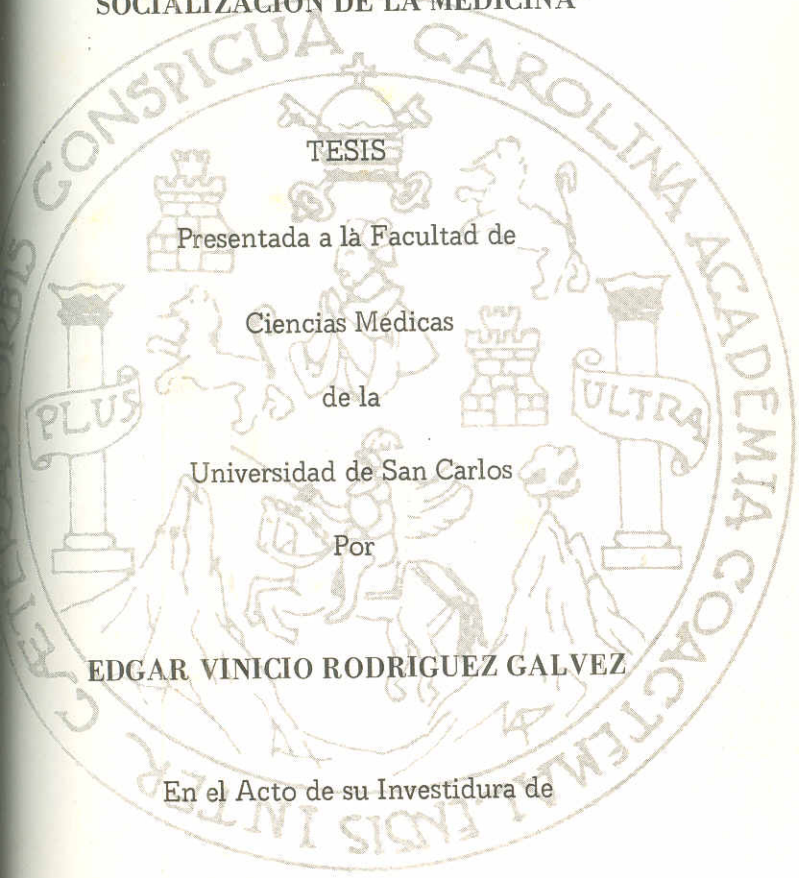
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"PROBLEMATICA DE LA SALUD EN GUATEMALA Y SOCIALIZACION DE LA MEDICINA"



TESIS

Presentada a la Facultad de

Ciencias Médicas

de la

Universidad de San Carlos

Por

EDGAR VINICIO RODRIGUEZ GALVEZ

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Mayo de 1975

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. CAPITULO I

Problemática general de la salud en Guatemala.

1.1 Observación preliminar
1.2 La población guatemalteca y el problema de salud
1.3 Desnutrición
1.4 Insuficiencia de la infraestructura y del personal de salud
1.5 Espectativa de vida al nacer
1.6 La medicina como actividad mercantilista
1.7 Posibilidad adquisitiva de la población y medicinas
1.8 Actitud del Estado
  1.8.1 Frente al problema
  1.8.2 Frente a la distribución de la medicina
  1.8.3 Frente al ejercicio de la medicina
1.9 Problema de la salud y modo de producción dominante
1.10 Solución total o el cambio estructural

III. CAPITULO II

El caso tipo: Concepción Las Minas

2.1 El Puesto de Salud
  2.1.1 Su capacidad asistencial
  2.1.2 Cobertura poblacional
  2.1.3 Actitud de la población
  2.1.4 Resumen de los principales problemas médicos
2.2 Las medicinas
  2.2.1 Forma en que llegaban las medicinas al Puesto de Salud

2.2.2 Dotación de medicinas por el Puesto de Salud
2.2.3 La medicina en los distribuidores acostumbrados en la población (farmacias)
2.3 Interpretación

IV. CAPITULO III

La socialización de la medicina

3.1 ¿Que entendemos por socialización de la medicina?
3.1.1 Sus alcances en la distribución de medicamentos
3.1.2 Sus alcances en el ejercicio de la profesión medica y similares
3.2 Posibilidades de su aplicación sin un cambio estructural dentro del capitalismo dependiente: una solución parcial
3.3 Su aplicación como consecuencia de la socialización de los medios de producción: una solución total
3.4 Factivilidad de una u otra posibilidad en Guatemala

V. CAPITULO IV

La socialización de la medicina en Guatemala: un modelo concreto.

4.1 Observación metodológica
4.2 Actitud del Estado
4.2.1 Concientización de la necesidad de la socialización de la medicina
4.2.2 Elaboración técnica del modelo operativo
4.2.3 La realización del plan operativo
4.2.4 La aplicación general de la socialización
4.2.5 La centralización de los servicios de salud
4.2.6 Incorporación de todo el sector profesional de la salud al plan
4.2.7 Modificación de la estructura administrativa gubernamental
4.2.8 Implementación de medidas colaterales a la ejecución del plan operativo
4.3 Cambio de mentalidad del profesional
4.4 Supresión de la distribución privada de medicamentos
4.5 Supresión del sistema médico mercantilista
4.6 Sistemas remunerativos de carácter estatal
4.7 Sistemas coactivos del Estado
4.8 Rotación de servicios
4.9 Recursos financieros para el plan operacional

VI. CONCLUSIONES.

VII. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

La presente tesis es fruto de mi práctica como estudiante ntacto con la realidad, que me hizo palpar crudamente la ción de salud en que vive el pueblo y la inoperancia del l sistema de salud para enfrentarlo.

