entran al baño solos.
La partera hace maniobra y versiones para endere-
zar el feto, después que la mujer ha sufrido el ba
ño de vapor.

El baño de vapor o bien el baño sencillo es los ríos y fuentes tenía para los indios doble significación: el material que cura el cuerpo, el esotérico que limpia el alma. Por ello, Fray Diego Durán y otros cronistas hablan del agua como el remedio por excelencia y cuentan de las grandes fiestas que se celebraban, cuando nuevas fuentes propiciaban la vida saludable y hermosa.

A los niños nacidos se les bañaba al amanecer en -- los ríos riachuelos. El padre Mendieta relata esto con asombro e invoca a Aristóteles, quién pedía esta sana costumbre para todos los niños. El sabio consejo de Aristóteles fue ley para nuestras razas -- precolombinas.

La sobriedad y severidad de las costumbres los hizo fuertes y sanos. En algunas prácticas se acerca a -- los espartanos. Cultivaban los juegos gimnásticos y deportivos (juegos de pelota), y en bien de la eu-

genesia mataban con sus flechas a los viejos, para librarlos de las penas y trabajos de la senectud, a los enfermos incurables para librarlos de males yores y salvar la descendencia.

Los mayas y sus descendientes no fueron ajenos a la medicina preventiva y su terapéutica vegetal, bía y complicada está esperando el estudio serio que la valore experimentalmente en la actualidad.

b) Epidemias en el período precolombino y preal --
radiano: (7).

En México, Yucatán y Guatemala, hubo grandes --
tes durante la conquista y durante los siglos sig --
tes, siendo muy difícil establecer si las razas c --
merica fueron azotadas de pestes. Sin embargo --
cronistas españoles nos refieren las grandes ep --
mias de Yucatán, México y Guatemala y su espa --
sa mortalidad, más tarde atenuada por las reaco --
inmuológicas. Esto nos prueba que los indios n --

bían padecido de tales enfermedades, pues en este caso gozarían de relativa inmunidad y no hubieran muerto en forma tan terrible.

Otra prueba de la importancia de epidemias en los siglos XVI y XVII es que sí tales enfermedades existían endémicamente en algunas costas del caribe, - no podemos imaginarnos porqué los españoles no fueron atacados mortalmente por ellas.

Tal el caso de Cortés y sus expediciones, que no sufrieron de fiebre amarilla al atravesar lugares -- que después fueron focos de mortalidad espantosa.

Analicemos brevemente lo poco que se puede sacar de los manuscritos indígenas de la paleopatología y de los estudios modernos.

El libro Chilam-Balam de Chumayel habla de una epidemia de disentería que azotó a los mayas en una de sus peregrinaciones. El lugar en donde sufrieron la enfermedad fué llamado Kikil, que quiere decir lu

gar de sangre o ensangrentado. En el KAB-LAY del -- mismo libro, en un pasaje muy hermoso dice lo siguiente: "Había en ellos sabiduría. No había entonces pecado. Había santa devoción en ellos. Saludables vivían. No había entonces enfermedad, no había dolor de huesos, no había fiebre para ellos, no había viruelas, no había ardor de pecho, no había dolor de vientre, no había consunción, Rectamente erguido iba su cuerpo entonces". "Cuando los españoles llegaron enseñaron el miedo y marchitaron las flores, para que su flor viviese".

Como es sabido, en el siglo VII de la era cristiana, fue destruído el gran imperio maya y no sabemos cuáles fueron exactamente las causas. Algunos han -- creído que la destrucción se debió a la fiebre amarilla y hay arqueólogos que aseguran que en las piedras de Quiriguá hay grabados que simbolizan a indios atacados de fiebre amarilla. La imaginación -

no nos da pruebas y es más aceptable creer que las pestes que destruyeron el imperio no son desconocidas o bien todo se debió a la esterilidad de las tierras, que no dándoles alimentos, los mató por hambre y los pocos que se salvaron buscaron tierras féculdas.

Los estudios modernos de los sabios médicos Agramonte y Carter, han establecido que la fiebre amarilla fue importada de Africa y que la primera epidemia observada en el nuevo continente fue la de Barbados en 1647. De allí la peste se extendió por las rutas marítimas. Estas ideas confirman lo dicho por Hirsch, el gran historiador de le epidemias, que aseguró que en América no hubo fiebre amarilla antes del siglo XVII. Bequaert lo prueba por otro argumento parasitológico haciendo ver que el mosquito transmisor es de una sola especie en América, y en el viejo mundo son varias las especies transmisoras. Así podemos explicarnos que qué la epidemia de Yucatán en 1648 fué una tragedia. Se trataba de la primera infec

ción. Si los mayas antes la hubieran sufrido, habrían tenido inmunidad. Después de 1648, las epidemias -- ya no fueron tan mortales.

De la viruela, bástenos decir que tal enfermedad era absolutamente desconocida en América y que fué traída por un grumete que venía con Pánfilo de Narváez, Introducida en la Nueva España desde el año de 1520, de allí irradió a toda América. La viruela fue un terrible regalo de Europa a las Indias. (En estudios recientes, el Dr. Horacio Figueroa Marroquín intenta probar que esa epidemia no fue viruela, sino de sarampión).

(3).

Las epidemias de influenza fueron conocidas en Europa desde el año 1173 y se cree que llegaron a América en 1627. Sin embargo, es probable que hayan llegado antes, pues en 1510, 1593, Europa fue azotada y durante ese tiempo las comunicaciones con el nuevo mundo fueron frecuentes. Mobryde cree que la epidemia de 1523, que tanto estrago hizo en Guatemala y que --

fuera descrita en el Memorial de Tecpán Atitlán, fue influenza. Los síntomas descritos en el Memorial - no son suficientes para hacer el diagnóstico exacto. Si bien es cierto que las muertes repentinas por flujo de narices, tos y otros síntomas pulmonares parecen concordar con las formas bronconeumónicas - de la influenza, por otra parte desorienta el nombre dado a la peste o sea CHAAC, que en lengua cakchiquel quiere decir peste con erupción cutánea o con llagas, Brinton pensó que se tratase de sarampión - y que la mortalidad alta se debiera a la circunstancia de ser la primera infección. Sin negar la posibilidad de la tesis sostenida por Morbyde y la tesis sostenida por Brinton, cabe la probabilidad de que - tales pestes hayan sido de tifo exantemático, que - tiene síntomas eruptivos y complicaciones broncopulmonares. La epidemia de 1523 fue el preludio de la invasión española y el mensaje de las calamidades -

del período alvaradiano o de la conquista. Las epidemias de tifo exantemático o tabardillo fueron frecuentes en América antes de la llegada de los españoles. Esta enfermedad fue endémica en México y allí nos - llegó a las regiones altas de Guatemala, En lengua azteca era llamada MATLATZAHUATL, que quiere decir erupción en forma de red, con esta terminación - ZAHUATL, los aztecas formaron nombres de las nuevas pestes eruptivas que llegaron con la conquista (viruela y sarampión). El paludismo o malaria existió en Yucatán, (México) y algunas regiones de Guatemala, bajo formas benignas, en épocas precolombinas. La malaria perniciosa fue importada después de la conquista por esclavos africanos. Sólo así - puede explicarse que la conquista de México y las expediciones a ciertas regiones de Guatemala, no - hayan tenido el problema de la malaria perniciosa, no descrita por ninguno de los cronistas. En cuanto

a las formas cuartanas, raras en la América del Centro, y comunes en Africa, es posible que de allí fueron importadas.

Las anteriores descripciones nos prueban categóricamente la riqueza patológica pestilencial que la colonización trajo al nuevo Mundo.

La primera epidemia de que se tenga noticia, es la que diezmó al gran imperio Tolteca en el siglo XI de nuestra era. (2).

3.- Pestes durante la vida colonial preuniversitaria

Cerca de quinientos años pasaron tranquilos los descendientes de Xpiyacoc y Xmucané hasta que, a principios del siglo XVI en 1520, aparece por primera vez en nuestros indios el cólera morbus. Epidemia desastrosa que fue seguida de la viruela y de la sífilis.

Quizán no fueron suficientes estas tres plagas para mortificar a nuestros indios, que en año siguiente (1521) aparece otra peste, que comenzaba con tos, seguía una calentura lenta y concluía con dar a la

orina un color de sangre" (Milla) (2). Nuestros indios tenían que sufrir fuertes latigazos de diferentes enfermedades, después del descubrimiento de América. En 1522 aparece otra peste, que el autor del manuscrito cakchiquel, un hijo del rey Huning, califica de bubas. La mortalidad era tal que faltaba tiempo para sepultar los cadáveres, lo cual hacía que se desarrollara la infección con más intensidad. los restos de muchos que huyeron a los montes y barrancos, fueron pasto de los zopilotes.

Los indios, esos hombres que antes de la conquista edificaban ciudades con calles amplias y tiradas a cordel, con fuente públicas y edificios sólidos y de elegante arquitectura, con templos y cementerios, esos mismos hombres, después de la conquista degeneran de tal modo que los cadáveres de los miembros más queridos de sus familias, en vez de inhumarlos los dejan insepultos en sus propias casas, sirviendo de pasto a los zopilotes y a los perros.

De ahí que los señores del Cabildo de la Antigua -- Guatemala, consideraron que esa práctica no sólo -- era inmoral sino antihigiénica, en el acuerdo del -- día 30 de diciembre de 1539.

En 1534 aparece la viruela entre los indios; a propó-- sito de esta peste dice Remesal: "con calenturas -- se bañaban en los ríos y con el ardor de las virue-- las se mojaban en agua fría y se morían luego". Los años de 1558, 1561, 1562, 1564 y 1576, son prodigios en pestes y esquilencias, (4) y los mé-- dicos tan necesarios en esos tiempos, brillaron -- por su ausencia, y sólo los Santos y vírgenes pu-- dieron curar y consolar.

El Hospital de la Misericordia fundado en Almolon-- ga casi no tuvo vida. Fué apenas un rancho paji-- zo que cobijó a huérfanos e inválidos.

El Obispo marroquín y Fray Matías de Paz, lleva-- ron la medicina del consuelo a la pobre casa y en

más de una ocasión salvaron a los agonizantes dando-- les el elíxir de una plegaria. En la ciudad arrasada por la furia de las aguas vengati-- vas nació el que más tarde se llamara Hospital de -- San Alejo o de Indios. Este hospital vivió en la ima-- ginación de Fray Matías de Paz, quien poseído de in-- tenso amor al prójimo y en especial a los indios, lo-- gró fundar el hospital, en uno de los solares de la -- nueva ciudad de Panchoy.

Poco tiempo duraron las ilusiones de los indios, pues en noviembre del mismo año de 1559, el rey dió otra -- cédula fundando el Hospital Real de Santiago, dejando sin efecto la relativa al Hospital de San Alejo. El Hos-- pital Real de Santiago une sus destinos a la vida de su fundador, el Obispo Marroquín, apóstol de la caridad y eje principal de la cultura del Reyno de Goathemala. He aquí los hechos más salientes de la historia médica del siglo XVI: un cirujano titulado que defiende al pue--

-54-
blo y a sus colegas de los barberos empíricos, y un hábil operador que, con espíritu comprensivo, salva de las garras de la muerte a un enfermo de apendicitis aguda con absceso.

Don Juan de los Reyes y del Juan Vásquez de Molina dominan toda la historia médica de la segunda mitad de sigloXVI.

Si bien no hubo muchos médicos, en cambio abundó la caridad de nobles, religiosos y señores, que construyeron hospitales y realizaron un apostolado de amor, quizás ajeno a la ciencia; más lleno de buenas intenciones, de sacrificios y de provechosas consecuencias para españoles e indios.

En la Noble y Muy Leal Ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala, florecieron durante quince años las virtudes del venerable hermano Pedro de San José de Bethancourt, quién llegó de las Islas Afortunadas, trayendo de ellas la fortuna de un espíritu heroico y la primavera de cien milagros (4). Funda el Hospital de

Convalescientes de Nuestra Señora de Bethlem, que fue el cuarto hospital que tuvo Goathemala. El Hospital de convalescientes era visitado por varios médicos y cirujanos y muy en especial, por Mauricio López de Losada, amigo de Pedro de Bethancourt, Fray Payo de Ribera y don Sebastián Alvarez, señor de Caldas, fueron también huéspedes de Pedro y admiraron su extraordinaria virtud. Falleció a los 48 años de edad, el 25 de abril de 1667.

La historia colonial preuniversitaria se anunció con la cultura fundada por el Obispo Marroquín y terminó con la vida del Hermano Pedro, fundador de la ciencia divina y humana del amor al prójimo.

Muchas de las leyes que se dictaron en tiempos de la colonia, en resguardo de la salud pública, se encuentran con todo detalle en la "Novísima Recopilación de las Leyes de España", dividida en XII libros, en que se reforma la recopilación publicada por el señor don Felipe II en el año de 1567, reimpresa en 1775, y a -

la que se incorporan las pagmáticas, cédulas, decretos, órdenes y resoluciones reales, y otras providencias no recopiladas, y expedidas hasta 1804, mandada a formar por el señor don Carlos IV. Impresa en Madrid el año de 1805. En el Tomo III. capítulo XL, del resguardo de la salud pública, se registran varias leyes de importancia. La ley II, dictada en Buen Retiro por Real Cédula de 6 de Octubre de 1751 constituye una profilaxia del contagio de la tuberculosis; consta de 14 disposiciones y se completa con la ley III dictada en Aranjuez por Real Cédula de 23 de junio de 1752 y que consta de 7 disposiciones. La primera se titula "reglas y precauciones para evitar el uso de ropas y efectos de los éticos, y otros enfermos contagiosos". La segunda se titula "Nuevas reglas que han de observarse para evitar el contagio de los éticos y tísicos", Di-

chas disposiciones revisten importancia porque en ellas ya se establece la denuncia de la enfermedad a las autoridades y se combate el contagio, en concordancia con los conocimientos de la enfermedad que en aquellos tiempos se tenían.

La ley V vale la pena conocerla "Don Carlos IV en San Lorenzo por el Cap. 16 de la Real Cédula de 15 de noviembre de 1796, comprensiva de las ordenanzas del Real Colegio de Medicina de Madrid y Suprema Junta. Reglas sobre la policía de la salud pública, que se han de observar por la suprema Junta de Gobierno de Medicina.

