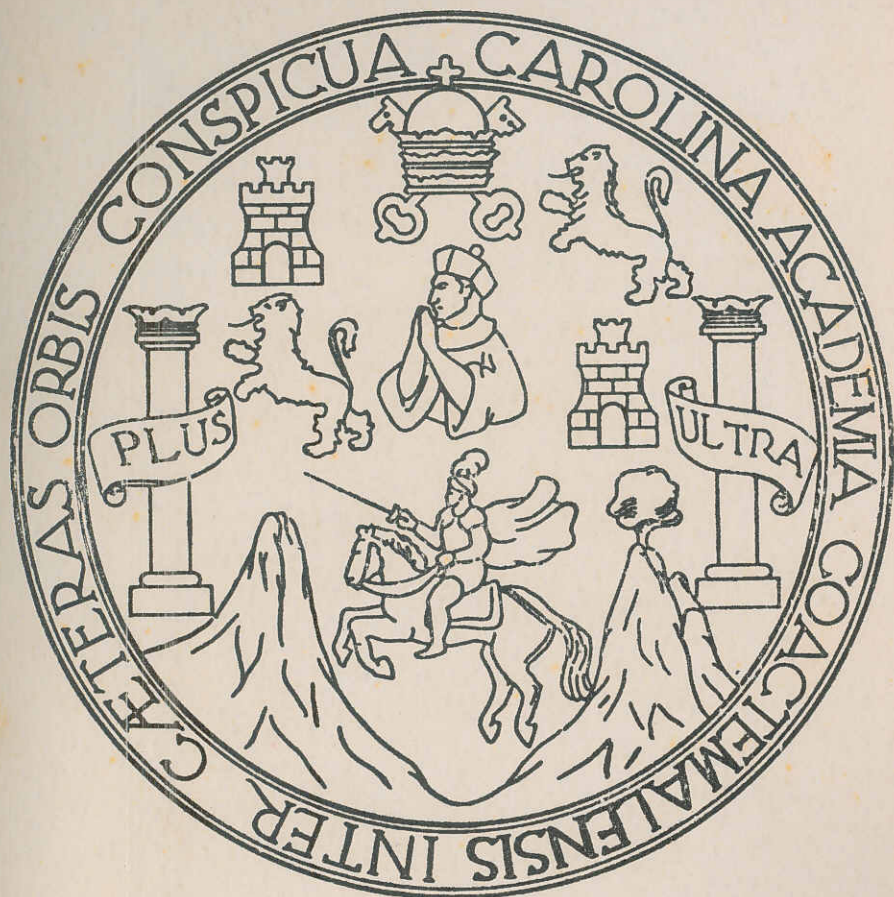


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



Programática para una Unidad Sanitaria Rural

FRANCISCO JOSE PRATDESABA BARILLAS

## SAN FELIPE, RETALHULEU.

planta baja del Cielo;  
primer escalón a los Cuchumatanes...

## PORTICO

Razón,  
Rumbo  
y Paisaje

A horcajadas de la noche viene la mañana persignándose con el lápiz labial de un sol naciente. Tibia la tez recién lavada con el rocío que gota tras gota resbala de las hojas ahitas de savia verde.

Madrugando al desayuno bucólico, de café caliente, el peón que, machete al cinto, renquea su cita al Hospital.

La ruta cruza la cicatriz de una cinta asfaltada, -verdugón en la manigua que suturó el "bulldozer" con anestesia de "diesel" y bisturíes de discos,- la ruta, al alba, está olorosa a tierra mojada, a salitre que viene del mar, brisa maduradora que pone oros en el bananal, que endulza el agua de los frescos cocos, sazona, con regustos de estero salobre y marinero el espacio tropical que lo rodea.

"Rumbeando" al Hospital, al Hospital nuevo, -cara o cruz del destino,- en el dé-

dalo sinuoso del camino, va puesta una esperanza. Renquea el peón su cita al Hospital: Cruz de fuego estampada en la blanca nube que, en el azul del cielo campea como un símbolo de amor.

[Hospital nuevo!!!: Gasa y bisturí; poción, apósito y sedante; bata sin corbatín, estetoscopio al cuello. Después, consejo... Una nueva esperanza en las paternales palabras: Médico. Enseñanza y consuelo.

Cae el véspero. La tarde se arrodilla sobre la alfombra verde de clorofila; cardamomos y jenjibres abanican la tarde llenando las jícaras del viento con aroma y sabor... Puertas afuera, el Hospital suspira con aspiraciones de pulmón dilatado -diafragma y vientre-, respirando sobre el mar una mar que desde sus patios no se mira pero que se siente.

A la derecha, conforme se mira al llano, el Caserío: bahareque y estuco, piedra y cal, lámina y palma; negras tejas de barro rojo con óxido de gotas... Aborregado en rebaño, al abrigo de las altas montañas que señalan rutas de picachos, espalda al muro que sube al altiplano y cara al mar, San Felipe, Rev. se oreo al aire que barre la barranca y aspira el perfume de sus umbríos cafetales y se regodea con la promesa de mieles exprimidas en sus cañamelares.

El calvero del Santiaguito, montaña arriba, es polvo de humo en su caliginosa bruma ascendente sobre la verde falda del Santamaría; pizarra gris sobre el trasluz de una roca sangrienta de fuego.

Y, al caer la tarde, en el firmamento azul, pintó la brisa, con plumones blancos, un horizonte de palmeras.

## PROGRAMATICA PARA UNA UNIDAD SANITARIA RURAL

### CAPITULO I

1.- Introducción.

2.- Concepto **Universal de la Salud.**

3.- Justificación del Trabajo.