Esta realidad me llevó a determinar que el problema de tiene su honda raíz en poderosos factores de carácter ómico y no en aspectos formales de carácter educacional o nfraestructura física como comunmente se hace creer. El lema de salud, actualmente no es más que la consecuencia de istencia de un modo de producción capitalista dependiente cual acciona el Estado en defensa de los intereses de los eños grupos que se benefician con dicho modo de ucción en detrimento de las clases trabajadoras y por ello es se manifiesta el problema de salud en Guatemala con sus les características.

Partiendo de esta base, he llegado a la conclusión de que oblema de salud actual en Guatemala sólo se solucionará con cialización de los medios de producción, y con una actitud nta del Estado; sin embargo, las actuales condiciones de la ación en materia de salud, me han llevado a optar por un elo concreto de socialización de la medicina dentro del l sistema como un paliativo, dando por sentado que ricamente el arribo del modo de producción socialista se e retrasar, pero tarde o temprano llegará.

De lo expuesto, se puede inferir, que los planteamientos aquí hago, escapan a la concepción tradicional de la medicina o una práctica privada de carácter mercantil, es más, atentan ra la misma. Esto se debe a que después de conocer de cerca alidad del pueblo, sería un inconsecuente en plantear como el problema de la parasitología, o cualquier problema

médico de caracter profesional y técnico sólo para salir de este último requisito.

PROBLEMATICA GENERAL DE LA SALUD EN GUATEMALA.

1.1 Observación preliminar.

Al problema de la salud en Guatemala trataremos de evidenciarlo haciendo referencia fundamentalmente al elemento mayoritario que integra la población guatemalteca, que es conocido con el nombre genérico de sector popular, clase popular, o clase trabajadora (en general), ya que sobre este elemento incide negativamente todas aquellas deficiencias que se encuentran en el servicio de salud, y solo tomando en cuenta al sector poblacional mayoritario es posible evidenciar la magnitud del problema; en consecuencia, haremos poca referencia a los elementos que de la población se conocen con los nombres de clase media o pequeña burguesía y clase rica o burguesía.

Los datos e interpretaciones que a continuación damos de ningún modo pretenden abarcar la complejidad del problema, tan solo son elementos referenciales para tratar de hacer resaltar que en Guatemala hay un serio problema en relación a la salud, que este incide desfavorablemente en la mayoría de la población, o sea la clase popular, especialmente en la clase popular que vive en el campo.

1.2 La población guatemalteca y el problema de salud.

Daremos algunos datos generales sobre la población de nuestro país, tratando de determinar algunas características de la misma, con el objeto de que sirvan de base a nuestras interpretaciones. Necesario es señalar que no podremos dar ningún porcentaje en relación a las cantidades poblacionales que integran las clases sociales, ya que esto no se ha hecho en nuestro país debido a lo difícil que es su determinación.

Según los resultados del censo del año de 1973 (1), la población total guatemalteca es de 5,160,255, comprendiéndose en esta cantidad a ambos sexos.

De acuerdo con los resultados de dicho censo, casi hay una paridad entre el número de población masculina y el número de población femenina, ya que el total de hombres es de 2,589,281 y el de mujeres 2,570,974, lo que nos da un 50.18o/o y 49.82o/o respectivamente; de la población total, solo 1797,647 personas son alfabetas, o sea un 34.83o/o y a contrario sensu, el 65.17o/o de la población es analfabeta.

El número de población que racialmente se puede calificar como indígena es de 2,260,023, o sea más del 40o/o (43.79o/o).

De la población total, la porción pre-escolar, o sea la que es menor de 7 años asciende a 1,198,434 niños, o sea un 23.22o/o; de 7 a 9 años de edad 449,689, según el censo, lo que significa un 8.71o/o; de 10 a 17 años son 1,019,807, o sea un 19.76o/o; y de 18 años y más 2,492,325 (48.29o/o).

La población económicamente activa asciende a un número de 1,545,665 habitantes o sea, un 29.95o/o (2). Por el contrario la población económicamente inactiva asciende a 3,614,690, o sea el 70.05o/o.

Finalmente, hay que señalar que la población urbana está compuesta por un 30.1o/o y la población rural por el 69.9o/o (3). Estos porcentajes traducidos a cantidades exactas nos dan los siguientes resultados: población rural 3,607,018 y población urbana 1,553,237.

(1) Primeros 32 números del Informador Estadístico. Publicación semanal de la Dirección General de Estadística.

(2) El censo para determinar la población económicamente activa, toma en cuenta a todas aquellas personas de 10 y más años de edad.

(3) Indicadores demográficos, sociales y económicos de la publicación: Las Sociedades Centroamericanas actuales, de la conferencia sobre la familia, la infancia y la pubertad de Centro América y Panamá.

Siendo paritaria la población femenina a la masculina, dada la tendencia que se constata en nuestra sociedad de que es el sector poblacional masculino quien desarrolla una actividad económicamente estable, o sea el que integra la población realmente ocupada económicamente, resulta que la población femenina, con las excepciones que se suelen presentar tiene menor posibilidad de ser atendida por accidentes comúnes por el Seguro Social, así como a enfermedad y protección relativa a invalidez y vejez ya que estos son partes fundamentales de los tres programas que orientan los servicios del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. A pesar de que la maternidad está dirigida a la esposa o compañera del trabajador afiliado, este servicio tiene preponderancia casi exclusiva en la ciudad capital, con lo que se descarta, independientemente de la consideración de cuál es el porcentaje de trabajadores afiliados al I.G.S.S en la capital, a un grueso número de la población femenina que son las esposas o compañeras de los trabajadores en general.