"1.- Siendo irrefragable que los efluvios, emanaciones vapores y miasmas que se elevan de las sustancias animales, vegetales y minerales alteradas y corrompidas o nocivas, son origen fecundo de graves enfermedades; y que el aire, conductor y depositario de ellas, por esta causa las produce, será importantísimo obviar todos

todos los medios de us infección. 2.- No habiendo co
sa que más se oponga a la salud de los hombres que -
enterrar los cadáveres dentro de templos, en sus -
bóvedas e inmediaciones, hasta que llegue el feliz --
momento de la erección de cementerios rurales, con
sus componentes arboledas, será conveniente que cui
de el Presidente y la Junta de Gobierno de la Medici-
na, que los cadáveres se sepulten con la profundidad
competente; que no se expongan en parajes públicos
quando han llegado a términos de una decidida y com-
pleta putrefacción; y que las mondas se hagan en las
horas, estaciones y estado de la atmósfera menos ex
puestos a propagar las miasmas que despiden los cadá
veres y sus despojos; representándome el Presidente -
en caso necesario quando estime conveniente. 3.-
Siendo igualmente útil a la pública salud, que dentro -
del corto recinto de la Corte y demás poblaciones no
se establezcan fábricas ni manufacturas que alteren o

infeccionen considerablemente la atmósfera, como xa-
bonerías, tenerías, fábricas de velas de sebo, cuerdas
de vihuela, ni los obradores de artesanos que se ocupan
de las aligaciones de metales y fósiles que infecten el
ayre, debiéndose permitir solamente almacenes o depó-
sitos de materias ya trabajadas; me propondrá la Junta
de Gobierno quanto le parezca conveniente para evitar
las funestas consequencias que puedan sobrevenir de
esa tolerancia. 4. Sin el dictamen e inteligencia de
esta Suprema Junta no podrán los arquitectos executar
los planes de los edificios que tengan relación inmedia
ta con la pública salud, como hospitales, hospicios, -
cárceles, mataderos, almacenes, teatros, iglesias, &;
cuidando de la situación ventajosa del terreno, la ven-
tilación, limpieza y aseo para que sean saludables. 5.
Siendo las emanaciones y miasmas, que se levantan de
los cuerpos, decididamente contagiosos, origen fecun-
do de otros análogos a ellos, además de las providen-
cias justamente tomadas para impedir que se con

cias justamente tomadas para impedir que se comuniquen, habiéndose observado que la inoculación, aunque útil a los particulares, al Estado y a la población, esparce con profusión peligrosa las miasmas --
variolosas, fomenta y multiplica la viruela natural; -
se prohíbe absolutamente que en las estaciones, en
que no hay epidemias de viruelas en los pueblos y --
sus barrios, ningún facultativo, Médico o Cirujano,
pueda inocular sin dar cuenta a la Junta de Gobierno
la que con acuerdo de la superioridad tomará las providencias convenientes, bien para que el inoculado
y sus asistentes salgan de la población, bien para -
que no traten con nadie durante todo el tiempo que -
pueda comunicarse el contagio. 6.- Perjudicando -
notablemente a la salud y vida de los hombres los a
limentos y bebidas de malas calidades o adulteradas,
fijará toda su atención y principal cuidado la Suprema
Junta de este importante ramo de la salud pública.

7.- A este intento autorizo a dicha Junta para que sí, o -
el individuo que tuviese a bien nombrar, con el auxilio
que en caso necesario le darán los Magistrados de policía, reconozcan y examinen las carnicerías y mataderos
las troxes y graneros públicos, saladeros y almacenes y
puestos donde se vende pescado, la volatería y caza, -
las frutas y verduras, fondas, hosterías y demás partes
donde se vende, prepara y confecciona toda clase de alimentos, bebidas, dulces y confituras; y hallando que
las reses que se matan padecen de alguna epizootía, vi
ruelas, morriña y otras enfermedades; que las harinas y
las legumbres tienen algún vicio perjudicial a la salud,
o están mezcladas con cualquier vegetal y otras cosas
mal sanas; que los pescados están pasados o corrompidos;
que las frutas no estén maduras y sin la sazón devida;
y en fin, que cualquiera de las cosas arriba dichas
puede ser nociva para su calidad por estar adulteradas,
o por cualquiera otra causa, solicitará, donde corresponde,
se impida su venta, y que se tomen las demás pro-

videncia oportunas, a fin de evitar los estragos que se siguen de tolerar la venta de dichos comestibles y bebidas; y cuando por estos medios no se lograse atajar tan crecidos daños, me lo representará a la Junta, proponiéndome los medios para conseguirlo". Por lo antiguo de la disposición que aparece todavía y con razón en nuestras leyes sanitarias transcribimos la Ley II del Título XI del Tomo IV que dice: "D. Carlos I y Doña Juana, y en su ausencia el Príncipe D. Felipe, en Valladolid, año de 1537: Las Justicias provean lo conveniente para evitar los excesos de los médicos, boticarios y especieros, que se expresan. Por quanto no hecha relación que en estos nuestros Reynos hay muchos médicos que tienen hijos o yernos boticarios, o boticarios que tienen hijos médicos, y que de recetar los unos en casa de los otros siguen algunos inconvenientes; y así mismo nos fué pedido mandásemos, que los físicos y médicos rece--

tasen en romance, y que los boticarios ni especieros no pudiesen vender soliman ni cosa emponzoñosa sin licencia de médicos; mandamos, que los Corregidores y Justicias de nuestros Reynos, cada uno en su jurisdicción, se informen de lo susodicho, y provean con justicia lo que convenga".

En el Tomo V. Título XXVI, Ley VII, se lee: "D. Felipe IV en Madrid por pragmática de 10 de febrero de 1623. Prohibición de mancebías y casas públicas de mugeres en todos los pueblos de estos Reynos. Ordenamos y mandamos, que de aquí en adelante en ninguna ciudad, villa ni lugar de estos Reynos se pueda permitir ni permita mancebía ni casa pública, donde mugeres ganen con sus cuerpos; y las prohibimos y defendemos, mandamos se quiten las que hubieren y encargamos a los de nuestro Consejo, tengan particular cuidado de la execución, como de cosa tan importante; y a las Justicias, que cada una en su distrito lo execute, so pe-

na que, si en alguna parte las consintieren, por el mismo caso les condenamos en privación del oficio y en cincuenta mil maravedís aplicados por tercias partes, Cámara, Juez y denunciador; y que lo contenido en esta Ley se ponga por capítulo de residencia" (2).

4.- La Medicina Colonial Universitaria 1668-1821.

El Obispo don Francisco Marroquín había colocado en el año de 1562, la primera piedra de nuestra futura Universidad, cuando el colegio para doctrinar y enseñar a los hijos de los españoles fue fundado.

El 31 de enero de 1676, el rey don Carlos II, dió la real cédula conociendo la fundación de la -- Universidad de Goathemala. En junio de 1680 el rey ordenó que se redactasen los estatutos y constituciones. Los estatutos de la Universidad de San Carlos fueron hechos a semejanza de los que regían a las principales universidades de España y América (Salamanca, Lima y México).

El rey aprobó y confirmó estos estatutos por Real Cédula de 9 de junio de 1686, y el Papa Inocencio XI, el 18 de junio de 1687, expidió la bula que consagró como pontificia a la Universidad de Goathemala.

El 20 de octubre de 1681, se inauguró solemnemente la cátedra de Prima de Medicina.

Durante cuatro décadas, contadas a partir del año de 1647, no se conocieron pestes en la ciudad del valle de Panchoy, que parecía gozar de inalterable paz y de perfecta salud. El año de 1686 llevó a la ciudad los morbos pestilenciales, cuya gravedad fue tanta, que en corto espacio de 3 meses murió la décima parte de la población.

Esta epidemia pestilencial que los cronistas distinguen muy bien de la viruela, quizás fue de gripe o de influenza española y fue la última que sufrió Guatemala en el siglo XVII.

En la primera mitad del siglo XVIII no hubo más que una sola peste.

En el año de 1733 se presentaron las viruelas quemando rostros y vidas. En un solo mes hubo 1,500 muertos. Nuestros bachilleres en Medicina, que es

taban preparando sus licenciaturas y doctrinamientos ignoraban los medios curativos para tan terrible peste, y en lugar de recetar, recomendaban con unción las rogaciones y novenarios, únicos remedios efectivos.

Nuestra Señora de los Dolores del Cerro, Nuestra Señora de la Merced, Jesús Nazareno, San Sebastián y San Serapio, todos los santos y santas intervinieron con sus mercedes, y gracias a ellos terminó la peste en junio de 1733.

En la primera mitad del siglo XVIII, los hospitales de la ciudad de Santiago no conocieron mayores reformas; su vida se deslizó por las pendientes de la rutina. Los tres hospitales principales, el Real de Santiago o de San Juan de Dios, el de San Alejo de Indios y el de San Lázaro, eran administrados por los hermanos de San Juan de Dios y visitados diariamente por nuestros médicos, cirujanos y estudian

tes de medicina. El Hospital de San Pedro era muy rico en rentas y muy pobre en enfermos, pues sólo servía para asilar a eclesiásticos.

En el Hospital de Bethlem o del Hermano Pedro recibía inválidos y convalecientes. En abril de 1769 fue azotada la ciudad por una epidemia de sarampión maligno, que hizo grandes estragos, principalmente entre los indios.

El catedrático de Prima de Medicina, doctor Avalos y Porres y el médico francés Desplanquiez, fueron encargados de formular las recetas curativas, la dieta y demás medidas contra la epidemia de sarampión.

Esta epidemia fue muy bien descrita, lo mismo lo mismo que la siguiente de tabardillo. Podemos afirmar que esta epidemias o peste fueron las primeras que se estudiaron científicamente, y de las cuales se hicieron se hicieron magníficas descrip-

ciones clínicas. Las medidas sanitarias no podían ser buenas, pues los errores de la medicina abundaban en aquellos tiempos. En la Epidemia del año de 1769, observamos también el interés que pusieron el Ayuntamiento y otras autoridades en favor de la extinción. Podríamos asegurar que durante esos años trágicos se fundó sanidad pública, surgida de las circunstancias del momento y de la mayor ilustración de los dirigentes del pueblo.

El Fiscal Romaña y Herrera, el Capitán General del Martín de Mayorga, y el noble ayuntamiento de Guatemala (1773-74), son sin duda alguna, los creadores oficiales de la salubridad pública. El Fiscal Romaña y Herrera pidió a los médicos la formación de la receta, de acuerdo con la edades, complexión, temperamento y demás circunstancias de los indios enfermos. Mandó también a todos los alcaldes y eclesiásticos que cumpliesen las órdenes sanitarias y evitasen a los indios enfermos el trabajo, bajo pe

na de cincuenta azotes, la destitución y multa de quinientos pesos.

En el mes de julio de 1773, un violento terremoto destruyó la ciudad de Santiago de los Caballeros de Goathemala. La ciudad arruinada conoció la vida caótica, y para colmo de infortunios, una peste de tabardillo o tifo exantemático mató a cuatro mil personas, haciendo más daño que los terremotos.

El el Noble Ayuntamiento, el Arzobispo Cortéz y Larraz, el Capitán General Mayorga y todos los médicos, colaboraron armoniosamente para la extinción de la epidemia, que dejó saldos trágicos por una parte, y por otra, útiles y provechosas enseñanzas.

El Capitán General don Martín de Mayorga, protector de la salud pública, en la epidemia de tifo o tabardillo, dictó medidas atinadas y prudentes; gracias a él se formó una junta de salud pública,

de la cual emanó el plan de combate contra la peste de calenturas petequiales.

La epidemia de tifo exantemático duró cerca de un año. Comenzó a fines de 1773, se exacerbó en marzo de 1774, terminando en el mes de junio de ese mismo año. Si grandes fueron las ideas de don Martín de Mayorga, más grandes fueron aún las del Arzobispo Pedro Cortéz y Larraz, quién observó la epidemia en los propios lugares infectados, dedujo de sus visitas las medidas curativas, y con gran intuición comprendió claramente las causas de la peste de tabardillo. El Arzobispo, héroe de los terronistas, no se perdió en las discusiones escolásticas de los médicos, pues con prontitud y eficacia estableció el método preventivo como podría hacerlo hoy un médico higienista. El Arzobispo Cortéz y Larraz no dudo del origen, estableciendo que el tabardillo venía de los Altos, y había sido introducido a la ciudad capital por los indios y o--

breros que habían regresado de su repentino éxodo.

La propagación de la peste se efectuó por las malas condiciones de los hospitales improvisados, donde se amontonaba a los enfermos y se les daba de comer en el mismo plato. En las noches dormían juntos, y para colmo de males, existían en las afueras de la ciudad ranchos inficionados, no sujetos a vigilancia médica. Conoció el origen y las formas de propagación, las medidas curativas eran muy sencillas. Urgía evitar la salida a los pueblos de Los Altos, é construír galeras de aislamiento para la colocación separada de los enfermos, los cuales debían estar bien alimentados y protegidas por las nuevas leyes del abasto.

A estas medidas se sumaba la vigilancia de los ranchos inficionados

Mas claridad y sabiduría no pueden pedirse a un Arzobispo ajeno a las ciencias médicas. Por su conducta como higiénista moderno lo elevaban ha-

cia las regiones donde habitan los genios protectores del maravilloso tesoro de la salud pública, según las indicaciones de don Martín de Mayorga, no quedaba más que cumplir inmediatamente las disposiciones. Sin embargo, no sucedió así, las inútiles discusiones lo complicaron todo, se enterraba a cientos de enfermos fallecidos; el mal estaba tocando a las puertas de los nobles y acomodados, mientras en las sesiones del Ayuntamiento se discurría sobre la influencia de los astros, las impurezas del aire y las emanaciones sulfurosas.

Al fin después de muchos alegatos, se procedió a dividir la ciudad en cantones, encomendándose a los médicos la vigilancia de ellos, se dispuso también que los boticarios ayudaran a la curación facilitando medicinas, las que debían ser vendidas según el arancel impuesto por el Protomédico, para evitar los abusos. Cuando los cantones estaban casi saneados

dos, llegaron los dictámenes de los médicos, interesantes desde varios puntos de vista, pues en ellos se admiran la observación clínica, los errores de la terapéutica y las curiosas teorías acerca del origen de la peste petequial.