4.- Situación Actual de Salud del País:

- a) Médicos
- b) Enfermeras
- c) Personal complementario

5.- Establecimientos de Atención Médica:

- a) Hospitales Nacionales
- b) Hospitales Regionales
- c) Hospitales Especializados
- d) Hospitales Departamentales o de Area
- e) Centros de Salud tipo "A"
- f) Centros de Salud tipo "B"
- g) Puestos de Salud

### CAPITULO II

1.- Descripción del Municipio de San Felipe Retalhuleu:

- a) Descripción Geográfica

b) Descripción social y económica

c) Datos demográficos:

- Natalidad

- Mortalidad

- Población por grupos de edad

d) Problemas de Salud:

- Diagnósticos de Morbilidad

- Diagnósticos de Mortalidad

e) Potencial económico:

- Número de Fincas

- Producción de cada una

- Comercio

## 2.- Descripción del Hospital Hilario Galindo

a) Historia

b) Funcionamiento

c) Relaciones

d) Proyectos

e) Estadística de las actividades de seis meses

## CAPITULO III

### 1.- Descripción de una Unidad Sanitaria Rural:

a) Descripción del edificio

b) Personal mínimo necesario

c) Programa de actividades

d) Atención Materno - Infantil:

- Clínicas Maternas

- Clínicas Infantiles

e) Organización y Funcionamiento

-----

## CAPITULO I

### 1.- INTRODUCCION:

Hipócrates, en su "Visión del Médico; aires, aguas y lugares", dice:

"Aquel que haya pasado por todo el amplio círculo de las ciencias, considere en todo lo que vale: las estaciones del año, las enfermedades que se sabe producen, las condiciones del aire características de cada país y la calidad de sus aguas; delimite cuidadosamente la ubicación de las ciudades y zonas circundantes: si son altas o bajas, calientes o frías, húmedas o secas; no dejará de anotar la dieta o el régimen de sus habitantes; en una palabra, todas las causas que puedan producir alteraciones en la economía animal".

(5)

Si nos trasladamos a la época de Hipócrates, se puede advertir en sus escritos las bases conceptuales de la ecología, que Haeckel creó para el reino vegetal, a mediados del siglo pasado, y que posteriormente se extendieron a los animales y al Hombre en vista de que el resultado de las observaciones demostró la universalidad de sus principios. Desde entonces ha evolucionado y se ha enriquecido la concepción ecológica de la SALUD, que refleja el proceso sutil de adaptación de cada persona a su ambiente. Cuando la armonía del medio interno coincide con la del externo, se logra ese silencio de los órganos que se llama SALUD. La desadaptación, cualquiera que sea su grado, naturaleza y forma, corresponde a la ENFERMEDAD.

Para la Medicina Social, el conocimiento del hombre en su integridad, en equilibrio con su ambiente total, es el fundamento de todas sus acciones.

El interés se concreta hoy en la conservación de ciertas especies en peligro de extinguirse en su habitat natural, en la repetición de las primaveras silenciosas, en la acumu-

lación de desechos sólidos o en la contaminación del aire, del agua, del suelo, así como de los alimentos, en la seguridad de los trabajadores y en la disposición adecuada de los residuos. Igual atención se concede a los factores psicológicos y sociales del medio que tienen que hacer con los ruidos excesivos e innecesarios, la soledad o la violencia, el hacinamiento y la promiscuidad, todo lo cual interfiere con una sana convivencia. Esta serie de problemas es interdependiente con el crecimiento de la población y la demanda por bienes y servicios, cualquiera que sean su naturaleza y producción.

## 2.- CONCEPTO UNIVERSAL DE LA SALUD:

Se acepta hoy que "La salud es, para cada ser humano, un fin, y para la sociedad a que pertenece, un medio".<sup>(6)</sup>

Es un fin, un objeto permanente de preocupación individual, porque le permite a cada cual realizarse. Bien se ha dicho que somos como lo determina nuestra herencia genética y como el ambiente lo permite. En este último sentido la salud revela la capacidad innata y adquirida de adaptación de cada persona. Es un proceso sutil, ininterrumpido, salvo por la aparición de enfermedades de etiología diversa que reflejan la desadaptación al ambiente interno y al que nos rodea.

Es un medio, porque constituye un componente del desarrollo, éste es: de la conjunción de esfuerzos que conducen al bienestar social. Esto último es mucho más que lo que expresan el incremento de la economía, las reformas institucionales, los cambios en las estructuras, entre otros factores. Todo ello, si bien muy importante, no singulariza claramente lo que para nosotros es esencial, como es el significado espiritual de la salud, que algunos consideran la auténtica infraestructura de la felicidad como cada cual la siente. Por estas razones se proclama la Salud como un derecho de todos, y no el privilegio de algunos.

Reconocemos que es una aspiración difícil de alcanzar por cualquier sociedad en cuanto a la aplicación continua de los mejores conceptos y métodos de la ciencia y de la técnica para prevenir y curar las enfermedades que afectan al hombre. Ello no es obstáculo para que éste sea el propósito fundamental en nuestro futuro y la responsabilidad de cualquier gobierno. La salud no es un atributo del hombre aislado; por el contrario, la comunidad está influida total o parcialmente, por el estado de salud de sus componentes. Los individuos que la integran aportan al bienestar común su energía física e intelectual.

La disminución de esta energía está en relación directa con la dinámica económica y social del estado. En consecuencia, la atención de la salud es un derecho de la población, y el Gobierno tiene la responsabilidad de velar porque sea igual para todos; la propia Comunidad debe participar activamente con el Gobierno para disfrutar siempre de buena salud. Esta participación activa de la Comunidad con el Gobierno, es lo que se conoce en Salud como "FENOMENO PANAMA". La salud es un derecho universal que distingue a una sociedad civilizada de la que no lo es.

## 3.- JUSTIFICACION DEL TRABAJO:

El motivo de este trabajo es el hacer una programática de actividades para un Servicio de Salud Rural, conscientes de que en Guatemala prevalecen las infecciones, la desnutrición, el saneamiento ambiental deficiente, la vivienda y condiciones de trabajo insalubres, la ignorancia, el vestido inapropiado, el bajo ingreso real de cada persona. Estos factores en conjunto producen una morbilidad exagerada, una elevada mortalidad infantil, accidentado curso del embarazo, parto y lactancia en las madres, lo que se traduce en limitación de la expectativa de vida al nacer. Son ellos responsables también de la escasa capacidad de los escolares y del rendimiento limitado de las fuerzas de trabajo. Estos problemas de salud tienen distinta distribución tanto en el medio urbano como en el

medio rural. Por esta razón se juzga conveniente programar actividades dirigidas hacia la solución de los factores que se mencionan y que se SUMAN y hacen mantener un bajo estado de salud, sobre todo en el área rural.