El hecho de que el 65.20o/o de la población sea analfabeta (apesar de que en este porcentaje se incluyen los menores de siete o sea un 23.22o/o) nos indica que hay un desface entre las actividades preventivas y orientadoras de salud que dirigen las instituciones del Estado y el grado de receptibilidad de la población, ya que normalmente se tienen como alfabetas a personas que leen o escriben medianamente, y la cifra de quienes no lo hacen ni siquiera medianamente es superior al 50o/o de la población total. Si a esto se agrega que el 40o/o es indígena, o sea, personas que hablan un idioma distinto al castellano y que a pesar de ser bilingües, es decir de hablar el castellano y su lengua son analfabetas, el problema se complica aún más ya que el mayor grado de receptibilidad de este grueso sector poblacional se encuentra frente a los mensajes orales que se les dirije en su propia lengua. Naturalmente, esta realidad evidencia que el sistema acostumbrado de receta, prospectos y literatura médica, nomenclatura médica etc. que se usa es de escasa comprensión por el sector a que aludimos, lo que hace que se den abusos y aprovechamientos indebidos de sus necesidades.

El hecho de que la población pre-escolar, practicamente la integra una cuarta parte de la población total (23.22o/o), nos indica que algunas enfermedades, como la desnutrición y sus complicaciones, cuyo origen, a nuestro juicio se encuentran básicamente en la estructura económica de la sociedad, tienden a tener envergadura alarmante, ya que las mismas en razón del catabolismo, agotan las reservas y agravan el ya deficiente estado nutricional.

Por otro lado, el extraordinario porcentaje que integra la población pre-escolar evidencia que esta población depende en cuanto la prevención de salud, la consulta y tratamiento médico de la población adulta, es decir que dependen de sus padres. Y de acuerdo a lo visto anteriormente, la población adulta se caracteriza por un fuerte grado de analfabetismo y de un mucho mayor grado de deficiencias educativas y culturales, (occidentales) lo que impide —logicamente— que las actividades señaladas se den en una forma adecuada. Esta población infantil, plantea a las instituciones estatales relacionadas con la salud del pueblo un trabajo extensivo a la misma que se caracterice por su eficiencia preventiva.

El hecho de que más del 50o/o de la población sea menor de 18 años, nos indica que el peso de la mantención de la mayoría de la población depende de un número reducido (menor de la tercera parte como lo demuestra el número de población económicamente activa) (4), con lo que la atención médica a la poblacón que trabaja debería tener una prioridad muy grande por parte del Estado, cosa que no sucede.

El hecho de que solo el 30o/o de la población sea urbana denota que ha habido un desordenado crecimiento de la infraestructura de salud, ya que los mejores servicios de salud se dan en los centros urbanos y no en el campo donde se encuentra un 70o/o de la población. De acuerdo a las cifras del propio censo debería de darse el proceso de infraestructura médica a la inversa de como se ha dado. Sin embargo, al estar concentrada en las ciudades las fracciones de la burguesía y ser éstas verdaderos polos de explotación, así como sede de las fracciones pequeño-bueguesas, lo mejor de la infraestructura salubrista está en los centros urbanos.

(4) Ignoramos si el grueso de la población económicamente activa señalada por el censo sea "realmente ocupada" a pesar de que aparentemente —según lo especificado por el boletín si lo es.

1.3 Desnutrición.

Es un problema de gran envergadura ya que está condicionado por factores dependientes basicamente del modo de producción dominante en la formación social del país, el cual puede calificarse como capitalista dependiente; o sea que esta entidad nosológica gira alrededor del factor económico en forma predominante, ya que el sistema que orienta el modo de producción dominante permite que un pequeño sector de nuestra sociedad sea el dueño de los medios de producción, es decir los objetos y medios de trabajo, dejandole al grueso de nuestra población, el sector popular, basicamente su fuerza de trabajo, para agenciarse sus condiciones de vida materiales.

Ligado al factor económico están otros factores que en mayor o menor grado son consecuencia de éste (educacionales, culturales, relaciones sociales, físicos, salubristas etc.) La tenencia de los medios de producción determina que el sector poblacional mayormente afectado por la desnutrición sea el de la clase trabajadora del campo y de ésta la comprendida en edad pre-escolar, como lo demuestran una serie de investigaciones realizadas por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), especialmente el que incluye grupos de niños de la ciudad capital y del área rural en el cual se tomaron patrones tales como: estado socioeconómico, talla para edad, porcentaje de peso para talla, proteínas séricas, albúmina como porcentaje de proteínas totales, y el índice de creatinina/talla. En esta investigación se evidenció que la talla para la edad, el porcentaje de peso para talla, así como el estado socioeconómico,