El Cirujano Carriola terminó su informe proponiendo diez y siete medidas preventivas. Algunas de ellas son aceptables y correctas; otras en consonancia con la época, son ridículas y curiosas. Tampoco podríamos extrañarnos de esas medidas propuestas a fines del siglo XVIII, pues en pleno siglo XX, algunos médicos guatemaltecos dictaron medidas semejantes.

Las diez y siete medidas propuestas por Carriola eran las siguientes:

"1º. Buscar los lugares donde corra el aire con más libertad, y si fuese posible huir de los lugares contagiados. 2º. Que las habitaciones miren

al norte o al oriente, a no ser que haya cementerio. 3º. Huir de los lugares cenagosos. 4º. Que se mantenga fuego en las casas. 5º. Que se enciendan grandes fuegos en las plazas de la ciudad, remedio general muy aprobado, pues así se terminó la peste en Atenas (Este medio fue muy usado por algunos médicos sanitarios de Guatemala, en varias epidemias del siglo XX). 6º. Que se eviten los concursos de gentes. 7º. Que se rieguen las habitaciones con vinagre. 8º. Que se huya a la inmoderada bebida de licores, en particular de los que fácilmente se corrompen o fermentan. 9º. Que se modera la cantidad de alimentos. 10º. Que las pasiones violentas se moderen. 11º. Que el acto prolfico se evite todo lo que se pueda, y debe por lo tanto sacarse a las mujeres públicas, desterrándolas. 12º. Que se entierren pronto los cadáveres. 13º. Que se limpien las calles y las plazas. 14º. Que los

vestidos y muebles se quemén o bien se usen después de algún tiempo, ahumándolos con hierbas olorosas. 15ª. Que se impida los baños públicos. 16ª. Que se disparen cañones de artillería y otras armas de fuego. 17ª. En todo se debe guardar esta moderación y ánimo tranquilo, que no se respire junto a las bocas ni se trague saliva al estar con los enfermos".

Así terminó el extenso dictamen del Cirujano Alonso de Carriola. Al pie llevaba la fecha de 26 mayo de 1774.

Los lectores médicos y profanos juzgarán la sabiduría de estas medidas preventivas, que, son en parte útiles y buenas y consagran a Carriola, como médico higienista, cuyo nombre no podrá olvidarse en la historiografía de la salud pública de Guatemala.

El terremoto de Santa Marta y la epidemia de Tabardillo consecutiva ponen fin a la historia médica de la

segunda ciudad colonial y cierran el primer período de la medicina Colonial Universitaria. (1681-1773).-

a) La Medicina en los albores de la Nueva Guatemala de la Asunción:

Durante el tiempo comprendido entre el año 1774 y el año 1780, no hubo vida médica en la nueva ciudad. - Para mayor infortunio, la viruela se presentó en ese último año, y como no había hospitales, la curación y prevención de la terrible peste encontró problemas difíciles de resolver. En noviembre de 1777 se trasladaron casi todos los médicos iniciando sus labores en los hospitales improvisados.

Una de las más terribles epidemias de viruela fue la que sufrió Guatemala en el año de 1780. Todas las circunstancias eran propicias para el maligno desarrollo de la peste. Los hospitales estaban en construcción, faltaban lugares de aislamiento, sumándose a estas dificultades materiales, las espirituales del -

pueblo, fatigado y agobiado por toda la clase de penalidades.

Como no había hospitales de aislamiento, el gobierno dispuso fundar el Real Hospital de Viruelas bajo la advocación de San Joseph (ese hospital se conservó -- por muchos años con el nombre de Hospital de San José).

El Ayuntamiento contribuyó de todas maneras al saneamiento de la ciudad y a la extinción de la epidemia. En junio de 1780 se dirigió al Capitán General de Matías de Gálvez pidiendo la formación de comisiones médicas, que deberían atender a los enfermos los cuales serían en parte hospitalizados y en parte atendidos por cantones. Se levantó un plano de la nueva ciudad en construcción y se encomendó cada barrio o cantón a su médico.

La epidemia de viruela de 1780 permitió al doctor -- José Felipe Flores mostrar sus cualidades de innovador

que desde entonces comenzaron su carrera triunfal.

En el mes de junio de 1780, el doctor Flores se dirigió al muy ilustre Capitán General don Matías de Gálvez, solicitándole permiso para curar y prever las viruelas, empleando el método llamado de la inoculación, que ha dado buenos resultados en otros países y se podría aplicar en Guatemala.

Pese a opiniones contrarias, entre ellas el dictamen del Fiscal Saavedra, firmando el 26 de junio de 1780, el gobierno contestó al Dr. Flores, dejándolo en completa libertad para practicar la inoculación, siempre que los pacientes lo piensen, y que en todo obra se con pericia y conciencia. De nada sirvieron las opiniones contrarias; pues el doctor Flores comenzó la inoculación, tratando en poco tiempo a miles de personas.

La técnica que usó fué la siguiente: ponía dos vejigatorios del tamaño de un real en cada brazo es es-

peraba que estos levantaran ampollas; luego, luego colocaba sobre la piel ulcerada un algodón empapado en la serosidad de una viruela madura; manteniendo esta curación durante veinticuatro horas. Según en el decir de los historiadores, la inoculación dió magníficos resultados, como lo demostró la estadística comparada. Casi ninguno de los inoculados tuvo formas malignas, y el control riguroso sólo registró la muerte de una niña de trece años muerta de fibre petequial. (tifo). En los barrios en donde no se practicó la inoculación, la mortalidad alcanzó cifras muy grandes. Las pruebas fueron concluyentes, quedando demostrado el beneficio de la inoculación. La epidemia de viruela de 1780 es uno de los episodios patológicos más interesantes de la vida médica de Guatemala. Gracias al espíritu innovador de José Felipe Flores, se salvaron miles de personas.

José Felipe Flores logró por repetidas y entusiastas gestiones, la erección del Protomedicato, tocándole el merecido y justo honor de primer protomédico legal. En junio de 1793 se recibió en Guatemala la ansiada cédula real. Los deseos del doctor Flores se vieron colmados, iniciándose una nueva era para la salud pública.

El tribunal del protomedicato ejercía las siguientes funciones:

Primera: dirigir la enseñanza médica. Segunda: gobernar la medicina, Cirugía y Farmacia. Tercera: impartir justicia en todos los ramos de la medicina. Cuarta: administrar los fondos provenientes de las licencias y multas de los mismos. Quinta: incrementar la propagación y preparación de las plantas medicinales. De todas estas funciones, fueron muy pocas las que se cumplieron en Guatemala. Establecido el Protomedicato en forma legal era de esperarse

que el tribunal desempeñara todas sus funciones. - Tal cosa nunca se llevó a cabo. Ni Flores ni los otro protomédicos interinos que los substituyeron, - pudieron impartir la justicia en los asuntos de salud pública, en los cuales actuaron exclusivamente como elemento consultivo. Tampoco administraron fondos provenientes de licencias y multas.

En Guatemala se experimentó la fatal consecuencia de las múltiples leyes. En el tiempo del protomédico Esparragosa y Gallardo, la Real Sala del Crimen le inhibió de conocer en todos los asuntos contenciosos o criminales, relacionados con la salud pública.

En resumen, el Tribunal de Protomedicato en Guatemala, fue condenado a no hacer nada distinto de - simples expedientes, a pesar de su fuerza legal - y de sus útiles atribuciones en pro de la salud pública.

b) Sucesos diversos de la Medicina Guatemalense en las postrimerías del siglo XVIII.

El 25 de mayo de 1795, el rey de España, expidió en Aranjuez una curiosa cédula que llevaba como título "Real orden sobre el específico para precaver el mal - de los 7 días en los niños".

En el año de 1795, bajo la administración de Romá, se establecieron dos útiles reformas: el nombramiento de practicantes internos, substitutos de los hermanos de San Juan de Dios, y la unión de los hospitales de San Pedro y San Juan de Dios en uno solo. Tales reformas modificaron en parte la organización hospitalaria, que desde entonces gozó de más amplitud económica y de mejor servicio médico.

En el año de 1801 se fundó la hermandad de caridad - cuyo principal fin era la administración de los hospitales. El 29 de abril de 1801, don Juan Manrique, - quien fue el último administrador nombrado por el go

bierno, entregó el hospital a la nueva entidad, siendo substituída en el cuidado de los enfermos por las hermanas de San Vicente de Paúl que llegaron a Guatemala en 1862.

En el último lustro del siglo XVIII, Narciso Esparragosa y Gallardo fue consagrado como en cirujano más famoso de la Nueva Guatemala.

Apóstol de la Vacuna, logró en pocos meses la casi total vacunación del pueblo de Guatemala.

El 16 de mayo de 1804, Esparragosa recibe de las manos del correo la primera remesa de fluido vacuno remitido por Ignacio Pavón y Muñoz, residente en Veracruz.

A los 25 días del mes de enero de 1805, se dió el real decreto aprobando los estatutos y reglamentos de la Junta Central de la Vacuna.

El reglamento se componía de nueve capítulos, relativos a la Junta Central y a las provinciales, y a las

vacuna a la capital y a las provincias, y a las distintas obligaciones de los jueces, profesores, vacunadores, curas y demás autoridades. Los fines de la Junta eran tres: 1º. La propagación de la vacuna en todo el distrito de la Capitanía General. 2º. La perpetuidad del fluído vacuno, de manera que si fuere posible nunca llegue a faltatar en el mismo distrito. 3º. Las observaciones y nuevos descubrimientos que de la práctica de la vacuna puedan resultar a beneficio de la salud pública.

La Junta General de la vacuna en Guatemala funcionó regularmente por el tiempo de doce años. A partir del año 1817 la junta sufrió muchos cambios e irregularidades, trastornos que aumentaron con motivo de la independencia nacional. Estos incidentes fueron fatales para la salud pública, pues en algunas ocasiones faltó el fluído, el cual tuvo que ser pedido con dineros particulares a los países vecinos.

Un fulminante ataque de apoplejía terminó con la vida del doctor Esparragosa, el día 21 de agosto de 1819.

En los comienzos del siglo XIX existió en Guatemala otra Junta relacionada con la salud pública, que desempeñó también importantes y útiles papeles en la obra de saneamiento de la Nueva Guatemala.

La Junta de Salud Pública se instaló en Guatemala el día miércoles 27 de abril de 1814.

La ley que a ella se refería decía textualmente:

"Para cuidar en cada pueblo de la salud pública, se formará cada año por el ayuntamiento, donde el vecindario lo permita, una Junta de Sanidad compuesta - del Alcalde 1º. o de quien haga sus veces, de uno o más facultativos, de uno o más regidores y de uno o más vecinos según la extensión de la población.

Esta Junta podrá aumentarse según la extensión y se regirá por los reglamentos existentes".

El 18 de mayo del mismo año

El 18 de mayo del mismo año, dictaron muy buenas medidas, tales como las siguientes: establecimiento de cementerios fuera del poblado. aseo y limpieza de las calles, aseo y limpieza de las cárceles. En junio de 1814 se dictaron medidas contra la epidemia de toses en los párvulos, formándose una cartilla con métodos para curarlas y prevenirlas.

Se dispuso proceder contra los curanderos, para lo cual se pidió para la reforma de las leyes del Pro-tomédicato, cuya autoridad estaba muy disminuída a causa de las leyes de 1806 y 1807.

Seis años duró la interrupción de la vida de la Junta de Salud Pública, que apenas comenzaba a dar sus primeros pasos, cuando fue suprimida.

El 5 de Octubre de 1820 reanudó sus sesiones; el problema de los cementerios volvió a ser el tema preferido, prohibiéndose los enterramientos en las iglesias.

En noviembre de 1822, a pesar del nuevo régimen independiente, continuó en funciones la última Junta, cuya última sesión se celebró el 4 de noviembre de 1825.

De 1541 a 1681 la muy noble ciudad de Santiago de los Caballeros de Goathemala resume su Medicina en las instituciones hospitalarias, que si bien ajenas a la verdadera ciencia, aún no vislumbrada en aquellas épocas, realizaron una obra amorosa, eje principal de todos los próximos movimientos científicos destinados a la conservación de la salud física y moral de la humanidad.

De 1541 a 1681, de la fundación de la nueva ciudad a la apertura de la Real y Pontifica Universidad de San Carlos en los 140 años del período colonial pre universitario, la Medicina es apostolado de caridad y obra hospitalaria.

En el escenario de la vida colonial de los siglos XVI

y XVII, Pedro de Bethancourt, Francisco Marroquín y Pedro de Alvarado, son las tres columnas de este período.

De 1681 a 1821, se inicia un segundo período de la vida colonial, que comprende igual al anterior, otros 140 años. La apertura de la Universidad de San Carlos le sirve de umbral, nuestra independencia le pone fin.

Durante ese período dominan el panorama de la Medicina tres médicos geniales: Manuel de Avalos y Porres, Joseph Felipe Flores y Narciso Esparragosa y Gallardo.

Con Avalos y Porres triunfa el primer intento serio para luchar contra las epidemias y pestilencias, que tan horriblemente asolaron a Guatemala, causando innumerables muertes y zozobra constante en el alma colectiva del pueblo.

Sería imposible no incluir en los valores positivos de

la medicina hispano-guatemalense la prodigiosa aven
tura científica de Francisco Xavier de Balmis, quien
al llevar por toda América y parte de Asia el fluido -
vacuno, realizó la epopeya médico-social no iguala-
da por ninguno. Basta recordar los terribles estragos
de las viruelas en América, para comprender el signi-
ficado grandioso de la expedición de Balmis, cuyos
beneficios llegaron a Guatemala con extraordinaria -
rapidez.

En el panorama de las ciencias médicas coloniales -
es factor importantísimo el estado sanitario de la Ca
pitanía General de Goathemala.