#### 4.- SITUACION ACTUAL DE SALUD DEL PAIS:

Las características principales de los sistemas de prestación de asistencia médica en Guatemala, son la multiplicidad de Instituciones públicas y privadas que participan en las prestaciones, y la ausencia de coordinación interinstitucional, la cual trae consigo la duplicación de servicios o privación de éstos, cobertura desigual para distintos grupos de población, derroche de recursos en muchos casos y encarecimiento innecesario de las prestaciones en muchos otros.

Esta deficiencia del proceso administrativo institucional del Sector Salud, se manifiesta en las relaciones con la Seguridad Social, la cual no participa en el proceso de planificación de la salud y organiza servicios médicos en forma autárquica, a veces en competencia abierta con los servicios similares del Ministerio de Salud Pública. A toda esta incoordinación del mecanismo institucional se agrega el complejo factor del ejercicio privado de la profesión médica.

La planificación del sector Salud, la integración de las acciones preventivas y curativas de la Medicina, la extensión de la cobertura y la administración del sistema a través de un proceso preestablecido, son medidas que tienen un impacto político trascendental en la estructura económica y social.

A pesar de la racionalidad de las transformaciones dirigidas al establecimiento de un sistema de salud, éstas despiertan resistencia en ciertos grupos.

Los grupos que financian, ejecutan y reciben las prestaciones, así como los que proporcionan la infraestructura, son los que desconfían de la viabilidad del sistema.

La institución de Seguridad Social acepta la planificación de salud, la reforma administrativa del sector, y la universalización de la cobertura, siempre que el conjunto del sistema se desarrolle dentro de los moldes de la Seguridad Social. Los organismos de la asistencia social privada, por su parte, tratan también de defender su supervivencia y autonomía en toda forma.

El financiamiento de un sistema de salud integral es uno de los problemas que afectan en forma más aguda en nuestro país, que es de economía predominantemente rural, donde hay grandes grupos de población que son incapaces de contribuir al financiamiento de la atención de su salud.

Para reducir hasta donde sea posible los altos costos, será indispensable llevar a cabo las reformas administrativas necesarias para obtener una buena utilización de los recursos actuales, y formular programas para enfrentar los problemas de salud prevalentes.

La reforma administrativa deberá contemplar medidas para establecer la reorganización asistencial y docente, dando preferencia a los servicios de fomento y protección de la salud.

El 68.5 % de todos los egresos hospitalarios está constituido por:

- a) Enfermedades transmisibles, parasitarias o infecciosas.
- b) Embarazo, parto y complicaciones prenatales.
- c) Alteraciones físicas y mentales causadas por accidentes.

(3)

Esto indica que una parte importante del recurso hospitalario se utiliza en la solución de problemas que podrían ser solucionados mediante acciones de medicina preventiva y de mejoramiento del medio ambiente.

Los recursos humanos participantes en el proceso de servicios de salud, dejan de estar compuestos exclusivamente por profesionales (Médicos, Odontólogos, Farmacéuticos),

repartidos en unidades simples de producción (consultorios, oficinas, etc.) y orientados hacia la atención del individuo, para convertirse en un servicio público con personal diversificado, reagrupado en unidades complejas (Hospitales, Centros y Puestos de Salud) de creciente orientación hacia la comunidad.

Pero esta transición se está efectuando sin que los recursos humanos correspondientes hayan sufrido cambios significativos en cantidad y calidad. Esta inadecuación no se refiere a una profesión en particular, sino al conjunto de recursos humanos inadaptados a sus nuevas funciones.

La disponibilidad de personal de salud varía según las regiones del país, entre un máximo de 40 y un mínimo de 3 trabajadores de salud por cada 10,000 habitantes. En cuanto a la estructura profesional del Sector Salud, en 1970, la distribución de recursos globales por 10,000 habitantes era:

a) Médicos	6.9
b) Enfermeras	2.3
c) Auxiliares	8.8
d) Técnicos Médicos	0.9
e) Administradores en S. P.	1.6

Todos distribuidos en la siguiente forma:

a) Universitarios	45 %
b) Técnicos	12 %
c) Auxiliares	42 %

(3)

#### a) Médicos:

En lo que se refiere a los recursos humanos médicos, hay una inadecuada distribución geográfica, en detrimento de las áreas rurales. Se estima que sólo el 5.5 % de los

médicos sirven a poblaciones de menos de 20,000 habitantes (59 % del total de la población); y un 45 % ejerce en áreas especializadas.

(3)

Hay bajo rendimiento del recurso médico debido a la poca disponibilidad de servicios complementarios, sub-empleo o multiplicidad de empleos, deserción profesional, migración, estructuración insuficiente de las carreras médicas en el área de Salud Pública.

#### b) Enfermeras:

Existe además una aguda escasez de personal de enfermería. Se dispone sólo de 11.1 personal de enfermería por 10,000 habitantes, del cual 2.3 son enfermeras graduadas. La relación de Auxiliares/Enfermeras es de 3.9 a 1 y la de Enfermeras/Médico es de 0.3 a 1.

(3)

#### c) Personal Complementario:

Se sigue observando gran escasez de personal de los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento; tan sólo el 0.9 por 10,000 habitantes prestan servicios como técnicos o auxiliares en los siguientes campos:

a) Laboratorio	e) Rehabilitación y fisioterapia
b) Radiología	f) Farmacia
c) Salud Mental	g) Nutrición y dietética
d) Radioterapia	h) Biblioteca y archivos médicos (3)

La importancia de este personal es fundamental; sustituirlo es difícil y costoso, debido a la preparación especializada que recibe; la posibilidad de reemplazarlo es reducida y a veces sólo puede hacerse por personal de capacitación más amplia. En muchos casos, para suplir la falta de este personal se sigue utilizando personal de enfermería, lo cual agrava más la escasez que existe en esta profesión.