están disminuídos en grado variable, y las proteínas y sus relaciones se mantienen dentro de límites normales, en los niños del área rural, es decir que en este grupo aparentemente sano se logró evidenciar que estan afectados por una desnutrición crónica; en los niños del grupo de la ciudad capital cabían dentro de lo normal, según lo establecido por los patrones. (5) Esta serie de investigaciones han arrojado resultados verdaderamente alarmantes en relación a la población total menor de 5 años, ya que de 833,400 niños existentes en los años de 1965 al 1967, se encontró que 611,660 o sea un 73.4o/o presentan algún grado de desnutrición, (6) o sea que las tres cuartas partes de la poblacón en edad preéscolar se encontraban padeciendo alguno de los tres grados de la desnutrición. Los efectos de este estado de carencia nutricional son variados; sin embargo, es importante señalar, según estudios realizados, que una de las consecuencias más severas se manifiesta en la cantidad de defunciones por complicaciones que acarrea este mismo estado nutricional, dando las siguientes tasas de mortalidad: en grupos menores de un año 91.8 y de uno a cuatro años 32.1 (7), esto ayuda a comprender que la tasa de mortalidad infantil sea de 90 x 1000 (8), lo que significa que la mortalidad de niños menores de cinco años constituye la mitad de las defunciones generales del país. (9) Puede señalarse además que los niños desnutridos que no fallecen quedan afectados con secuelas permanentes en su crecimiento y desarrollo físico, así como con alteraciones irreversibles en las funciones y desarrollo mental, ya que el sistema nervioso central es vulnerable a sufrir afecciones de esta índole y sus

(5) Viteri F, Alvarado J; Béhar M. El Problema de la Desnutrición Proteínico-calórica en el Istmo centroamericano. Análisis del cuadro Número 4, pág. 189.

(6) Ibid, cuadro número uno. Pág. 138.

(7) Ibid, cuadro número cuatro Pág. 145.

(8) Entre los factores que inciden para que dichas tasas se mantengan altas, se encuentran: atención materno-infantil inadecuada, deficiencias de sanidad ambiental y enfermedades propias de la infancia (gastroenterocolítis, bronconeumonía, sarampión difteria, influenza y por la misma desnutrición). Como se encuentra especificado en Las Sociedades Centroamericanas Actuales, op. cit. pág. 131.

(9) Retana). y De León J.R. La situación nutricional del Niño en Guatemala. Pág. 5

repercuciones están condicionadas al tiempo de exposición en el período de crecimiento y diferenciación del mismo. (10).

Pero, como indicamos, la desnutrición no afecta sólo a la población infantil sino a todo el grupo social: la clase trabajadora. Así se puede encontrar una población adulta desnutrida, compuesta por hombres y mujeres. Respecto a estas su poco acceso a los alimentos las mantiene en un estado nutricional deficiente, conocido como desnutrición crónica del adulto, ésta se agrava con el embarazo, en el cual los requerimientos calóricos aumentan, resultando una mala nutrición fetal, lo que conlleva a un producto desnutrido que se va a enfrentar a la hora del nacimiento ante aportes proteínico-calóricos insuficientes y a la contaminación del ambiente, siendo suceptible a todo tipo de infecciones y diarreas que disminuyen aun más las calorías y proteínas, así como la absorción de nutrientes, (11) quedándole en este punto las dos consecuencias descritas anteriormente: la muerte o las secuelas.

La desnutrición no se debe a factores casuales o al medio ambiente; su origen se puede determinar en la estructura económica de la formación social donde la clase popular, al no contar con medios de producción, tiene baja productividad, lo que redunda en una imposibilidad de tener ingresos suficientes; esto no les permite contar con reservas o excedentes económicos, lo que se traduce en una educación deficiente o ausente y en una adquisición y distribución deficientes de los alimentos en el seno familiar, produciéndose –lógicamente– la desnutrición, (en el adulto y el niño) la cual disminuye la actividad física, la que también incide en la baja productividad ya existente.

(10) Gravioto J. y Licardie E., Desnutrición y Rendimiento Mental en los niños Pág. 32.

(11) Viteri F., Alvarado, Béhar M., op. cit. pág. 144.

1.4 Insuficiencia de la infraestructura y del personal de salud.

Si hacemos un recorrido retrospectivo a través de la historia del país en lo que a salud se refiere, nos percatamos que hay dos acontecimientos sobresalientes, en lo que va del siglo; éstos se originan basicamente a raíz de la revolución del cuarenta y cuatro: El surgimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) como tal, y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

Estas dos organizaciones, si bien han contribuído en alguna forma en los problemas de salubridad del país, tal contribución no ha sido en la intensidad y eficiencia que es de desearse, de acuerdo con las necesidades que así lo demandan. Las prestaciones que han venido realizando ambas son deficientes, como lo veremos a continuación: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social surge como tal y con funciones ya individualizadas e independientes de otro ministerio, el 25 de Abril de 1945, por creación del Decreto 93 del Congreso de la República pues algunas de sus importantes funciones en años anteriores a los regímenes de gobierno, las tenían encomendadas a la Dirección de Sanidad Pública adscrita al Ministerio de Gobernación y Justicia (12). Al funcionar como un Ministerio independiente, al MSPAS, se le confieren obligaciones explícitas de las cuales las principales señalan: 1o. La dirección, organización y funcionamiento de los servicios de higiene y asistencia de la República. 2o. Estudiar, investigar y organizar lo que pueda contribuir al progreso y mejora de las instituciones de higiene pública. 3o. Proceder a las investigaciones para establecer las condiciones de salud de las poblaciones, de los establecimientos públicos y privados, como escuelas, colegios (13). Si bién se les confirió el dar y mantener la salud del pueblo,