Los guatemalenses, como todos los habitantes de la
América Hispánica, sufrieron por muchos siglos el a
zote continuo y mortal de las más graves pestilen--
cias, presididas por la apocalíptica viruela. A los
males morbosos se sumaron las desgracias y trage--
dias originadas por los terremotos, estableciéndose
así una perenne destrucción y una angustia multiple,

que modeló fatalmente el cuerpo y el alma de la ra-
za mestiza guatemalense.

5.- LEGISLACION SANITARIA DESDE LA INDEPENDENCIA HASTA NUESTROS DIAS.

En dos etapas puede dividirse lo que se refiere a legislación sanitaria, en la época que se cuenta desde nuestra independencia hasta nuestros días: del período contado desde 1821 a 1871 a la fecha (5).

Las leyes emitidas en el primer período fueron recopiladas por don Manuel Pineda de Mont en tres tomos y entre ellos se cuentan dos circulares, once acuerdos y veinte decretos que se refieren a medidas de carácter sanitario, dictadas en los cincuenta años que le corresponden.

Las leyes emitidas en el segundo período, que corresponde a sesenta y cinco años han sido recopiladas en cincuenta y un tomos publicados.

En dicha importante recopilación se tiene a la vista cincuenta y tres decretos, quinientos cincuenta y siete acuerdos, ochenta reglamentos, catorce circu-

lares, seis contratos, dos aranceles y seis convenciones.

El Protomedicato, primero y la Junta Directiva de la Facultad de Medicina y Farmacia, después, constituyeron los organismos consultivos del Gobierno de la República para los asuntos que al ramo de la Salud Pública se refieren. En el año de 1905, el 22 de mayo, se dió el primer paso para establecer un servicio de Sanidad, con actividades sobre el territorio de la República.

a) PRIMER PERIODO: 1821 a 1871.

Desde el principio de nuestra vida independiente, los gobiernos han dictado decretos, acuerdos, reglamentos y disposiciones tendientes a cuidar o mantener la salud y bienestar de los habitantes de la República.

(9). Aunque hay que confesar que durante mucho tiempo, las autoridades respectivas, no dispensaron a los asuntos sanitarios toda la atención debida y necesaria, indudablemente porque éstos estaban encomen-

dados a oficinas muy ajenas a éstas labores y hasta cierto punto desconocedoras de los problemas -- que implican y de su capital importancia para el -- bienestar de los habitantes de la República.

Cuando la amenaza se cernía sobre nuestros pueblos, en los momentos en que los peligros de invasión de enfermedades epidémicas se hacían sensibles en el territorio, se dictaban disposiciones festinadas, que como es lógico deducir, no dieron siempre los resultados que se buscaban y apetecían.

La labor preventiva de las enfermedades, el cuidado del mantenimiento de la salud en el mayor número de habitantes, y por lo tanto el de su bienestar efectivo, se postergaba para dar lugar a la creación y -- mantenimiento de asilos y hospitales, que bajo el -- título de Beneficencia Pública, se brindaban como una dádiva generosa, o una caridad del Estado, a -- los pobladores necesitados. Durante mucho tiempo

no se consideró todo esto como un servicio público o una obligación del Estado hacia sus habitantes.

Es hasta el año de 1832 que las autoridades se preocuparon por hacer algo en el terreno sanitario, con disposiciones que se impusieron con carácter urgente.

En este año de 1832 el flagelo del cólera morbus, azotaba en los pueblos vecinos, lo que dió motivo a que se dictaran providencias para evitarlo: el 7 de agosto un decreto de Gobierno, reforzado por un decreto legislativo del 5 de diciembre, más otros del 6 de diciembre, hacían ver la inminencia del aflictivo peligro; el mismo 5 de diciembre se dictó un acuerdo de Gobierno sobre Policía y Salubridad, estableciendo normas higiénicas que debían observarse y el 10, otro sobre la construcción de acueductos y atarjeas en la ciudad.

En 1833 el peligro continúa y las disposiciones se multiplican: el 20 de julio se establecen las Juntas

de Sanidad para hacer efectivas las mediadas de higiene dictadas por los diferentes acuerdos y decretos.

El 9 de diciembre se crean los recursos de auxilios a los pobres en el caso de invasión de la enfermedad.

Por Decreto de Gobierno del 30 de diciembre de 1833 se dicta el Reglamento del Cementerio General, establecido por Decreto de la Asamblea Legislativa, el 12 de abril de 1831.

En el año de 1834, el peligro de invasión al territorio nacional de la epidemia del cólera morbus, que azotaba a los pueblos vecinos, persistía aún, lo -- que dió motivo a que el gobierno dictara las disposiciones siguientes: 24 de enero, decreto que contiene medidas para evitar la invasión; el 12 de febrero, decreto estableciendo arbitrios de beneficencia para el caso de que el cólera invada el territorio;

y el 22 de agosto, la Asamblea Legislativa decretó la creación de fondos para la construcción de cementerios. En el año de 1836, parece ser que el peligro aumentó considerablemente; las condiciones sanitarias del país empeoraron con la aparición de la viruela, nuevo flajelo que azotó gravemente por varios meses diversos lugares de la República; el 23 de agosto la Asamblea -- Legislativa decretó las disposiciones convenientes para evitar la propagación de la epidemia y ordenó la vacunación preventiva. El 23 de septiembre se estableció la cuarentena de las personas procedentes de los lugares ya afectados.

En el año de 1837, ya no era el peligro de invasión de la epidemia lo que afligió a nuestros habitantes, era -- la enfermedad misma, el cólera morbus, que apareció en el vecindario; el 19 de marzo se dictan medidas profiláticas contra el cólera; el 29 del mismo mes, la A--

samblea Legislativa establece arbitrios para socorrer a los pueblos infectados. El 24 de abril, se decretó la creación de la Policía de Salubridad, encargada de prevenir la propagación y contagio del cólera.

En 1840, 17 de enero, se dictan disposiciones sobre juntas de sanidad y socorro a los pueblos por la epidemia de viruela. Luego, no se observa en la legislación nada referente a la sanidad y bienestar de los pueblos, pasadas las angustias que ocasionan las epidemias de cólera y viruela.

En los años subsiguientes a 1850, toda la atención consiste en dictar los acuerdos o decretos creando fondos o estableciendo impuestos en favor de los hospitales.

b) SEGUNDO PERIODO: 1871-1969.

"Las leyes y los acuerdos gubernativos que se dictaron en pro de la salud pública en aquella época de reformas, permitieron cambiar en el curso de muy pocos

años el aspecto político administrativo y social de Guatemala. Muchas leyes están aún vigentes y otras han sido substituidas, para una mejor aplicación, pero sosteniéndose en los mismos principios que la motivaron. La mayor parte de las leyes y acuerdos llevan la firma del General Justo Rufino Barrios, algunas pocas las del General Miguel García Granados" (4).

Por decreto gubernativo número 31 del 15 de noviembre de 1871, se prohíbe terminantemente el enterramiento de cadáveres en el interior de las poblaciones, y se dictan disposiciones sobre las exhumaciones.

El 26 de noviembre se giran circulares nombrando comisiones a los departamentos para que procedan a la vacunación antivariolosa, 1873.

El 21 de febrero de 1884, se nombra una comisión que investigue sobre los enfermos de elefantiasis existentes y se funda el asilo para los leprosos.

El 16 de marzo de 1778, se ordena a la Facultad de Medicina y Farmacia a que proceda a formular el reglamento para el ejercicio de ambas profesiones. Por el Decreto Gubernativo Número 235 de 27 de febrero de 1879, se establecen premios a los agricultores que presenten plantaciones de quina, calisaya o succirubra.

El 21 de enero de 1880 se dictó un acuerdo reglamentando la formación del censo de los habitantes de la República. "base esencial sobre que deben descansar todas las operaciones que se relacionen con la Estadística, de que se carece en el país".

El 1º de abril del mismo año, se dicta un Reglamento sobre rastros y puestos destinados a la venta de carnes.

El 19 de Abril de 1883 se dispone de la vacunación antivariolosa obligatoria a todos los niños de las

escuelas y el 15 de junio se declara dicha vacunación antivariolosa obligatoria a todos los habitantes de la República. El 30 de mayo se dicta un Reglamento de la Escuela de Comadronas.

En el año de 1884 se dictan las siguientes disposiciones:

El 14 de mayo, suprimiendo el impuesto que se paga por la importación de la quinina.

El 17 de julio, creando la plaza de inspector general de higiene de las escuelas e institutos de la República, suprimida el 22 de mayo de 1885.

El 12 de agosto, reformando el contrato de administración del agua que surte a la capital.

En el año de 1885: el 30 de abril nuevamente se establecen primas de premio a los sembradores de quina.

El 6 de febrero de 1886 se crea un lazareto para los atacados de viruela en esta capital, en Chinautla.

El 30 de julio la Municipalidad de la capital queda encargada de formar un Reglamento de higiene.

En el año de 1887, e 7 y 10 de febrero, se dictan medidas convenientes a fin de evitar la invasión - del cólera que azotaba en varios lugares de la América del Sur; levantándose el 11 de junio las res--tricciones que había en estos puertos para los barcos procedentes de los puertos del sur que habían sufrido el flagelo.

El 29 de octubre se dicta el acuerdo gubernativo a probando el Reglamento de las denominadas Casas de Tolerancia en la ciudad capital y del Hospital de sífilíticas.

Como la viruela revistiera los caracteres más serios en la ciudad capital, se emitió el acuerdo gubernativo de fecha 9 de octubre de 1890, estableciendo un cuerpo de médicos para hacer el combate de la epidemia con toda actividad.

El 24 de septiembre de 1891, se crea y reglamenta

la Junta de Sanidad e inspección General de Higiene, y en forma permanente para la República.

el 29 de octubre de 1891 se dicta un acuerdo sobre - la exhumación de los fallecidos por enfermedades epidémicas.

En los meses de febrero a mayo de 1892 hubo un brote de fiebre amarilla en las poblaciones de la costa del norte de la república y se nombraron comisiones de médicos y practicantes para combatirla, y se hizo la declaración de haberse extinguido dicha epidemia en junio del mismo año.

En septiembre de 1892 y agosto de 1894 se establece cuarentena a los barcos procedentes de los puertos del sur y procedentes de El Salvador, para evitar la invasión del cólera morbus.

En 1900, el 5 de julio, se dictan disposiciones sanitarias, que deben observar los buques que arriben a los puertos del país.

En acuerdo gubernativo del 4 de octubre de 1900 se nombra una comisión de médicos y abogados para - que formulen un Reglamento de Sanidad para toda la República.

El 28 de noviembre de 1901 un acuerdo gubernativo restablece la Facultad de Medicina y Farmacia de - Quetzaltenango, en el concepto de que dicha Facul tad tendría el carácter de Consejo Superior de Sa- nidad de los departamentos de Occidente.

Con fecha 22 de mayo de 1905 se acuerda el esta- - blecimiento de un cuerpo de sanidad para toda la - República y se dicta la reglamentación que deba re - girlo.

El 14 de octubre de 1905, se celebra la Segunda - Convención General Sanitaria de las Repúblicas A - mericanas en Washington; el 6 de febrero de 1906 se acepta ad-referendum, la Convención Sanitaria firmada en Washington.

El 8 de junio de 1906, se nombra el personal que debe integrar el Primer Consejo Superior de Salubridad Públi ca, de conformidad con lo dispuesto en el Código Orgá nico del ramo, Decreto 659 de 16 de mayo.

El 21 de febrero de 1907 se acuerda el establecimiento del Insituto de Vacuna animal, destinado a surtir de -- fluido antivarioloso a todas las poblaciones del país, a efecto de que la vacunación y renovaciones obliga- torias alcancen todo el desarrollo posible.

El 9 de marzo se aprueba el Reglamento del Desinfec torio Nacional.

El 23 de marzo se aprueba el Decreto Legislativo nú- mero 704, por el que se aprueba el Decreto Gubernati vo 659, Código Orgánico del Servicio de Salubridad Pública.

El 14 de mayo de 1903, se organiza el Servicio Sani tario de los Departamentos de Zacapa e Izabal, para impedir la invasión de la fiebre amarilla.

En la ciudad capital se establece el 10 de septiembre de 1908 el Cuerpo de Policía de Sanidad.

El Decreto Legislativo 776 del 15 de abril de 1910, aprueba el Decreto Gubernativo 691 sobre la vacunación obligatoria.

Por el Decreto Legislativo número 878 de 17 de mayo de 1912 se aprueba la Convención Internacional del Opio suscrita en la Haya el 23 de enero de 1912; y en Decreto Legislativo número 879, de 17 de mayo de 1913 se aprueba la Convención Sanitaria de París del 17 de enero de 1912.

El 30 de septiembre de 1916, se declaran de utilidad pública, los trabajos de sanidad de la comisión de la Insitución Rockefeller.

El 7 de enero de 1918 se cauerda declarar la vacuna contra la tifoidea como obligatoria a los habitantes de la República y se dictan otras prescripciones de higiene.

Por decreto número 741, del 21 de agosto de 1918, se crea la Universidad Nacional "Estrada Cabrera", suprimida por el Decreto Legislativo número 1308, de 28 de abril de 1924.

El 24 de noviembre de 1924 se firma la Convención del Código Sanitario Panamericano, en la Habana.-

Por acuerdo gubernativo de 15 de marzo de 1927, se establece un Insitutto Profiláctico en esta capital, para organizar la lucha con la sífilis.

En diciembre de 1927, la Dirección General de Sanidad Pública formula un proyecto de Reglamento para garantizar la salud de los trabajadores agrícolas que fue aprobado por el acuerdo gubernativo el 18 de enero de 1928.

El 20 de enero de 1928, se ordena hacer la vacunación antivariolosa a domicilio.

El 4 de abril de 1929, se crea la Cátedra de Higiene Pública en la Facultad de Ciencias Médicas.

El 14 de mayo de 1932 se emitió el Decreto Legislativo

número 1841, que es el Código de Sanidad de la República (Fué reformado por el Decreto Gubernativo - número 1877, del 7 de noviembre de 1936).

Por Decreto Gubernativo número 1790, se emite el - Código Penal de la República, que en su libro II Título IV, párrafo II establece los delitos contra Salud Pública, que fué subrogado por el Decreto Legislativo número 2164, el 29 de abril de 1936.

El 7 de septiembre de 1936 se emite el Código de - Sanidad, por el Decreto número 1877, que refunde en un solo cuerpo las reformas hechas al código anterior y que la práctica imponía como necesarias.