La mayor parte del personal complementario presta servicio en Hospitales de tamaño mediano y grande, por lo cual hay falta de los servicios de laboratorio, nutrición y farmacia en los Centros y Puestos de Salud que atienden las zonas rurales.

#### 5.- ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MEDICA:

En nuestro país, la demanda de atención médica, se realiza a través de los establecimientos siguientes:

##### a) Hospitales Nacionales:

Son establecimientos muy completos y con recursos suficientes, localizados en la Ciudad Capital. (Hospital General San Juan de Dios, y Hospital Roosevelt).

##### b) Hospitales Regionales:

Localizados en ciudades Sedes de Región de Salud y con recursos limitados, pero algunos con especialidades bien definidas y características de Hospital General.

##### c) Hospitales Especializados:

Localizados en la Capital de la República, o en algunas ciudades importantes; se dedican a atender determinada especialidad (TBC, Lepra, Infecto contagiosas, Neuro-psiquiatría, etc.).

##### d) Hospitales Departamentales o de Area:

Localizados en la mayoría de las Cabeceras Departamentales y con recursos muy limitados.

##### e) Centros de Salud tipo "A":

Con un número limitado de camas (de 15 a 40) para hospitalización, sobre todo para casos de maternidad, localizados en Ciudades o Comuni-

dades importantes y que deben desarrollar importantes acciones de fomento y protección de la Salud.

##### f) Centros de Salud tipo "B":

Sin encamamiento, localizados en las Cabeceras Departamentales, los cuales han sido fusionados a los Hospitales para formar los llamados "SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD", también los hay en algunas poblaciones importantes.

##### g) Puestos de Salud:

Son establecimientos mínimos situados en las Cabeceras Municipales o aldeas importantes y generalmente atendidos por Auxiliares de Enfermería. (2)

Los Hospitales, tradicionalmente realizan actividades de recuperación de la salud.

Los Centros de Salud fueron creados con el objeto de realizar actividades de fomento y protección de la Salud especialmente. De allí que la actual estructura contemple esos tres grados de actividades, a través de los llamados "Servicios Integrados de Salud de Area o de Región".

Los Puestos de Salud realizan actividades mínimas de prevención de la salud y de atención médica, servida por visitas periódicas que realizan las llamadas Unidades de Atención Médica, Supervisión y Adiestramiento a los Puestos de Salud (UAMAS).

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL HILARIO GALINDO

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total	%
Parasitismo	148	290	175	319	398	309	1639	31.98
Hipovitaminosis	30	59	35	64	58	63	309	6.03
Enfermedades respiratorias	28	55	34	62	58	59	296	5.77
Anemia	23	44	26	48	71	47	259	5.05
G. E. C. A.	15	29	19	34	35	31	163	3.19
Amebas	12	23	15	27	35	25	137	2.67
Otros Diagnósticos	312	256	319	313	456	328	1994	39.05
TOTALES	578	756	623	867	1111	862	4797	93.74

Fuente: Archivos del Hospital Hilario Galindo.

POBLACION CALCULADA POR EDAD Y SEXO EN EL MUNICIPIO DE SAN FELIPE

AÑO 1971

EDAD	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
0 - 4	325	837	1162	326	781	1107	651	1618	2267
5 - 9	216	824	1140	317	773	1090	633	1597	2230
10 - 14	249	647	896	238	579	817	487	1226	1713
15 - 19	165	420	585	192	463	655	357	883	1240
20 - 24	117	247	364	133	310	443	250	557	807
25 - 29	105	262	367	119	288	407	224	550	774
30 - 34	110	240	350	122	297	419	232	537	769
35 - 39	99	190	289	108	257	365	207	447	654
40 - 44	84	156	240	79	191	270	163	347	510
45 - 49	59	108	167	52	121	173	111	229	340
50 - 54	43	70	113	48	112	160	91	182	273
55 - 59	30	81	111	35	81	116	65	162	227
60 - 64	32	80	112	36	86	122	68	166	234
65 - 69	28	64	92	28	69	97	56	133	189
70 - 74	22	57	79	20	47	67	42	104	146
75 - 79	8	20	28	6	14	20	14	34	48
80 y +	7	17	24	7	17	24	14	34	48
TOTAL	1779	4320	6119	1866	4486	6352	3665	8806	12471

POBLACION CALCULADA Y ANALISIS DEMOGRAFICO DEL MUNICIPIO DE SAN FELIPE  
AÑO 1971

	HOMBRES				MUJERES			
	URBANO		RURAL		URBANO		RURAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Edad de Consumo	890	14.5	2308	37.7	881	13.9	2133	33.6
Edad productiva	812	13.2	1774	29.0	888	14.0	2120	33.4
Edad reproductiva	-	-	-	-	805	12.7	1927	30.3
Edad de retiro	97	1.6	238	3.9	97	1.5	233	3.7
Relación niños/mujer	-	-	-	-	-	80.8	-	83.9
Embarazos probables	-	-	-	-	183	-	440	-

4

## CAPITULO II

### 1.- DESCRIPCION DEL MUNICIPIO DE SAN FELIPE:

#### a) Descripción Geográfica:

Antiguamente el municipio de San Felipe Retalhuleu, pertenecía al Departamento de Suchitepéquez. Al establecerse el Departamento de Retalhuleu, por decreto 194 del Ejecutivo, el 16 de Octubre de 1877, el Municipio de San Felipe pasó a formar parte de este nuevo Departamento.

Por otro acuerdo del Ejecutivo, firmado en Quezaltenango el 10 de Febrero de 1888, la Cabecera Municipal de San Felipe fué elevada a la categoría de "VILLA".