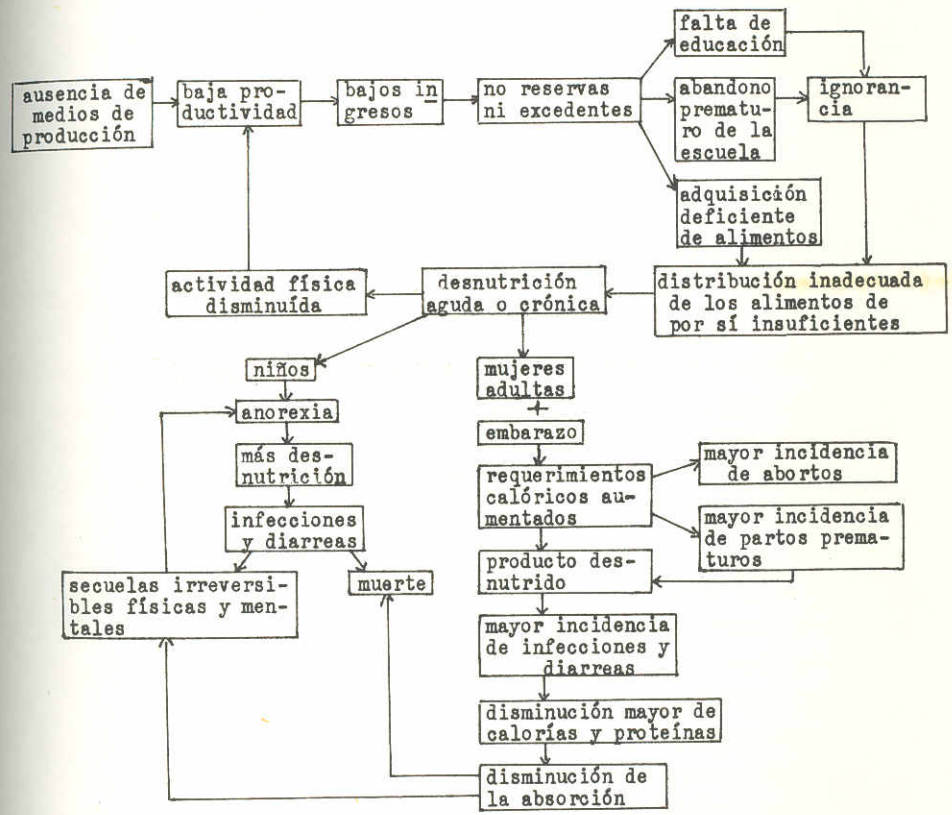
(12) Esto se encuentra contemplado en el Decreto Gubernativo 1877 del 7 de Septiembre de 1936.

(13) Estas obligaciones se encuentran explícitas en el artículo 22 del Decreto 93 del Congreso de la República.

El proceso de la desnutrición lo podemos apreciar gráficamente con sus principales implicaciones en la siguiente gráfica:

GRAFICA Nº 1

PROCESO DE LA DESNUTRICION EN EL PAIS.



vemos que en el transcurso de los treinta años de existencia de dicho Ministerio, no se ha planteado una solución que abarque en su totalidad a la problemática de la salud en nuestro medio, es decir, que ha subsistido en forma por demás bastante indiferente a los problemas salubristas, lo que se explica en función de que los gobiernos se han ocupado en mantener el modo de producción capitalista dependiente, o sea, han sido gobiernos mantenedores del Statu quo del sistema.

Si analizamos sus recursos físicos encontramos que en la actualidad cuenta con los siguientes:

CUADRO No. 2

CAPACIDAD INSTALADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PAIS EN 1975

Hospitales:	27	En el área metropolitana:	2
Servicios especializados:	13	En el área metropolitana:	9
Centros de Salud:	85	con maternidad anexa:	6
Puestos de Salud:	370		
Unidades móviles:	26		
P. vac. en terminal aérea:	1		
Total de Servicios	522		

FUENTE (14)

Si estos datos se comparan con los recursos existentes a principios de 1972 (cuadro No. 3), se puede apreciar el notable incremento de 207 unidades, lo que representado en porcentaje equivale 127o/o; en los centros de Salud hubo un incremento de 13 unidades, lo que representa un 18o/o. Aparentemente, con la gran cantidad de recursos físicos, cabría pensarse que se está beneficiando a gran porcentaje de la población, pero si comparamos estos datos con los recursos

(14) Lista de servicios de salud de la República, DGSS para el año 1975.

humanos (ver cuadro 4 y 5), vemos que el panorama cambia ya que tomando al grupo de médicos que son en total 781, de éstos, 56 forman parte del nivel técnico normativo, quedando 725 de personal aplicativo, es decir, que prestan sus servicios médicos; de estos últimos, 505 se encuentran desempeñando sus labores en el área metropolitana, restando para lo demás del país 220 médicos de los cuales la mayoría presta sus servicios en los hospitales departamentales, aproximadamente 109; o sea que para cubrir los 370 Puestos de Salud y los 85 Centros de Salud dejan aproximadamente 161 médicos y la mitad de los practicantes del último año de la carrera de medicina ya que éstos rotan por el área rural cada seis meses. Lo que indica que hay una cobertura de atención médica permanente en relación a los recursos físicos de aproximadamente el 55o/o. El 45o/o restante debería ser cubierto por los médicos de las unidades móviles que además deben supervisar a los practicantes, es decir, que prácticamente estos servicios se encuentran carentes de atención médica.