Este Código o Decreto fue aprobado por Decreto de la Asamblea Legislativa, número 2249, del 29 de abril - de 1937.

La Junta Revolucionaria de Gobierno, por Decreto número 46, del 26 de diciembre de 1944, crea la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y la Dirección General de Sanidad Pública, -

pasa a ser una dependencia de la nueva secretaría de estado, detallándose sus atribuciones en el acuerdo de la Junta Revolucionaria de Gobierno, que organiza la Secretaría el 5 de marzo de 1945. La disposición de traslado de la Dirección General de Sanidad Pública, dependencia de Gobernación y Justicia, que pase a serlo de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, está en el acuerdo de la Junta Revolucionaria de Gobierno del 25 de enero de 1945.

El 20 de enero de 1945, por acuerdo gubernativo se hizo la separación de la sanidad civil de la sanidad militar.

Por decreto número 74 de la Junta Revolucionaria de Gobierno, del 9 de marzo de 1945, se reforma el Capítulo II del Código de Sanidad departamental por la creación de unidades Sanitarias de la Dirección General de Sanidad Pública, dependientes de la sección de Higiene y Saneamiento.

En el año de 1945, se fundó la Sanidad Municipal.

En 1946, el Congreso de la República aprueba la Ley Orgánica del Insitituto Guatemalteco de Seguridad Social, Decreto 295 del 28 de octubre.

El Congreso Naciona, en Decreto número 322, de fecha 17 de diciembre de 1946, funda en cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Insitituto De Nutrición de Centroamérica y Panamá -- (INCAP), con la sede en la ciudad de Guatemala.

El 13 de febrero de 1947, por decreto número 352 del Congreso de la República se emite la Ley de -- Colegiación obligatoria para el ejercicio de las -- profesiones universitarias.

Por acuerdo gubernativo de 9 de diciembre de --- 1948, se emite el reglamento de la Escuela de Enfermeras.

En 1949, la comisión de Sanidad Pública elabora en proyecto de Código de Sanidad.

En el año de 1950 se suscribe el Convenio de la Dirección General de Sanidad Pública con las Municipalidades de la República para el establecimiento y funcionamiento en los Municipios de Dispensarios de Sanidad Municipal.

En 1954, mediante un convenio entre el Ministerio de Salud Pública, y la OMS y la UNICEF, se inició un programa de Servicios Integrales de Salud Pública, -- con carácter demostrativo.

El 17 de febrero de 1955 se emitió el decreto de creación de la División de Tuberculosis, como entidad -- coordinadora de la lucha contra la enfermedad.

Con fecha 1º de febrero dd 1955, fue creada en Guatemala la División de Malaria y Fiebre Amarilla. Con la promulgación de la ley de Erradicación de la Malaria, el 5 de junio de 1956, se creó el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria.

El 4 de noviembre de 1960, se creó, por acuerdo gubernativo, el Consejo Nacional de la Malaria, el --
cual fue reformado por acuerdo del Jefe de Gobierno
de la República, el 1º. septiembre de 1964.

IV ANALISIS DEL CODIGO DE SANIDAD VIGENTE EN LA REPUBLICA DE GUATEMALA.

Al entrar a tratar la parte medular del presente trabajo, seguiremos los lineamientos generales dados en la "Información básica para la legislación de salud para la República de Guatemala"¹, que en el documento No. 2, hace un análisis del Código de Sanidad vigente, situándolo en la época en que fue promulgado, indicando las ventajas del mismo, ya que "no sólo constituyó una legislación concordante con ellas, sino que de avanzada"; finalizando con el análisis de algunas de sus disposiciones" para formarnos juicio sobre la conveniencia o inconveniente de su continuidad en la nueva legislación".

1. Ubicación histórica:

La codificación sanitaria, fenómeno específica -
mente americano inicia su trayectoria en 1903, esti

mulada por la acción de todos los países independientes del continente, reunidos en la Oficina Sanitaria Panamericana, creada en 1902.

Los primeros códigos sanitarios orientan sus normas hacia la profilaxia internacional, con objeto de proteger al continente americano de las enfermedades transmisibles. Poco a poco, los estados adquieren la concepción de la necesidad de exponer de normas jurídicas para velar por la salubridad nacional, esto es para evitar la propagación en sus criterios de las enfermedades transmisibles y para crear en ellos las condiciones ambientales adecuadas al desarrollo biológico normal de los seres humanos.

La legislación del período comprendido hasta 1930 está impregnado de esa concepción.

Gracias a los continuos contactos de los conductores de salud pública en reuniones internacionales y a la dramática realidad en cuanto a la pérdida de vidas - en los niños, se gestó, en el decenio de 1930-1940, -

la idea de avanzar en la tarea de velar por la salubridad, por el camino de la protección de la madre y el niño especialmente durante el embarazo de aquella y el primer año de vida de éste, mediante atención médica extra-hospitalaria y permanente educación en hábitos higiénicos. El Estado, en ese período, actuaba en salud pública, al igual que todas sus actividades, con el criterio de ser exclusivamente organismo de poder, inspirado predominantemente en su potestad policial, de control, impositiva de sus determinaciones, acorde con los principios jurídicos, constitucionales y administrativos dominantes. Por otra parte, en la época se consideraba que la salubridad le correspondía nada más que lo relativo a los problemas que afectaban a la colectividad en general y que era asistencia social la atención directa de los enfermos.

El Código de Sanidad vigente en la República de Guatemala fué aprobado por la Asamblea Legislativa el 7 de septiembre de 1936 y sancionado por el Presidente de la República el 30 de abril de 1937.

Dentro de las concepciones de la época histórica indicada, el Código no sólo constituyó una legislación concordante a ellas, sino que fue de avanzada, pues tiene preceptos que les superan, como los artículos 2 y 12, que prescriben: "Artículo 2. Todos los habitantes de la república están obligados a mantener y mejorar las condiciones higiénicas del país, tanto en lo que se refiere a la sanidad y salubridad públicas, como de la vida privada".

"Artículo 12. Para los efectos de este Código y sus reglamentos, son actividades de higiene las que tienen a prevenir o combatir enfermedades, conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la raza".

Fue lamentable que los preceptos transcritos no encontraren expresiones concretas en las normas del Código.

En el decenio 1940-1950 adquirió cuerpo definitivo el proceso que paulatinamente fue surgiendo a través del contacto de los profesionales de la medicina con la realidad económico-social y cultural de los pueblos: la salud no es sólo la ausencia de enfermedades, sino elemento esencial del bienestar general de la sociedad.

Encontró concretización positiva ese nuevo planteamiento al constituirse la Organización Mundial de la Salud en 1948, como entidad de las Naciones Unidas, al darse a sí misma, los principios fundamentales de su acción en el mundo entero, incluyendo por supuesto a los países de América.

Esos principios se expresaron así:

- a) La salud es el estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de

cesidad de su valor positivo; lo que exige tiempo de maduración suficiente, dada la naturaleza humana en cuanto a su potencialidad para captar sus intereses superiores y dados los acondicionamientos sociales.

El nuevo planteamiento a que nos hemos referido llega a ser contenido en los textos legales sólo con posterioridad al año 1950, en América, pues en Inglaterra se hizo ley antes, al crearse su famoso Servicio Nacional de Salud, que ha demostrado hasta la saciedad el valor efectivo de ese nuevo planteamiento para las sociedades.

Mientras maduraban en las comunidades de América los principios de la Organización Mundial de la Salud, que nos hemos referido, se dió un inmenso paso adelante en cuanto a la concepción de salud pública como factor de la vida en sociedad: la salud es un elemento esencial en los procesos económicos de lo

enfermedades o transtornos;

- b) El goce del más alto grado de salud alcanzable es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo o condición económico-social;
- c) La salud de todos los pueblos es fundamental para la conservación de la paz y de la seguridad, y depende de la completa colaboración de los individuos y de los Estados; y,
- d) El avance de cualquier Estado en la promoción y protección de la salud es valioso para todos.

El desarrollo desigual en los diferentes países en la promoción de la salud y el control de las enfermedades, especialmente de las contagiosas, es un peligro común.

Los procesos legislativos son lentos. Es lógico que tengan esa característica, pues la ley tiene que ser el producto de concepciones que han alcanzado cierto grado, por lo menos, de penetración en la comunidad en que se va a aplicar, para despertar en ella la ne-

pueblos; no pueden progresar económicamente los pueblos del continente si no cuentan con hombres sanos, capaces de aprender, producir y consumir.

A lo que precede debe agregarse que, mientras ocurría lo indicado, las ciencias médicas hicieron progresos asombrosos, convirtiendo algunas enfermedades en evitables, como la poliomielitis; transformando los medios de tratamiento de otras, de tal manera que - impusieron nuevos sistemas de trabajo en salud pública, como en el caso de las enfermedades venéreas. Guatemala, país miembro de la Organización Mundial de la Salud y actor en las reuniones internacionales participó activamente en el proceso expuesto, por lo que en su seno se formalizó la necesidad de la promulgación de un nuevo Código Sanitario.

A todo lo anterior hay todavía que agregar que el nivel obtenido en la república por las investigaciones sociológicas, antropológicas y económicas, ha permitido desentrañar en las profundidades recónditas de

su nacionalidad las causas de los problemas que la afectan.

2. Análisis del Código de Sanidad.

A continuación, siguiendo el esquema propuesto en el trabajo citado, se considera que "sería ocioso entrar a un análisis exhaustivo del Código de Sanidad vigente, porque carecería de valor actualmente".

"Sin embargo, creemos que será útil analizar algunas de sus disposiciones, para formarnos juicio sobre la conveniencia o inconveniencia de su continuidad en la nueva legislación".

Las disposiciones de los artículos 4, 19 y 217, entregan el ejercicio de la acción sanitaria en el país a autoridades políticas y administrativas, conjunta o separadamente.

La acción que el Estado moderno debe efectuar es de dos órdenes: político y administrativo.

El político tiene relación con las medidas de ca-

rácter general que los gobernantes, representantes directos del Estado, adoptan para orientar y fiscalizar su acción. En otras palabras, abarca las normas generales en que deben basarse las tareas de todo orden a cumplir. Sus expresiones son ley, los reglamentos y otras resoluciones de carácter general. El administrativo atañe a las medidas de carácter particular que los funcionarios deben llevar a cabo para que la Constitución, las leyes, los reglamentos y demás resoluciones de los gobernantes, encuentren aplicación práctica en cada caso en que corresponda aplicar sus disposiciones.

En razón de lo expuesto, ha nacido el Derecho Administrativo, cuya misión es regular los medios de que debe valerse el Estado para cumplir sus funciones constitucionales, legales, reglamentarias, etc., en cuanto a sus relaciones directas con los gobernados.

Los gobernantes, representantes inmediatos del Estado, realizan las acciones políticas personalmente,

por sí mismos. En los regímenes democráticos, son mandatarios del pueblo, en virtud de actos electivos de éste, y conservan tal prerrogativa por períodos relativamente breves, para que su actuación sea sometida constantemente a ratificación de los electores.

La acción administrativa se cumple de distinta manera mediante organismos especializados y funcionarios del estado, no del gobierno, adscritos a cargos que deben ocupar exclusivamente por razones de idoneidad, mediante una selección en la que no interviene el proceso electoral.

En la acción administrativa, corresponde a los gobernantes dar las normas de carácter general y calificar el cumplimiento por parte de los funcionarios de sus obligaciones respectivas.

Es principio de derecho administrativo, aceptado universalmente, en razón de la larga experiencia, que los organismos de la administración pú-

blica deben actuar de acuerdo con los preceptos legales y sin romper la continuidad de sus acciones por lo que su estructura solo puede ser modificada por la ley y los funcionarios deben gozar de inamovilidad.

Si los principios reguladores de las órbitas de acción de los gobernantes de un régimen democrático imponen la necesidad de diferenciar con la mayor precisión posible entre funciones políticas y funciones administrativas, exigiendo para el cumplimiento de las segundas la creación de servicios públicos debidamente estructurados, en salud pública esa necesidad adquiere valor imperativo, porque las tareas que deben cumplirse tienen relación directa con la persona humana y con los grupos familiares y en numerosos casos intervienen aspectos íntimos de sus vidas, que, por razones obvias, no pueden ser afectados ni levemente por apreciaciones de orden político.

Conclusión: consideramos que en la nueva legislación "el ejercicio de la acción sanitaria" debe quedar radicado en el organismo técnico; los organismos políticos sólo deben dar las normas generales de dicha acción y fiscalizar que su ejercicio sea concordante con ellas.

Los artículos 20, 21, 22, 23 y 24 sobre sanidad marítima, no reconocen las modificaciones introducidas al Código Sanitario Panamericano, sobre la materia.

Conclusión: adaptar las disposiciones de sanidad marítima a esas normas.

Los artículos 40 al 47 estatuyen preceptos específicos sobre profilaxia sexual.

Hoy día es tendencia marcada en salud pública la de considerar a las enfermedades venéreas simplemente como enfermedades transmisibles, da-

dos los medios terapéuticos de que se dispone desde el año de 1945, por lo que se hace innecesario dar en la nueva legislación preceptos específicos sobre ellas.

De acuerdo con la Constitución de la República, en su artículo 104, a la Universidad de San Carlos le corresponde con exclusividad reglamentar las actividades sobre colegiación de los profesionales y controlar el ejercicio profesional.

El Código de Sanidad, en sus artículos 48 y 49, entrega a la Dirección General de Sanidad la supervigilancia y dictación de disposiciones convenientes para el ejercicio de las profesiones médicas.

Nos parece que dichas disposiciones del Código no se encuadran en el precepto constitucional.

El artículo 46 del Código de Sanidad se refiere a la exigencia del certificado de sanidad prenupcial, impuesto en el Código Civil (artículos 90, 91 y 92).

Pudo tener asidero científico esa exigencia cuando se desconocían los elementos terapéuticos hoy disponibles y cuando se "creía" que la tuberculosis podría ser hereditaria; pero, hoy nos parece que carece de toda base científica.

Además de las normas al respecto resultan demasiado restringidas en cuanto a la población a que afectan (solo varones ladinos) para que sean consideradas como resguardo de salud para la comunidad.