El Municipio actualmente tiene una extensión de 32 kilómetros cuadrados y es una Municipalidad de tercera categoría, que colinda con los siguientes municipios:

Al Norte: El Palmar (Quezaltenango)

Al Este: San Francisco Zapotitlán y Pueblo Nuevo (Suchitepéquez)

Al Sur: San Martín Zapotitlán, San Martín Villa Seca, San Sebastián y Retalhuleu (Retalhuleu)

Al Oeste: Nuevo San Carlos (Retalhuleu) y El Palmar (Quezaltenango)

El banco de marca establecido por la Dirección General de Caminos, en el parque de la Cabecera, establece una altura sobre el nivel del mar de 614.21 metros, latitud 14°, 27', 35", y longitud 91°, 35', 45".

La principal ruta que atraviesa el Municipio, es la Ruta Nacional Número 9-S, la cual pasa al Este de la Cabecera, habiendo sólo tres kilómetros a la Cabecera Municipal de San Martín Zapotitlán. Así mismo cuenta con varias Rutas Departamentales y Mu-

nicipales, también con caminos de herradura y veredas que unen a los poblados entre sí y con los municipios vecinos.

El Municipio cuenta con los siguientes poblados:

Una Villa: San Felipe Retalhuleu

Una Aldea: Nuevo Palmar

Cuatro Caseríos: Francisco Vela

Los Angeles

Tierra Colorada

Samalá.

(Archivos Municipalidad de San Felipe)

#### b) Descripción Social:

La lengua indígena predominante es el Kakchikel.

La distribución de la población del Municipio por grupos étnicos es la siguiente:

Población Total: 12,471 habitantes

Población Indígena: 8,151 "

Hombres: 3,948 "

Mujeres: 4,203 "

Población Ladina: 4,320 "

Hombres: 2,135 "

Mujeres: 2,185 "

(Según datos del Censo de población 1973 - No publicados).

El Municipio de San Felipe es eminentemente indígena, que habita de preferencia en el área rural, dedicándose esencialmente al producto agrícola, cultivando el café, caña de azúcar, banano, citronela, té de limón y frijol, así como maíz, productos que for-

man parte de su alimentación diaria.

#### e) Datos Demográficos:

	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES
Total	433	104
Masculinos	220	48
Femeninos	213	56

(Según datos del Censo de Población 1973- No publicados).

La población calculada por edad y sexo, se especifica en el cuadro adjunto.

#### d) Problemas de Salud:

En el cuadro adjunto se especifican los principales motivos de consulta de la población de San Felipe y lugares aledaños al Hospital Hilario Galindo, donde destacan en primer término la DESNUTRICION, el PARASITISMO INTESTINAL, que se hacen acompañar de toda una corte de procesos patológicos, como son las enfermedades carenciales, anemia, etc. En segundo plano se destaca el fantasma de las ENFERMEDADES RESPIRATORIAS que la mayoría de las veces son concomitantes y dependientes de la falta de nutrición.

Los diagnósticos de mortalidad en el municipio de San Felipe no ha sido posible obtenerlos de una manera científica, pues son dados, o han sido dados por personal no relacionado con la Medicina. En los contados casos en que el Certificado de Defunción ha sido firmado por un Médico, resaltan como causas de muerte las complicaciones del parasitismo y la desnutrición.

#### e) Potencial Económico:

El número de fincas, la producción de cada una de ellas, el número de escuelas, así como de alumnos y maestros, considerándolos como recursos de salud, se especifican en un cuadro aparte.

## 2.- DESCRIPCION DEL HOSPITAL HILARIO GALINDO: \*

### a) Historia:

Don Hilario Galindo fué un agricultor que formó su Capital cultivando sus tierras con café, banano y aceites esenciales (citronela y té de limón).

El Municipio de San Felipe Retalhuleu tuvo la suerte de que al morir, legara a su pueblo natal todo su capital, dejándolo como heredero universal, con la condición de que se construyera un hospital y una escuela en su memoria, y que mientras vivieran su viuda y tres hermanas, el legado se debería manejar por tres albaceas para asegurar el bienestar de la familia; actualmente sólo vive la viuda.

Originalmente los albaceas fueron:

- D. Alfonso Alejos.

- D. Manuel Ralda.

- D. Emilio Quezada.

y como suplentes,

- D. Pedro Quezada, y

- Dr. Mario de la Cerda.

Don Emilio y Don Pedro Quezada se retiraron, y al morir Don Alfonso Alejos, se nombró como tercer albacea al Licenciado Pluvio Aguilar, quien era ahijado de D. Hilario Galindo. Así, los albaceas quedaron de la siguiente forma:

- D. Manuel Ralda, como Asesor Económico y Agrícola,

- Lic. Pluvio Aguilar, como Asesor Financiero, y

- Dr. Mario de la Cerda, como Asesor y encargado, desde su construcción, del Hospital que ahora lleva el nombre de Hilario Galindo.

\* De la Cerda, Mario. Director del Hospital Hilario Galindo. Comunicaciones personales.

El Hospital fué construído en la Finca San Cayetano, propiedad del difunto filántropo, a un kilómetro de la cabecera municipal, y fué inaugurado el 24 de Septiembre de 1971, con el siguiente programa:

1.- Palabras del Lic. Pluvio Aguilar, Presidente del Consejo de Administración de la mortual del Sr. Hilario Galindo.

2.- Palabras del Dr. Mario de la Cerda, Director del Hospital.

3.- Palabras del Ing. Sittenfeld, a nombre de la compañía constructora de la obra.

4.- Develación del busto del Sr. Hilario Galindo, por la Sra. Amelia v. de Galindo.

5.- Inauguración del Hospital, por el Representante del Sr. Presidente de la República.

6.- Bendición de las instalaciones, por el Sr. Obispo de los Altos.

7.- Visita a las dependencias del edificio.

El Hospital se construyó y se sostiene con el dinero que produce la herencia, después de cubrir las necesidades familiares; el capital no se ha tocado.

Brinda beneficio gratuito, primordialmente, a la población del Municipio de San Felipe. Es administrado por las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl, y el personal que trabaja en él es escogido de preferencia, entre los residentes del mismo Municipio. Principió a prestar servicio en Septiembre de 1971.