Cabe agregar el hecho que del total de médicos, 781 que laboran con el MPSyAS, en relación con la población total del país, constituyen un índice de 1.31 médicos por cada 10,000 habitantes, lo que refleja la insuficiencia de esta parte de los recursos humanos para brindar una atención médica adecuada a la población en general.

Si consideramos por otro lado que la mayor parte de los servicios adolecen de material y equipos básicos para brindar una atención médica adecuada, esto es válido no sólo para los Puestos y Centros de Salud, sino también para la mayoría de hospitales departamentales, hecho que sumado a la deficiencia cuantitativa del personal básico, médico, viene a explicar la inoperancia de estos servicios en el interior del país y la gran migración de pacientes hacia los hospitales citadinos, los cuales de por sí ya son insuficientes para la cobertura poblacional del área que les corresponde. Hecho que agrava la situación salubrista y pone de manifiesto la insuficiencia de los servicios en el interior del país.

Si analizamos la situación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), vemos que esta institución empieza a laborar a partir del 30 de Octubre de 1946, según el Decreto 295 del Congreso de la República y amparada por el artículo 141 de la Constitución de la República. Esta institución surge con la finalidad de aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala un régimen nacional, unitario y obligatorio de Seguridad Social (15). Para lo cual otorga las prestaciones siguientes: Protección relativa a accidentes en general (de trabajo y comunes), protección relativa a enfermedad y maternidad (funciona exclusivamente en el departamento de Guatemala), protección relativa a invalidez, vejez y sobrevivencia (16). Para tal propósito cuenta en la actualidad con los servicios médico-hospitalarios siguientes: 489 médicos y 79 servicios (ver cuadros 4 y 6), para cubrir una población, hasta 1973 (17), de 468,863 afiliados, de los cuales 219,758 radican en el área urbana, que representan el 46.87o/o del número global de afiliados; es decir, que sólo este porcentaje de afiliados recibe el total de las prestaciones y por el contrario el 53.13o/o, o sean los 249,105 afiliados que radican en el área rural, prácticamente quedan marginados de toda atención ya que únicamente se les brinda la protección relativa a accidentes; y si analizamos la situación de los afiliados que trabajan en la zona del altiplano, que dado su tipo de trabajo, lo realizan casi exclusivamente con las manos, sin usar ningún instrumento, vemos entonces que los accidentes laborales son poco frecuentes siendo la enfermedad común la imperante en dicha área (18), así como en el resto del país, y cuya atención sólo se otorga en el área del municipio de Guatemala.

(15) Seguridad Social es una fórmula de previción ideada para satisfacer las necesidades del hombre impedido de trabajar, sea por accidente, paro forzoso, enfermedad o vejez.

(16) Resumen del Informe de Labores 1973 IGSS, pág. 3.

(17) En éste año hubo una inscripción masiva de trabajadores afiliados, la cual fue de 153,949 inscripciones en toda la república. Ibid. pag. 17.

(18) Arita F.J., Diagnóstico socio-económico de un hospital de área de la República de Guatemala. pag. 33.

Es así como el IGSS, contando con 958 afiliados por cada médico, no puede llevar a sus afiliados la "Seguridad Social" que propugna.

Si ahora hacemos una comparación entre el MSPAS y el IGSS, en relación a sus presupuestos y la cobertura poblacional de las mismas organizaciones, notamos que hay una gran disparidad en las mismas, según se expresa en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 7 (19)

MONTO PRESUPUESTARIO EN MILLONES DE QUETZALES Y DEMANDA POTENCIAL RESPECTIVA AL AÑO, DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.

SALUD PUBLICA			IGSS		
Año	Presupuesto millones Q.	Cobertura	Año	Presupuesto millones Q.	Cobertura
73	22.57	5,160,255 habitantes	73	26.47	468,863 afiliados
74	23.45	en aumento	74	29.91	en aumento

Podemos agregar que el sector salud en el presupuesto de egresos de la Nación alcanza para proporcionar un total de 3.50 a 4.00 Q. pér cápita al año, lo que significa poco más de un centavo de quetzal para cada habitante por día (20). Por su parte el IGSS alcanza un total de Q 63.75 pér cápita al año, lo que representa un poco más del 17 centavos por afiliado cada día. De esto se puede inferir que también existe un déficit económico por parte de ambas instituciones para poder realizar sus funciones adecuadamente, ya que la mayor parte de los presupuestos —lógicamente— lo absorve el pago de personal.

(19) Diagnóstico de la situación de salud 1973, DGSS.

(20) Sánchez A. El modo de producción de médicos en una sociedad dependiente. pág. 24.

Hemos analizado estas dos organizaciones de salud por ser las principales del país, pero no son las únicas, ya que en la República se han detectado alrededor de 210 organismos que llevan a cabo alguna acción de salud no coordinada (21); sin embargo, entre estos están todos los hospitales y casas de salud privadas que se encuentran principalmente en las áreas urbanas por lo que no puede hacerse referencia a ellos, en relación a toda la población, porque la mayor parte son centros para la burguesía y pequeña burguesía.

De lo anteriormente expuesto se puede asumir que: las organizaciones del país que laboran en el área de la salud, lo hacen en forma poco adecuada y a la vez son insuficientes en sí. Que mientras no exista una debida integración y centralización de las mismas, se continuará desperdiciando recursos económicos, físicos y humanos, que seguirán repercutiendo y agravando la salud del pueblo, y que por mucho que se haga, si el nivel de ingresos de la población sigue siendo insuficiente para la misma subsistencia, no habrá infraestructura salubrista lo suficientemente vasta para solucionar el problema, manteniendo así la contradicción de la atención médica de clases.