Habría que considerar, por último, qué efectos sociales produce la medida, pues pensamos que su aplicación presupone un ordenamiento de la convivencia humana fundamentado en tan sólidos principios que los impedidos a contraer matrimonio por causa de enfermedad respetaren las normas, al extremo de no

tener contacto sexual ni adoptar la unión de hecho entre el hombre y la mujer, procreando.

En la nueva legislación no deben incluirse normas al respecto y deben derogarse los artículos pertinentes del Código Civil.

Los artículos 121 al 142 del Código de Sanidad se ocupan minuciosamente de los cadáveres y cementerios.

Actualmente la cuestión de la exhumación, inhumación y traslado de cadáveres ha perdido importancia en el orden de salud pública, pues se ha llegado a la conclusión que no son focos de enfermedades, sino en casos muy remotos.

En la nueva legislación deben darse nada más que las normas muy generales al respecto y dejar siempre lo relativo a los cementerios en manos de las municipalidades.

El Código de Sanidad en su capítulo vigésimo primero,

estatuye un régimen judicial para sancionar a los infractores de sus disposiciones, fundamentado en la concepción de que esas sanciones constituyen penas.

La pena configura una institución de Derecho Penal; es la sanción que se aplica a los que han cometido un delito o un cuasidelito.

La sanción a infractores del Código de Sanidad configura, en cambio, una institución de Derecho Administrativo, al igual que la infracción misma a sus disposiciones.

La infracción no requiere de la voluntad, de la negligencia o de la imprudencia para engendrarse. Nace lisa y llanamente cuando se produce el hecho que viola un precepto administrativo. Un ejemplo: una persona se niega a ser vacunada contra la viruela; ha nacido la infracción; no hay que averiguar si

la negativa es voluntaria (caso de un demente).

La Constitución de la República y el mismo Código Penal coinciden en los criterios fundamentales.

La Constitución de la República, en su artículo 194, prescribe: "El Tribunal de lo Contencioso-Administrativo tiene atribuciones para conocer en caso de contienda originada por actos o resoluciones en los que la Administración Pública procede en ejercicio de sus facultades regladas, así como en los casos de discusión de contactos y conseciones administrativas."

"Contra las sentencias que dicte procede el recurso de casación cuando la ley así lo establezca".

El Código Penal diferencia las sanciones administrativas de las penas en forma expresa, al decir:

"Las penas a que se refiere este título (delitos - contra la salud pública) serán puestas sin perjuicio de las sanciones económicas que impongan los Tribunales de Sanidad" (Artículo 238).

A mayor abundamiento, el mismo Código Penal clasifi-

ca como delitos a actos que el Código de Sanidad señala como infracciones. De no aceptarse la tesis que sustentamos, evidentemente sobrarían las disposiciones de uno u otro cuerpo legal, sin embargo, el Código Penal se encarga de darles validez como delitos y como infracciones, separadamente.

La autoridad administrativa de Salud Pública debe aplicar las sanciones, mediante procedimientos administrativos; los afectados por ellas podrán deducir reclamaciones al Tribunal de lo Contencioso Administrativo, en cuanto a su ilegalidad.

V ANTEPROYECTO DEL CODIGO DE SALUD DE LA REPUBLICA
DE GUATEMALA

El Código de Salud de la república debe ser el instrumento jurídico orgánico de la Salud Pública de la nación guatemalteca.

El Código de Salud debe legislar sobre la salud de toda la nación y de cada uno de sus componentes, - considerando todas las potencialidades disponibles en su seno. De ahí que ese cuerpo de normas jurídicas no puede limitar su esfera de actividades nada más que a las acciones que el Estado realiza directamente, a través de sus organismos de la Administración Pública (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Sanidad), como ocurre en el Código de Sanidad vigente.

Debe extenderla hacia el aprovechamiento, coordinado de todos los esfuerzos que la nación lleva a - cabo con el objeto de atender la salud pública (organismos autónomos, organismos dependientes de di-

ferentes ministerios, iniciativa privada, etc.)

Debemos precisar que no se trata de considerar que el Estado debe actuar con facultad de policía, para imponer criterios de acción, sino que se trata de efectuar su labor de coordinador, - sincronizador de todos los esfuerzos que la nación efectúa para atender a la salud pública, - por vías diferentes, actualmente contrapuestas. Traduciendo a la realidad lo expuesto, significa que el Código de Salud Pública debe precisar las acciones que toda la nación realizará para atender a la salud pública, sea a través de los esfuerzos de la Administración Pública, de los organismos autónomos o de la iniciativa privada, - dentro de un ordenamiento determinado, planificado y programado para evitar duplicidad de esfuerzos en un mismo sentido, concentración de servicios a grupos privilegiados de la comunidad y - disminución de los costos.

1. Características fundamentales que debe tener el Código de Salud de la República de Guatemala.

El Código de Salud de la República de Guatemala debe descansar en la realidad económica, social y cultural del país.

Es indispensable tener muy presente que esa realidad exhibe, en lo esencial, las siguientes características:

1. Una población de 4.284,000 habitantes (Censo de 1964), en acelerado crecimiento. (Tasa de crecimiento demográfico: 3.1%-Intercesal 1950 1964).
2. Una población predominantemente joven.
3. Una población que vive en un territorio perfectamente demarcado y respetado por los demás países del mundo, lo que permite determinar con precisión la jurisdicción del Estado que la rige.

4. La población tiene clara conciencia de su nacionalidad; por sobre toda especificación que establece diferencias entre los grupos en que se aglutina interiormente, es guatemalteca, nacional de la República de Guatemala.
5. La población se encuentra estructurada social y económicamente en núcleos bien definidos: familia, municipio, nación.
6. En el orden cultural la población se clasifica de hecho en dos niveles: ladinos e indígenas, siendo mayor el número de éstos. El nivel ladino exhibe hábitos de vida más de acuerdo a los comunes de la civilización del siglo; el de indígenas no logra superar los de una civilización pretérita, al parecer en estado de decadencia.

Los ladinos tienen, en general, fácil acceso a los medios de captación de la cultura universal; los indígenas encuentran serios escollos para a

proximarse siquiera a esos medios.

7. La población en general, forma numerosas entidades socio-económico culturales con cortapisas - propias de cada una para vincularse entre sí, - exhibiendo cada una marcada tendencia a la permanencia en el lugar de su asiento; alterada esa tendencia nada más que por la necesidad económica de medios de subsistencia.
8. La población marca una nítida tendencia hacia las actividades comerciales y hacia la responsabilidad en el servicio colectivo para los grupos a que pertenecen sus integrantes.
9. Esa población dispone en un porcentaje excesivamente elevado nada mas que de bienes de subsistencia.
10. Esa población es afectada seriamente por enfermedades evitables, las que ocasionan muertes - prematuras en número desproporcionado a los medios terapéuticos de que se dispone en nuestros

días.

11. En el país la tendencia destacada en la legislación y en la práctica es dar servicios a los grupos urbanos de la población, en razón, al parecer, de carecerse de vías de acceso a las zonas rurales; pero se observa - que los pobladores de estos lugares cada día más se vuelcan a la ciudad.
12. En el país hay preocupación seria por resolver los problemas de Salud Pública; se invierten sumas apreciables en la tarea; con destacada inclinación hacia la atención personal é inmediata de los ya enfermos.

El Código de Salud debe descansar en la realidad actual, pero para proyectarla hacia un porvenir en - que en verdad se alcance el bienestar físico, mental y social a que nos hemos referido.

De ahí es que se tiene que considerar los elementos existentes en la realidad actual para extraer

de ellos los alicientes, los estímulos que sirvan de proceso ascendente indicado.

Por lo que precede, estimamos que el Código de Salud debe orientar las acciones de salud pública a base del núcleo familiar y de la buena disposición de los guatemaltecos para atender los asuntos que correspondan a los municipios. En otras palabras, debe considerar como unidad de acción, no al ser humano individual, sino al ser humano como miembro del grupo familiar, por lo que debe sentar los lineamientos de acción tratando de que el núcleo familiar alcance el bienestar físico, mental y social como un todo en sí mismo. La enfermedad o trastorno de uno de sus miembros afecta a todos sus componentes, social, económica y mentalmente.

En seguida debe actuar en el municipio (aldea, villa) en cuanto a los asuntos de salud pública, teniendo en cuenta que es un conglomerado de familias y no de personas aisladas.

En la concepción indicada, estimular a las familias usando sus propios acicates, como el de satisfacer sus necesidades de subsistencia y su espíritu de lucro, enseñándoles a sus miembros a disponer con el mayor rendimiento posible para la economía doméstica, de los elementos con que cuenta inicialmente: agua, aves, maíz, frijoles, etc. Se concluye, por lo escrito, que las acciones del estado y de toda la nación, en Salud Pública deben llevarse a cabo a través de estructuras técnico-administrativas que descansen primariamente en la atención en los lugares mismos en donde viven los atendidos, con un claro criterio de descentralización o desconcentración.

El Servicio Nacional de Salud, por ejemplo, debe contar, para su administración con servicios, elementales por supuesto (una auxiliar de enfermería y obstetricia y un auxiliar de saneamiento polivalente, ójala seleccionado de la misma comunidad a que

van a servir y que hablen su idioma) en sectores, los que correspondan a las aldeas o villas y desde esos servicios partir en su estructuración hasta la cúspide. Permitirá este procedimiento eliminar, por lo menos, el error de acentar toda la estructura de partida en la cúspide, lo que origina, sin premeditación alguna, que se termine por no disponerse de elementos humanos y materiales para atender las bases.

Dadas las condiciones de vida conforme a hábitos de una civilización pretérita de la mayoría de la población del país, el Código de Salud debe impregnar todas sus disposiciones de un elevado espíritu educativo, encaminado a cambiar o formar hábitos de vida. La facultad "imperio" del Estado, esto es, la de imponer sus determinaciones, debe quedar reservada para circunstancias extremas, contumaces, que puedan efectar inmediata y gravemente el bien común. Se trata de formar mentalidad en Salud Pública; se trata de mo-

dificar o crear nuevos hábitos.

Las medidas coercitivas podrán crear disciplina, pero jamás moldear estructuras sociales capaces de encontrar en su propio seno los gérmenes para aspirar a niveles superiores de vida.

Para tal objetivo, el organismo de Salud Pública debe trabajar estrechamente vinculado a todos los esfuerzos de la comunidad que actúan en el campo de la educación, sin limitación de ninguna especie.

En el Código de Salud deben crearse "comisiones de educación y salud".

En síntesis, las características sobresalientes del Código de Salud deberían ser:

1. Creación de estructuras técnico-administrativas con claros conceptos de integridad y descentralización.
2. Determinación del núcleo familiar como unidad

básica de las acciones de salud.

3. Aprovechamiento del sentido de responsabilidad en el servicio de los municipios de la población para el desenvolvimiento de las acciones de salud.

4. Orientación eminentemente educativa en las labores de Salud Pública.

2o. Estructura de los servicios de salud.

En el ordenamiento de las entidades de la Administración Pública que prestan actualmente atención a la salud de la población, se encuentran:

1. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a cargo de la política general de dichas entidades y de la administración directa é inmediata de las siguientes dependencias:

1.1 Departamento de Supervisión, encargado de la supervisión técnica y administrativa de todas las entidades de la Administración de Salud Pública, reducido hoy a una oficina administra

tiva interna del Ministerio.

1.2 Departamento de Transportes, encargado de la disponibilidad de los vehículos de todas las dependencias del Ministerio, incluyendo a la Dirección General de Sanidad.

1.3 Cementerio General de la Ciudad de Guatemala y Servicio Fúnebre.

1.4 Servicio especial de Salud Pública, sin especificación bien precisa todavía, pues sólo recientemente toma fisonomía de dependencia de la Administración Pública por haber sido el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, a cargo preferentemente de la atención preventiva de la población, con jurisdicción en todo el territorio nacional.

1.5 División de Tuberculosis.

1.6 Escuela Nacional de Enfermeras.

1.7 Escuela Nacional de Fisioterapia.

1.8 Centro Educativo Asistencial.

- 1.9 Centro de Salud Mental.
- 1.10 Centro de Rehabilitación y Poliomielitis.
- 1.11 Centro de Recuperación.
- 1.12 Servicio Social
- 1.13 Asilo de Ancianos.
- 1.14 Asilo Ramiro Gálvez (Leprocomio La Piedad).
- 1.15 Todos los establecimientos hospitalarios del estado, a través de todo el país: veintiocho,.
- 1.16 La Dirección General de Sanidad Pública, organismos de la administración pública dependiente técnica y administrativamente del Ministerio; a cargo preferentemente de la atención preventiva de la población, con jurisdicción en todo el territorio del país, integrada por cinco divisiones, veintitres departamentos, dos institutos, etc.
- 1.17 Los servicios de Salud Pública de las Municipalidades, especialmente de la Ciudad de Guatemala, con tareas preferentemente preventivas

- de la población.
2. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, entidad autónoma, efectúa también atención de salud en cuanto a los asegurados en él, con tendencia manifiesta a labores preventivas.
 3. El Departamento de Aguas y Drenajes de la Dirección General de Obras Públicas, dependiente del Ministerio de Comunicación y Obras Públicas, que tiene a su cargo lo relativo a proyectos, construcciones y explotación de servicios de agua potable y alcantarillado que no sean de la capital, los que están a cargo de la Municipalidad.
 4. El Ministerio de Educación, que comienza a poner en práctica programas intensivos de educación rural, incluyendo en ellos a profesionales de la medicina.

Nos parece que basta para exhibir someramente la estructuración de los servicios de Salud Pública

de la república, para concluir, en base a abundantes razones técnicas y administrativas, que es de necesidad apremiante la de proceder a:

1. La integración de los que dependen directa é inmediatamente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
2. Extraer del nombre del Ministerio los términos "Asistencia Social", porque hoy, dada la evolución de lo que se entiende por Salud Pública, sobran:
3. La Coordinación de las acciones de los servicios integrados del Ministerio con las del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, de las Municipalidades, del Departamento de Aguas y Drenajes, del Ministerio de Educación, etc.

Tanto la integración como la coordinación, deben ser, a nuestro criterio, total y permanentes, concretándose, desde las acciones mínimas que realizan, a nivel de los núcleos básicos; familia y mu-

nicipio.