### b) Funcionamiento del Hospital:

Desde su inauguración, en 1971, hasta Febrero de 1973, no ha tenido un funcionamiento regular, laborando únicamente como Puesto de Salud, atendiendo sólo la consulta externa, sin haber encamamiento ni servicios auxiliares (Laboratorio, Rayos "X", etc.).

El 1 de Febrero de 1973, principió a contar el Hospital con un Médico de Planta, el que dedicó todo su entusiasmo a encarrilar el funcionamiento y a iniciar un plan de tra-

bajo metódico y regular para poder contemplar lo referente al fomento y protección de la Salud.

Actualmente el Hospital cuenta con 40 camas, distribuidas de la siguiente forma:

1.- Sala de Hombres	10 camas
2.- Sala de Mujeres	10 camas
3.- Sala de Niños	15 cunas
4.- Sala de Maternidad	5 camas

Diariamente se ofrece consulta externa gratuita en tres clínicas distintas; cuenta con un Laboratorio semi completo, un equipo de Rayos "X", una farmacia surtida, dos salas de operaciones que aún no están equipadas completamente, y una sala de partos moderna.

El personal que trabaja en el Hospital es el siguiente:

a) Médicos	1
b) Estudiantes de Medicina	2
c) Estudiantes de Odontología	1
d) Enfermeras graduadas	2 (Religiosas)
e) Encargado de Farmacia	1
f) Enfermeras auxiliares	3
g) Ayudantes de enfermería	5
h) Laboratorista	1
i) Administrador	1 (Religiosa)
j) Secretario	1
k) Telefonista	1
l) Piloto de la ambulancia	1

m) Conserje y domésticos	3
n) Cocinera	1
ñ) Ayudantes de Cocina	2
o) Lavanderas	2
p) Guardián	1

Hay que hacer constar que varios puestos son desempeñados por la misma persona, como el de Secretario, que a la vez es Telefonista y Piloto de la ambulancia.

Del personal mínimo necesario, que nosotros consideramos para una Unidad de Salud Rural, hacen falta en el Hospital los siguientes puestos:

- a) Técnico de Rayos "X"
- b) Inspector de Saneamiento
- c) Trabajador Social
- d) Nutricionista
- e) Encargado de Mantenimiento

#### c) Relaciones del Hospital:

Existe un contrato con la Facultad de Ciencias Médicas, por el cual, a partir del mes de Octubre de 1973, se mantienen dos estudiantes externos del 5° año, efectuando su práctica de Medicina Integral.

Hay un acuerdo de ayuda mutua, con la Escuela de Agricultura regional, por medio del cual el Hospital presta sus terrenos para la enseñanza de métodos de producción de la tierra, y le queda, para su consumo propio, el producto cultivado.

Existe también, funcionando dentro de las instalaciones del edificio, una cooperativa de consumo, de la cual se benefician todos los colonos de las fincas cercanas.

d) Proyectos del Hospital:

- Se están entablando pláticas con el IGSS y con el Ministerio de Salud Pública, para unificar esfuerzos, pues en el mismo Municipio existe un Puesto de Salud, atendido por un Auxiliar de enfermería, y un Dispensario del IGSS igualmente atendido; es decir, que en el mismo Municipio hay un desperdicio de recursos en lo referente a Salud. Se piensa absorber este personal y dar servicio a través de un establecimiento único.

- En el transcurso de este año se construirá una Guardería Infantil para ayudar a las madres de la zona, con el fin de detectar focos nosológicos y así aplicar no sólo los principios de fomento y protección de la Salud, sino también los de Recuperación y Nutrición.

- Existe también el proyecto de extender el contrato Universitario no sólo con la Facultad de Medicina, que a partir de este año ya mandará un Médico Interno, sino con otras Facultades (Farmacia, Agricultura, Veterinaria) y Escuelas (Enfermería, Trabajadores Sociales), para que envíen a sus estudiantes de último año a hacer su práctica rural y así contar con un verdadero equipo multidisciplinario para beneficio de toda la región.

e) Estadística de las actividades de 6 meses:

Se encontrará en un cuadro adjunto.

ACTIVIDADES DEL HOSPITAL HILARIO GALINDO, EN SEIS MESES DE 1973.

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total - %	
Consulta Externa	Pre natal	33	64	38	69	49	68	281 - 5.49%
	Post natal	1	0	2	1	2	1	7 -
	Niño sano	4	8	3	8	7	9	39 - 0.77%
	Morb. Gral.	606	823	656	945	1169	925	5124 - 100.00%
Curaciones	85	70	58	85	68	85	451	
Inyecciones	2535	1338	1669	5103	4669	4011	19325	
Transfusiones	0	2	0	21	18	15	56	
Sueros	10	1	25	29	24	7	96	
Ex. de Laboratorio	150	325	207	600	425	401	2108	
Operaciones	3	8	4	8	4	5	32	
Partos	5	8	3	5	11	5	37	
Visitas a domicilio	4	1	2	12	2	3	24	
Odontología	-	-	-	-	-	36	36	
Egresos hospitalarios	10	14	26	24	32	45	151	
Defunciones								
Vacunas								

Archivos del Hospital Hilario Galindo.

### CAPITULO III

#### DESCRIPCION DE UNA UNIDAD SANITARIA RURAL:

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha programado sus actividades, lo que respecta a la atención de la salud del pueblo, a través de la Dirección General de Servicios de Salud, para lo cual cuenta con este esquema:

#### DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Divisiones Técnico-Normativas

Regiones de Salud

y Administrativas

Areas de Salud

Entre las Divisiones Técnico-Normativas y Administrativas, están los Programas de:

Salud Materno-Infantil

Epidemiología

Saneamiento Ambiental

Tuberculosis

Zoonosis, etc.

(2)

De la Dirección General dependen directamente las Regiones de Salud, las cuales tienen a su cargo las distintas Areas de Salud, y éstas administran y supervisan directamente los Servicios Integrados, los Centros y Puestos de Salud. Ya anteriormente se especificó qué consisten cada uno de los distintos tipos de Centros que componen las Areas de Salud del País.