Queremos agregar en este punto el hecho no menos significativo del crecimiento demográfico, ya que si en la actualidad son insuficientes los servicios médicos que se prestan, entonces si agregamos que la población guatemalteca tiene una tasa de crecimiento anual de 2.5, vemos que la situación general de la salud se continuará agravando, ya que es un hecho conocido que el MSPAS desde el año de 1973 no ha creado nuevas plazas para el personal médico. Sin embargo, el problema no se soluciona con políticas de planificación familiar en un país donde los recursos naturales y productivos son potencialmente suficientes para una población diez veces mayor; el problema se soluciona con un cambio en la estructura económica que

(21) Luna A.R. Del por que del cambio en la Facultad de Ciencias Médicas. pág. 6.

sustituya la tenencia de los medios de producción de su actual característica individual, a una característica social, lo que obviamente cambiará el actual modo de producción. Aprovechemos la oportunidad para señalar que los políticos de planificación familiar, pretenden únicamente relajar la tensión social y de ahí tanta denuncia que se ha hecho de la aplicación compulsiva en el interior de los métodos anticoncepcionales.

CUADRO No. 3 (21 a.)

RECURSOS FISICOS DE SALUD A PRINCIPIOS DEL AÑO 1972 DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA Y SU RELACION CON LA POBLACION

Región	Población	Hospitales	Centros de salud	Puestos de salud	Total
1	1,563,102	24	12	32	68
2	915,047	7	24	30	61
3	549,929	2	7	22	31
4	728,698	5	17	37	59
5	1,625,985	8	12	42	62
Total:	5,382,761	46	72	163	281

(21 a.) López Víctor M. Elementos fundamentales para el desaroolo de la salud en Guatemala. Pág. 36.

CUADRO No. 4

REPUBLICA DE GUATEMALA RECURSOS DE PERSONAL SECTOR SALUD AÑO: 1973.

Personal	Personal Aplicativo	Personal Administrativo	Total del M.S.P. y A.S.	Indice X 10,000	I.G.S.S.	Total República	Indice X 10,000
Médico	725	56	781	1.31.33	489	1270	2.20
Odontólogo	81	3	84	0.15	31	115	0.20
Practicantes	263	———	263	0.46	0	263	0.46
Enfermeras	450	47	497	0.86	256	753	1.30
Aux. de Enfermería	4747	0	2747	4.78	1007	3754	6.52
Insp. Saneamiento	158	10	168	0.29	0	168	0.30
Laboratoristas	231	———	231	0.40	81	312	0.54
Personal de Rayos X	80	———	80	0.14	38	118	0.20
Nutricionistas	10	———	10	0.02	2	12	0.02
Estadígrafos	23	———	23	0.04	15	38	0.06
Trabajador Social	70	———	70	0.12	54	124	0.21
Farmaceutico	14	———	14	0.02	12	26	0.04
Resto de Personal	3053	897	3950	6.87	1162	5112	8.89
Total	9905	1013	8918	15.51	3147	12065	20.98

Fuente: Datos de Referencia.
Plan Nacional de Salud.
Reportes Institucionales.

CUADRO No. 5 (21 b.)

PERSONAL QUE LABORA CON SALUD PUBLICA (AREA METROPOLITANA).

médicos	505	laboratoristas	143
odontólogos	50	técnicos en Rx.	50
EPS	118	nutricionistas	6
enfermeras	311	estadígrafos	4
auxiliares	1463	farmacéuticos	7
inspec. saneam.	60	trabaj. sociales	47
resto personal	2526		
total	5290		

CUADRO No. 6 (21 c.)

SERVICIOS MEDICO HOSPITALARIOS IGSS

Servicio	Número de unidades	Número de camas
total:	79	2276
servicios propios	69	2169
hospitales	25	2027
consultorios	15	62
puestos de primeros auxilios	29	80
servicios contratados	10	107
salas hospitalarias	10	107

(21 b) Diagnóstico de la situación de salud año 1973. DGSS, MSPAS.

(21 c.) Resumen del informe de labores 1973. IGSS, pág. 6.

1.5 Espectativa de vida al nacer.

Como es sabido la espectativa de vida de una población está directamente vinculada con la mortalidad de la misma. Entonces podemos apreciar que en nuestro medio la mortalidad general continúa siendo alta, debido como ya señalamos a la falta de ingresos de los habitantes, a la insuficiencia de los servicios médicos en general y a la inadecuada operancia de los programas de prevención de enfermedades erradicables. Como consecuencia, tenemos que en Guatemala la esperanza o espectativa de vida continúe en cifras bajas, siendo estas de 50 años para los hombres y 52 años para las mujeres (22).

Esta espectativa de vida al nacer es el índice más real de nuestro grado de atraso y dependencia ya que evidencia las pésimas condiciones de salud del pueblo, que radican básicamente en la forma en que está estructurada nuestra economía (una economía individualista, para la explotación del hombre por el hombre). La espectativa de vida al nacer no hace más que evidenciar cual es la situación de los explotados.