La integración exigiría establecer que el territorio de la república se compondría para los efectos del ejercicio de las acciones, de salud, de:

Sectores

Distritos

Departamentos

Regiones y

Nación.

En cada una de las entidades jurisdiccionales indicadas actuarían los servicios integrados como uno solo y en coordinación con los del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y con los de las Municipalidades.

El Sector Salud, que cubriría el área de una o varias aldeas, contaría con los elementos mínimos humanos y materiales, para una atención preferentemente educativa y primeros au-

xilios del núcleo familiar.

El Distrito de Salud, que cubriría el área de un municipio, coincidentemente con la del Registro Civil, contaría si fuere posible, con un médico y con camas para maternidad y atención mínima de emergencia.

El Departamento de Salud, que cubriría el área de lo que corresponde a la división política administrativa del mismo nombre, o parte de, dicha división, estaría a cargo, dentro de lo posible, con el máximo esfuerzo, de un médico, con funciones primordiales - coordinadoras de las acciones que se cumplieren en los distritos.

La Región de Salud (se tiene muy presente el estudio de los Ingenieros Alfredo Obiols G., Porfirio García Galvout, Rafael Olivero V. Profesor Francis Gill y Bachiller Rolando Aguilar, sobre una nueva División Política de la República. 20-II-62), que abarcaría el área de varios departamentos, con función primordial de supervisar y asesorar las

tareas que se llevaren a cabo en los departamentos, estaría a cargo de un médico, que contaría con equipo mínimo formado por una enfermera graduada, un técnico de saneamiento y personal administrativo.

La Dirección General de Salud (Servicios Integrados) estaría a cargo, principalmente, de las labores normativas, incluyendo, por supuesto las de supervisión y asesoramiento.

Lo interesante sería para lo tónica permanente de los servicios integrados, en cuanto a los métodos de trabajos técnicos y administrativos, que todo el Servicio Nacional de Salud actuare de manera descentralizada o desconcentrada y regionalizada, partiendo de la base hacia la cúspide, a fin de evitar la acumulación de medios humanos y materiales en la parte superior, pues las necesidades a resolver, que requieren del esfuerzo máximo, están radicadas en lo que se denominaría.

Sectores y Distritos de Salud.

Así, el nuevo servicio, que sería el SERVICIO NACIONAL DE SALUD, estaría integrado por los siguientes organismos actuales:

1. Dirección General de Sanidad.
2. Servicio Especial de Salud Pública.
3. Departamento de Supervisión.
4. Departamento de Transportes.
5. División de Tuberculosis.
6. Escuela Nacional de Enfermería.
7. Escuela Nacional de Fisioterapia.
8. Centro Educativo Asistencial.
9. Centro de Salud Mental.
10. Centro de Rehabilitación y Poliomielitis.
11. Centro de Recuperación.
12. Servicio Social.
13. Asilo de Ancianos.
14. Asilo "Ramiro Gálvez" (Leprocomio la Piedad).
15. Todos los hospitales del Estado a través de

todo el país.

El Servicio Nacional de Salud contaría con una Dirección Nacional de Salud, con sede en la capital, con la estructura siguiente:

Director Nacional de Salud.

Dos Subdirectores de Salud (con facultades delegadas del Director; encargados primordialmente de la vinculación de las Regiones de Salud con la Dirección Nacional de Salud.

Divisiones:

de Protección de la Salud.

de Promoción de la Salud.

de Recuperación de la Salud.

de Rehabilitación de la Salud; y,

de Servicios Generales.

Las divisiones serían formadas con concepción de trabajo en equipo, antes que de subdivisiones o departamentos técnicos- administrativos. Por ejemplo, la División de Protección de la Sa

lud contaría con médico epidemiólogo, ingeniero, médico veterinario, químico, etcétera, en un mismo nivel, componiendo una unidad de trabajo y no unidades subordinadas unas a otras.

En la División de Servicios Generales, no sólo se incorporarían los que comunmente se denominan técnicos generales (estadísticas, laboratorios, etcétera), sino que, todos los puramente administrativos (contabilidad, abastecimiento, etcétera), y aún los jurídicos.

El Director Nacional de Salud, los Subdirectores, los jefes de Regiones de Salud, formarían el Consejo Técnico Consultivo de la Dirección Nacional de Salud.

Como organismo consultivo del Director Nacional de Salud, funcionaría también el Consejo de la Comunidad, con representantes de organismos de ella.

Para concretar mejor la proposición que consideramos, se han presentado los siguientes organogra-

mas: ver figuras Nos. 1, 2, y 3.

En las jefaturas de las Regiones y de los Departamentos de Salud habría también Concejos de la Comunidad.

El Ministerio, que se llamaría MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, mantendría su carácter de organismo encargado de fijar, orientar y supervisar la política nacional de salud, para lo cual contaría con un Consejo Nacional de Salud Pública, integrado por:

El Director Nacional de Salud;

El Gerente del Insituto Guatemalteco de Seguridad Social.

El Alcalde de la Ciudad de Guatemala.

Un representante de las otras munioipalidades del país.

El Director del Departamento de Aguas y Drenajes de la Dirección General de Obras Públicas.

El Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la

Universidad de San Carlos;

Un representante de los Colegios Profesionales de -
la Medicina;

Un representante de los Organismos Gremiales de -
los patronos; y

Un representante de los organismos gremiales de--
pendientes.

"Es muy conveniente no olvidar que el Código de Sa
lud, en la realidad legisla con proyecciones hacia
el futuro, para los efectos de no pretender imponer
sus normas sobre estructuración en forma total en el
país desde el día de su promulgación.

"Paulatinamente y a medida de las posibilidades, ha
bría que ir cubriendo los "sectores" y los "distritos",
pero los que cubrieren no abandonarlos.

"Claro que la estructuración en la cúspide debe al---
canzarse lo antes que se pueda, para uniformar desde
la partida de sus normas técnicas y administrativas,

lo que significaría, a más de economía de esfuerzos,
formación de la mentalidad de integración".

-156-

3.- MATERIAS DEL CODIGO DE SALUD:

Como resultado del ~~cuidado~~ estudio de la comisión codificadora, integrada por los Dres. Orlando Aguilar H. y Carlos Estrada Sandoval y el Lic. Ricardo Luna R., contando con la valiosa asesoría del consultor de la OSP/OMS Dr. Francisco Vío Valdivieso, propusieron un Anteproyecto de Código de Salud, -- con el siguiente contenido: (1).

1.- Título preliminar:

Conceptos generales.

Libro I.

Del Ministerio de Salud Pública y del Servicio Nacional de Salud.

Título I.

Del Ministerio de Salud Pública.

Párrafo I.

Del Ministerio de Salud Pública.

Párrafo II.

CONSEJO NACIONAL
DE PLANIFICACION
DE SALUD

SALUD

SU

SERVICIO I
DIRECCION

Consejo
Técnico

Dire

Divisiones

Protección

Promoción

Recuperación

Rehabilitación

Servicios
Generales

Equipo

Equipo

Equipo

Equipo

Equipo

MINISTRO
DE
SALUD PUBLICA

SECRETARIO

DIRECCION NACIONAL DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE SALUD

Director Nacional
de Salud

Consejo de la
Comunidad

Sub-Directores Nacio-
nales de Salud.

Regiones de Salud

Consejo de la
Comunidad

Departamentos de Salud

Consejo de la
Comunidad

Distritos de Salud

Sectores

ESTRUCTURA TERRITORIAL

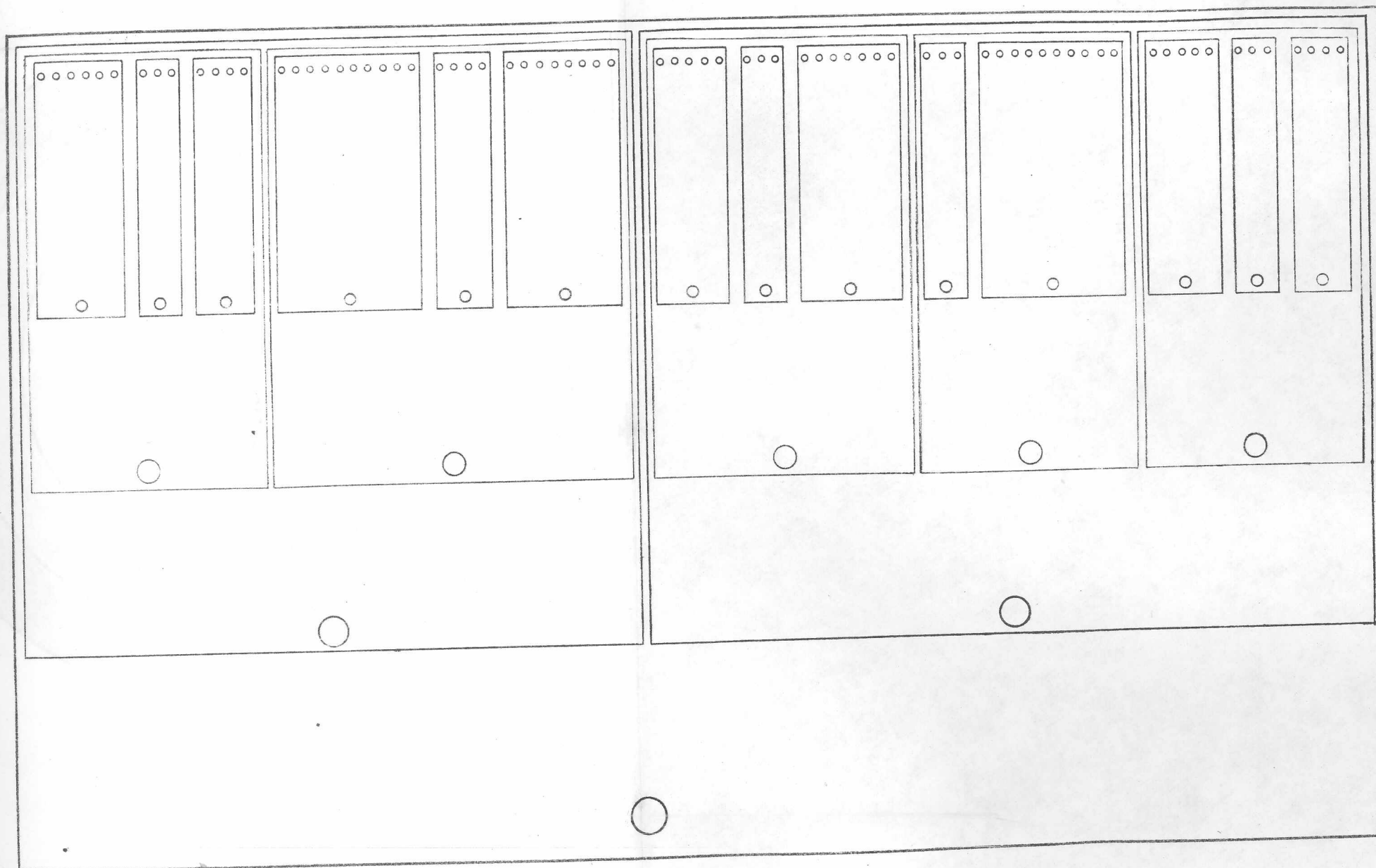
SECTORES DE
SALUD →

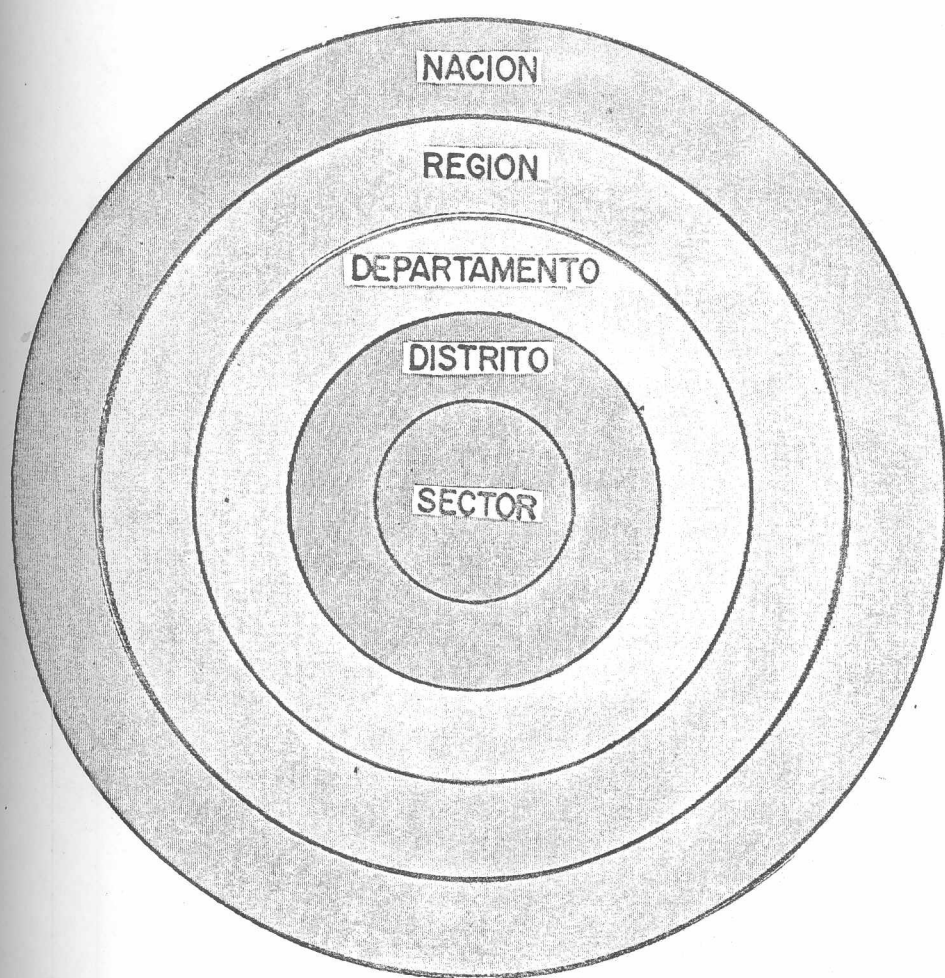
DISTRITOS DE
SALUD →

DEPARTAMENTOS
DE SALUD →

REGIONES DE
SALUD →

NACION →





Del Subsecretario de Salud Pública.