Una de las finalidades de nuestro trabajo es describir y programar actividades para un Servicio de Salud que pueda ser ubicado en cualquier parte del área rural de Guatemala, ya que sabemos lo difícil que es determinarlo.

Queremos presentar aquí, un programa de actividades, basado en las necesidades de un Municipio, y que pueda ser aplicado, como ya dijimos, a cualquiera de los 325 municipios de Guatemala que cuente con un establecimiento similar o parecido.

a) Descripción del Edificio:

El Edificio debe constar de las siguientes áreas:

- 1.- Oficina del Director
- 2.- Area de Clínicas
- 3.- Area Quirúrgica
- 4.- Area de Enfermería
- 5.- Area de Secretaría y Archivo
- 6.- Area de Curaciones e Hipodermia
- 7.- Area de Laboratorio y Medios diagnósticos
- 8.- Area de Farmacia
- 9.- Area específica de Encamamiento
- 10.- Area de Bodega
- 11.- Area de Cocina y Lavandería
- 12.- Area de Servicios higiénicos (para el personal y para el público).
- 13.- Area de Guardería y/o Servicio de Educación y Recuperación Nutricional (SERN)
- 14.- Area de vivienda para el personal

El número de Clínicas para atender la Consulta Externa, depende del número de Médicos que atiendan las actividades del servicio.

El Area Quirúrgica debe tener también el espacio y el equipo necesario para solucionar problemas de pequeña cirugía y operaciones de emergencia que se puedan rea-

lizar con la capacidad del personal existente, o que no puedan ser trasladadas, por el tiempo o por el transporte, a otro Centro con mayor capacidad, como las Cesáreas, versiones, fracturas expuestas, accidentados con gran hemorragia, etc.

El Area de Encamamiento es para la atención obstétrica, hidratación, atención de complicaciones en desnutridos, enfermedad común que amerite encamamiento, etc.

En el Area especial de Laboratorio y Métodos diagnósticos, se incluye un equipo de Rayos "X" sencillo y métodos de laboratorio no sofisticados, sino de ayuda inmediata al Médico.

El Edificio puede ser complementado con un Area para Guardería y/o Servicio de Educación y Recuperación Nutricional, ya que éste es un medio de detectar morbilidad infantil y aplicar los métodos de fomento y protección de la salud.

b) Personal Mínimo necesario:

- |  |   |
|--|---|
| 1.- Médico   | 1 |
| 2.- Estudiantes de Medicina (del último año)           | 2 |
| 3.- Odontólogo (graduado o estudiante del último año)  | 1 |
| 4.- Farmacéutico o Encargado de la Farmacia            | 1 |
| 5.- Enfermeras Graduadas y/o Estudiantes de Enfermería | 2 |
| 6.- Auxiliares de Enfermería                           | 3 |
| 7.- Ayudantes de Enfermería (no adiestradas)           | 5 |
| 8.- Laboratorista                                      | 1 |
| 9.- Técnico de Rayos "X"                               | 1 |
| 10.- Inspector de Saneamiento                          | 1 |
| 11.- Trabajador Social                                 | 1 |
| 12.- Administrador                                     | 1 |

13.- Secretario y Encargado del Archivo	1
14.- Piloto de la Ambulancia	1
15.- Conserje y Domésticos	5
16.- Cocinera y Ayudantes de Cocina	3
17.- Lavanderas	3
18.- Guardián	1
19.- Encargado de Mantenimiento	1
20.- Nutricionista	1

Todo el personal debe trabajar acorde y bajo las órdenes del Médico Director. No es el momento ni el propósito de este trabajo el describir las funciones de cada una de estas personas que laboran en un Servicio de Salud Rural, pero sí creemos que deben existir por escrito.

c) Programa de Actividades:

Un Servicio de Salud Rural como el que describimos debe ser suficiente para desarrollar acciones de fomento, protección y recuperación de la salud en niveles útiles de cobertura.

El fomento de la Salud debe hacerse por medio de campañas educativas relacionadas con la higiene personal y ambiental, la nutrición y conocimiento de las enfermedades derivadas, higiene del embarazo y lactancia, y la necesidad de controles periódicos durante todo el tiempo de gestación y después del parto. Encargados de ello serán: el Médico, la Enfermera, el Trabajador Social y el Nutricionista, por medio de visitas domiciliarias, pláticas colectivas, etc.

La protección y recuperación de la salud se harán por medio de:

- Atención hospitalaria o cerrada.

- Atención ambulatoria (Consulta externa).

- Atención domiciliaria.

- Atención preventiva (enfermedades infecto-contagiosas, saneamiento ambiental e inmunizaciones).

- Atención de emergencias.

La atención médica hospitalaria o cerrada comprenderá la asistencia que se brinde a todo paciente que, de acuerdo a su estado de salud, necesite encamamiento por no poderse recuperar en consulta externa o en atención ambulatoria.

La atención ambulatoria comprenderá:

- Consulta externa por morbilidad para adultos.
- Consulta externa por morbilidad para infantes, preescolares y escolares.
- Consulta externa infantil y preescolar (niño sano).
- Consulta externa materna pre y postnatal.

La atención de emergencias estará en razón a la demanda, por lo tanto será dada en servicio continuo de 24 horas al día.

d) Atención Materno-Infantil:

- Clínicas Maternas:

Tienen como finalidad la protección de la madre, el feto y el recién nacido; mediante la vigilancia de la salud durante el embarazo y el parto; prevención específica de enfermedades propias del embarazo y el parto, y el tratamiento de enfermedades durante el embarazo y la perinatalidad.

Para ello las Clínicas Maternas darán educación para madres (alfabetas y analfabetas) en lo referente a la salud. Se harán exámenes prenatales periódicos, tratando de brindarle cinco consultas a cada gestante.

Se dará tratamiento de las enfermedades propias del embarazo o concomitantes con él, cuando ésto sea posible.

- Clínicas Infantiles:

La finalidad de estas clínicas es la protección del niño, mediante la protección de la salud durante la lactancia (de 0 a 1 año) y edad preescolar (de 1 a 6 años), la conservación de la salud de lactantes y preescolares; la prevención específica de lactantes y preescolares y el tratamiento de las enfermedades de estos grupos de edad.