Párrafo III.

Del Consejo Nacional de Planificación de la Salud.

Título II.

Del Servicio Nacional de Salud.

Párrafo I.

De la Dirección Nacional de Salud.

Párrafo II.

Del Director Nacional de Salud.

Párrafo III.

De los subdirectores nacionales de Salud.

Párrafo IV.

De las divisiones de la Dirección Nacional de Salud.

Párrafo V.

Del Consejo Técnico de la Dirección Nacional de Salud.

Párrafo VI.

Del Consejo de la Comunidad en el Servicio Nacional de Salud.

Título III.

De las regiones de salud.

Título IV

De los Departamentos de Salud.

Título V.

De los distritos de salud.

Título VI.

De los sectores de salud.

Título VII.

Del personal del Servicio Nacional de Salud.

Título VIII.

Del financiamiento del Servicio Nacional de Salud.

2º. Libro II.

De las acciones de salud.

Título I.

Conceptos generales.

Título II.

De las acciones de protección de la salud.

Párrafo I.

Del saneamiento del medio ambiente.

Sección I.

Agua Potable.

Sección II.

Alcantarrillado.

Sección III.

Basuras.

Sección IV.

Molestias Públicas.

Sección V.

Vivienda

Sección VI.

Riesgos públicos.

Sección VII.

Exhumación, inhumación y traslado de cadáveres.

Sección VIII.

Cementerios.

Sección IX.

Talleres Sanitarios.

Sección X.

Sección XI.

Coordinación con otras entidades de salud: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, municipalidades, Departamento de Aguas y Drenajes, mediante la creación de comisiones permanentes.

Párrafo II.

De los establecimientos comerciales abiertos al público.

Párrafo III.

Del control de alimentos.

Sección I.

Definición de alimento.

Sección II.

Calidad de los alimentos.

Sección III.

Control de alimentos.

Párrafo IV.

De las enfermedades transmisibles.

Sección I.

Notificación.

Sección II.

Acciones Epidemiológicas.

Sección III.

Zoonosis, coordinación con otras entidades del Ministerio de Agricultura, mediante Comisión Permanente.

Sección IV.

Inmunizaciones.

Sección V.

Acciones en casos de epidemias, peligro de epidemias o catástrofes.

Sección VI.

Salud Internacional

Título III.

De las acciones de promoción de salud.

Párrafo I.

Conceptos generales.

Párrafo II.

De las acciones del núcleo familiar.

Párrafo III.

De las acciones de higiene preescolar y escolar.

Párrafo IV.

De la Coordinación con la Dirección General de Educación mediante comisión mixta de Educación y salud.

Título V.

De las acciones de recuperación de la salud.

Párrafo I.

Conceptos generales.

Párrafo II.

De la atención Médica.

Párrafo III.

De la coordinación con otras entidades: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Municipalidad de la Ciudad de Guatemala, Servicio de Sanidad Militar, etc., mediante comisión permanente.

Párrafo IV.

De los productos medicinales.

Párrafo V.

De los establecimientos farmacéuticos.

Párrafo VI.

De los profesionales de la medicina.

Párrafo VII.

De los establecimientos de salud.

Título V.

De las acciones de la rehabilitación de la salud.

Párrafo I.

Concepto generales.

Párrafo II.

De la salud mental.

Párrafo III.

De los menores en situación irregular.

Párrafo IV.

De la Geriatria

Título VII.

De las acciones complementarias.

Párrafo I.

Concepto generales.

Párrafo II.

De la educación en salud.

Párrafo II.

De las estadísticas vitales y de salud.

Párrafo IV.

De los laboratorios de Salud Pública.

Párrafo V.

De las acciones jurídicas y administrativas.

Párrafo VI.

De la capacitación personal.

3º. Libro III.

De las infracciones y sanciones.

Título I.

Concepto generales.

Título II.

De las infracciones

Título III.

De las sanciones.

Título IV.

De los procedimientos.

Título V.

De la entrada a domicilios y a otros lugares cerrados.

Título final

Párrafo I.

Disposiciones generales.

Párrafo II.

Artículos transitorios.

VI. CONCLUSIONES:

1. Como respaldo para todas las casaciones sanitarias que deben realizarse, se han emitido disposiciones legales diversas desde que se organizaron los primeros servicios de salud.
2. La primera expresión de una actividad organizada en materia de salud se ejerció para hacer frente a las epidemias que asolaron al mundo y que conocen mejor a partir del siglo XIII.
3. Los mayas y sus descendientes no fueron ajenos a la medicina preventiva y su terapéutica vegetal. Practicaron algunos preceptos favorables a la salud individual y colectiva.
4. En todos los países los servicios de salud han sido creados para combatir alguna epi-

demia: viruela, cólera, tifus exantemático, etc.

5. Las epidemias de tifus exantemático o tabardillo fueron frecuentes en América antes de la llegada de los españoles. La Viruela era absolutamente desconocida en América.

6. El fiscal Romaña y Herrera, el Capitán General don Martín de Mayorga y el Noble Ayuntamiento de Guatemala (1773-74) son sin duda alguna, los creadores oficiales de la salubridad pública en Guatemala. Gracias a ellos se formó una junta de salud pública, que dictó medidas atinadas y prudentes en la epidemia de tifo o tabardillo.

7. La epidemia de viruela de 1780 es uno de los episodios patológicos más interesantes de la vida república de Guatemala. El Doctor Joseph Felipe Flores inició la inoculación antivario-

losa, la cual dió magníficos resultados.

Joseph Felipe Flores logró por repetidas y entusiasta gestiones, la erección del Protomedicato, tocándole el merecido y justo honor de ser el Primer Protomédico legal (Real Cédula de junio de 1793).

8. El 16 de mayo de 1804, el Dr. Narciso Esparragosa y Gallardo recibe la primera remesa de fluido vacuno enviado desde Veracruz por Ignacio Pavón y Muñoz. el 25 de enero de 1805, se dió el real decreto aprobando los estatutos y reglamentos de la Junta Central de Vacuna.

9. El protomedicato, primero y la Junta Directiva de la Facultad de Medicina y Farmacia, después, constituyeron los organismos consultivos del Gobierno de la República de Guatemala para los asuntos que al

ramo de Sanidad Pública se refieren.

10. Las leyes y acuerdos gubernativos que se dictaron en pro de la salud pública en época del Gral Justo Rufino Barrios, permitieron cambiar en el curso de pocos años el aspecto político-administrativo y social de Guatemala. Muchas de las leyes aún están vigentes y otras han sido substituidas, para una mejor aplicación, pero sosteniéndose en los mismos principios que las motivaron.

11. El 22 de mayo de 1905 se dió el primer paso para establecer un servicio de sanidad, con actividades sobre todo el territorio de la República.

12. El 7 de septiembre de 1936 se emite el Código de Sanidad. Dentro de los conceptos de la época histórica en que fué promulgado el Código no solo constituyó una legislación concordante a ellos, sino que de avanzada, pues tiene preceptos que les superan.

13. Muchas de las disposiciones contenidas en la legislación actual, ya no se ajustan a las necesidades de la Salud Pública moderna. Es por eso que se ha preparado un Anteproyecto del Código de Salud, que espera su discusión en el Congreso de la República.

14. Los procesos legislativos son lentos. Es lógico que tengan esa característica, pues la ley tiene que ser el producto de concepciones que han alcanzado cierto grado, por lo menos de penetración en la comunidad en que se van a aplicar, para despertar en ella la necesidad de su valor positivo; lo que exige tiempo de maduración suficiente, dada la naturaleza humana en cuanto a su potencialidad para captar sus intereses superiores y dados los acondicionamientos sociales.

15. "Por grande que sea el cuidado con que sus

autores preparen un proyecto, las enmiendas torpes, precipitadas, o dictadas por el prejuicio, hacen que el texto aprobado como ley haya perdido casi siempre toda semejanza con su forma original".

16 El código de Sanidad de la República de Guatemala debe ser el instrumento jurídico orgánico de Salud Pública de la nación guatemalteca.

Debe legislar sobre la salud de toda la nación y de cada uno de sus componentes, considerando todas las potencialidades disponibles en su seno.

De ahí que ese cuerpo de normas jurídicas no puede limitar su esfera de actividades nada más que a las acciones que el Estado realiza directamente, a través de sus organismos de la Administración Pública (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Sanidad), como ocurre con el Código de Sanidad vigente.

Debe extenderla hacia el aprovechamiento coordinado de todos los esfuerzos que la nación lleva a cabo con el objeto de atender la salud pública (organismos autónomos, organismos dependientes de diferentes ministerios, iniciativa privada, etc.)

17 El Código de Salud debe descansar en la realidad actual, pero para proyectarla hacia un porvenir en que en verdad se alcance el bienestar físico, mental y social que debe ser patrimonio de los habitantes de Guatemala.

18 Las características sobresalientes del Nuevo Código de Salud Son:

- a) Creación de estructuras técnico-administrativas con claros conceptos de integralidad y descentralización.

b) Determinación del núcleo familiar como unidad básica de las acciones salud.

c) Aprovechamiento del sentido de responsabilidad en el servicio de los municipios de la población para el desenvolvimiento de las acciones salud.

d) Orientación eminentemente educativa en las labores de salud pública.

19 La salubridad necesita de manera indispensable, para realizar sus acciones en la sociedad, contar con el derecho. El derecho, por su parte, no pueda eludir la obligación de dar su aporte a la salubridad, pues, precisamente, su función medular es la de dar ordenamiento justo para que, en una convivencia lo más armónica posible, se desarrollen las acciones de las personas y de las instituciones para el bien común.

20 El derecho, frente a la salubridad, debe, permanentemente y constantemente, desentrañar de la realidad

social las necesidades que en esta se presenen en cuanto a los medios para que el hombre pueda desenvolverse sin peligro de perder su equilibrio físico, mental y social; buscar los mecanismos jurídicos a fin de encauzar, las fuerzas sociales hacia su solución; traducir en normas positivas los resultados logrados y respaldar las acciones en la comunidad con su potente fuerza coercitiva.

21º. El derecho encuentra serios obstáculos para encauzar en la vida colectiva preceptos de avanzada social en cuanto a salubridad, porque se le -- presentan interferencias serias de intereses particulares que son respetables dentro de la conciencia media de la comunidad. A pesar de las interferencias y en resguardo de la justicia, sobre el derecho pesa el imperativo de dar en sus leyes positivas los medios mediante los cuales pueden realizarse las acciones de salubridad en bien de la colectividad en general.

VII. RECOMENDACIONES:

- 1.- Al Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas, poner mayor énfasis en la enseñanza de los diversos aspectos sobre la legislación en salud de Guatemala, a través de sus diversas cátedras.
- 2.- Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a las Universidades del país, Colegios Profesionales y a todas las instituciones y entidades relacionadas con la salud pública, interesarse por-- que el proyecto de código de salud entre a discu--sión, sin más tardanza, en el pleno del Congreso - Nacional.
- 3.- Al Congreso Nacional de la República iniciar a la mayor brevedad la discusión del Proyecto de Código de Salud presentado por la Comisión de Salud Pública de ese alto organismo, con miras a su pronta promulgación a fin de iniciar a corto plazo su aplicación, en beneficio de la población del país.
- 4.- Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, efectuar el estudio para la reestructuración-- de sus servicios siguiendo los lineamientos que establece el Proyecto de Código de Salud y, a través de las dependencias respectivas, preparar los proyectos de Reglamentos Complementarios de dicho Código.

VIII. BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Aguilar, Orlando; y otros. Información básica para la legislación de salud. Análi--sis del Código de Sanidad Vigente. Aspecitos doctrinarios del Código de Salud. Bol. Sanitario de Guatemala, 34(57):61-92. Ju-nio-Diciembre de 1963.
- 2.- Asturias, Francisco. Historia de la medicina en Guatemala. Guatemala, Ed, Univer-sitaria 1959. pp 86-147 (Universidad de San Carlos de Guatemala, Ed. Universitaria, --vol. No. 28).
- 3.- Figueroa Marroquín, Horacio. Enfermedades de los conquistadores. San S'alvador, El Sallvador. Ed. Ministerio de Cultura, 1957. - pp 46-67.
- 4.- Gaitán, Luis. Justo Rufino Barrios y la Sani-

dad Pública de Guatemala, Bol. Sanitario de Guatemala. 6(42): 905-963. Enero-junio de 1935.

5.- Gaitán, Luis Breve comentario sobre legislación sanitaria de Guatemala. Bol. Sanitario de Guatemala, 7(45): 309-320. Nov. 1937.

6.- Hanlon, John J., Principios administración sanitaria. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1954. pp 205-207. (Pub. científica No. 11).

7.- Martínez Durán, Carlos. Las ciencias médicas en Guatemala. Origen y evolución. 3a. ed. Guatemala, Ed. Universitaria, 1964. pp 21-683. (Universidad de San Carlos de Guatemala, ed. Universitaria, vol. No. 50).

8.- Molina G., Gustavo y Adriasola E., Guillermo. Principios de administración sanitaria. San Juan, Puerto Rico. Cooperativa de Artes Gráficas "Romualdo Real", 1961. pp 39-42.

- 9.- Salazar, Francisco. Resumen de las leyes y disposiciones dictadas sobre sanidad en Guatemala--
la, 15(53): 26-39. Ene-Dic. 1945.
- 10- Sigerist, Henry E., Civilización and Disease, --
New York, Cornell University Press, 1946. p 106.
- 11- Vío Valdivieso, Francisco. Salubridad y Derecho.
Bol. Oficina Sanitaria Panamericana, 53(1):35-46.
Julio-Dic. 1962.

Vo. Bo.


Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria.

BR. JUAN RODOLFO AGUILAR LEON

DR. LUIS OCTAVIO ANGEL
Asesor.

DR. ORLANDO AGUILAR
Revisor.

DR. ENRIQUE PADILLA BOLAÑOS
Director del Departamento
de Medicina Preventiva

DR. FRANCISCO VILLAGRAN M.
Secretario.

DR. JULIO DE LEON M.
Decano.