Para ello prestan los siguientes servicios:

- Educación para la salud del niño a las madres (alfabetas y analfabetas).

- Exámenes infantiles periódicos:

Cada mes durante el primer año,

Cada dos meses durante el segundo año,

Cada tres meses durante el tercer año,

Cada cuatro meses durante el cuarto, quinto y sexto años.

- Mantenimiento de un programa de inmunizaciones, de acuerdo al plan nacional:

Viruela

D.P.T.

Tifoidea

Rabia

B.C.G.

Polio

Sarampión

- Tratamiento ambulatorio de enfermedades transmisibles y no transmisibles, por medio de la consulta externa para infantes, preescolares, escolares y adultos.

- Ayuda láctea por medio de un banco de leche.

Los propósitos de las clínicas Materno-Infantiles son:

- Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna; condiciones de la multiparidad, el aborto provocado, el cáncer ginecológico, etc.

- Contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad del niño, principalmente en la época de mayores exigencias del desarrollo físico e intelectual, incrementando las acciones de prevención de los daños reducibles y promoviendo la atención médica oportuna.

- Contribuir a mejorar las condiciones de bienestar de la familia, mediante la educación y promoviendo la prestación de servicios que permitan ejercer el derecho y el deber de una paternidad responsable, respetando la libre decisión conyugal.

e) Organización y Funcionamiento:

Es necesaria la elaboración de registros médicos y la existencia que lleva concomitante, de un archivo, para poder efectuar un informe estadístico confiable y en cualquier momento.

Coordinación interna entre las distintas secciones del establecimiento, para el control de enfermedades transmisibles y enfermedades venéreas; coordinación con el Laboratorio y la Farmacia para brindar la oportunidad de obtener exámenes y medicinas de buena calidad y bajo precio, pues particularmente no estamos de acuerdo en la obtención gratuita de la atención de la salud.

Tiene que haber una coordinación externa con hospitales regionales que tengan atención por especialidades. Con la Universidad de San Carlos, en Bienestar Social, y con la Asociación pro Bienestar de la Familia (APROFAM).

- - - - -

## CONCLUSIONES

- 1.- La Salud es un derecho de todos y no el privilegio de algunos. No es un atributo del hombre aislado. La comunidad está influida por el estado de salud de sus componentes. Los individuos que la integran aportan al bienestar común su energía física e intelectual.
- 2.- La atención de la Salud es un derecho de la población, y el Gobierno tiene la responsabilidad de velar porque sea igual para todos. La propia Comunidad debe participar activamente con el Gobierno para disfrutar de buena salud.
- 3.- Las características de prestación de asistencia médica en Guatemala, son la multiplicidad de Instituciones públicas y privadas que participan en las prestaciones; ausencia de coordinación interinstitucional y duplicación de servicios con cobertura desigual para distintos grupos de población, con encarecimiento innecesario de las prestaciones.
- 4.- Actualmente en Guatemala, hay escasez y mala distribución geográfica del personal de Salud; ya que sólo el 5.5 % de los Médicos sirven a poblaciones de menos de 20,000 habitantes. Hay poca disponibilidad de este recurso, debido a la poca disponibilidad de servicios complementarios, sub-empleo, multiplicidad de empleos, y estructuración insuficiente en la carrera sobre el Área de Salud Pública.
- 5.- Una parte importante de recursos hospitalarios se utiliza en solucionar problemas que podrían solucionarse mediante acciones de medicina preventiva y mejoramiento del medio ambiente.

## RECOMENDACIONES

- 1.- Efectuar una verdadera planificación y reorganización del sector Salud, a nivel de todas las instituciones que se dedican a las acciones preventivas y curativas de la Medicina, para extender la cobertura real, sin encarecimiento de recursos.
- 2.- La Reforma administrativa del sector Salud deberá contemplar medidas para esbaldar la reorganización asistencial y docente, dando preferencia a los servicios de fomento y protección de la Salud.
- 3.- Aumentar la cobertura y la calidad de ella, siguiendo el esquema del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; para ello es necesario el fomento del personal de Salud y crear normas para las relaciones entre los distintos establecimientos de atención médica.
- 4.- Mantener los Servicios de Salud Rural con un personal mínimo multidisciplinario; capacitado para recibir y atender pacientes propios y referidos por establecimientos de menores recursos y que pertenezcan a su región; así como poder referir pacientes seleccionados a otros establecimientos de mayores recursos.
- 5.- Mantener a nivel de todos los establecimientos, programas de actividades que cubran el fomento y protección de la salud, con los recursos necesarios para ello. Con esto se logra reducir el encamamiento en Hospitales, a casos seleccionados por personal competente.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Guatemala. Dirección General de Estadística. Censo Agropecuario 1964. Guatemala, 1968. 322 p.
- 2.- Guatemala. Dirección General de Servicios de Salud. Normas. Guatemala, 1970. 95 p.
- 3.- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Congreso Nacional de Salud, 2. Celebrado en Guatemala, del 3 al 8 de Febrero de 1973. Guatemala, 1973.
- 4.- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Planificación. Evaluación estadística, población calculada y análisis demográfico, 1971. Guatemala, 1971. 206 p.
- 5.- O.P.S. Factores ambientales que determinan el bienestar de la comunidad. Washington, 1970. 75 p. (Publicación Científica 209).
- 6.- O.P.S. Plan decenal de salud para las Américas; informe final de la III reunión especial de Ministros de Salud de las Américas. Celebrada en Santiago, Chile, del 2 al 9 de Octubre de 1972. Washington, 1973. 146 p. (Documento Oficial 118).

BR. FRANCISCO JOSE PRATDESABA BARILLAS

DR. ENIO BETANCOURT F.  
Asesor

DR. JOSE ECHEVERRIA  
Revisor

DR. JULIO DE LEON  
Director Fase III

DR. CARLOS A. BERNHARD  
Secretario

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.  
Decano