1.6 La medicina como actividad mercantilista.

En vista de que nuestro modo de vida está regido por el sistema capitalista, nuestros problemas de salud detectados a través de nuestra morbi-mortalidad son una de las características del capitalismo dependiente en que vivimos. (23) El sistema capitalista, al concentrar en manos privadas los medios de producción, genera una serie de necesidades sociales, con lo cual obliga a las personas a comprar individualmente los medios para satisfacer dichas necesidades (24), y es así como aparece la iniciativa privada, la cual después de haber dado origen a las

(22) Population Reference Bureau Inc.

(23) Gaete J., Castañón R. El desarrollo de las instituciones de atención médica en Chile durante este siglo. pag. 1

(24) Ibid. pág. 2

necesidades viene a explotarlas, proporcionando los medios de satisfacción de necesidades en un mercado en la forma que le resulten más rentables, por lo que no toma en cuenta las necesidades de carácter colectivo. Dentro de este mercado aparece el médico, quien se ha apropiado de un medio de producción que es el conocimiento, el cual lo vende como mercancía, en vez de compartirlo con la población a la cual pertenece, ya que ésta sostiene y mantiene los gastos del sistema educativo nacional.

Por otro lado el sistema capitalista va creando una serie de necesidades "artificiales" dentro de diferentes sectores de la población, que incluyen al gremio médico, (con patrones de vida norteamericanos y europeos por su condición pequeño burguesa) haciendo que se acentúe el valor de cambio de la mercancía del médico y que se pierda el valor de uso de la misma (26); o sea, que la atención médica prestada no responde a las necesidades populares del país, sino que busca únicamente la realización de las necesidades personales que se obtienen a través del cambio de la mercancía (servicios profesionales).

Debido a la forma en que opera el sistema capitalista vemos que surgen grupos de población bien caracterizados, teniendo en los extremos, por un lado un grupo pequeño de poseedores, la burguesía, y por el otro los desposeídos, explotados, conocido como clase trabajadora, que por sus mismas condiciones de pobreza y miseria presentan una mayor incidencia de enfermedades,. Siguiendo con los lineamientos del sistema capitalista, este gran sector poblacional queda marginado ya que desde el punto de vista económico no es rentable para la actividad profesional mercantilista de la medicina, y si llegara a recibir alguna atención ésta, cualitativamente es inferior a la que se da en otros grupos sociles que pueden pagar bien este servicio (27).

(26) Ibid. pág. 3

(27) Ibid. Pág. 4

Un hecho evidente que confirma la poca rentabilidad de la clase trabajadora, es el que se observa en la distribución geográfica del gremio médico que tiende a radicarse en el área metropolitana y otras cabeceras departamentales importantes (ver cuadro No. 8). El factor que determina o influye preponderantemente en esta concentración del profesional médico en las áreas señaladas, es el de obtener un mayor ingreso, ya que el guatemalteco promedio tiene un ingreso pér cápita de aproximadamente 400.00 Q. al año en los centros urbanos y en el área rural el ingreso promedio al año es de 80.00 Q., lo que permite que en los centros urbanos se puedan comprar los servicios médicos, al contrario de lo que sucede en el área rural, ya que los ingresos quedan limitados aún para cubrir las necesidades básicas (28).

Mientras el servicio profesional de la medicina siga teniendo las características de una mercancía, sujeta a la ley de oferta y demanda, se seguirá manifestando el problema como se da en la actualidad: las grandes mayorías del país tienen poco acceso a servicios médicos y los profesionales de la medicina estarán concentrados en el área metropolitana buscando elegantes formas de vida.

(28) Sánchez A. op. cit. pág. 24.

CUADRO No. 8 (29)

DISTRIBUCION DE MEDICOS EN LA REPUBLICA DE GUATEMALA POR DEPARTAMENTO. 1974

		No. habit.	habit. por méd.
Alta Verapaz	9	276,370	30,707
Baja Verapaz	3	106,909	35,636
Chimaltenango	7	193,557	26,222
Chiquimula	14	158,146	11,295
El Progreso	3	73,176	24,392
Escuintla	33	300,140	9,095
Guatemala	1,157	1,127,845	974
Huehuetenango	13	368,807	28,368
Izabal	20	170,864	8,543
Jalapa	7	118,103	16,872
Jutiapa	10	231,005	23,101
Petén	7	64,503	9,215
Quezaltenango	48	311,613	6,492
El Quiché	6	300,641	50,107
Retalhuleu	14	133,993	95,709
Sacatepéquez	19	99,710	5,248
San Marcos	17	388,100	22,829
Santa Rosa	6	176,198	29,366
Sololá	4	126,884	31,721
Suchitepéquez	19	212,017	11,158
Totonicapán	4	166,622	41,656
Zacapa	10	106,726	10,673
	1,430		

(29) Boletín informativo, Colegio de Médicos y Cirujanos. pág. 3. Estos datos son válidos hasta el mes de Agosto de 1974. Además de los médicos que radican en el país, hay 247 que se encuentran en el extranjero.

1.7 Posibilidad adquisitiva de la población y medicinas.

Como se hizo referencia en el punto anterior, los niveles económicos de la población son sumamente bajos, sobre todo en el área rural, donde existe un ingreso pér cápita menor de Q.7.00. por mes; partiendo de esta base podemos deducir, que si los ingresos son insuficientes para llenar las necesidades básicas, lo son también para cubrir otras necesidades ingentes en el problema de la salud, nos referimos, no a los servicios médicos, sino a la adquisición de los medicamentos en los expendios populares, farmacias, etc.

El Estado, no teniendo un control sobre la distribución y venta de las medicinas, permite que se realicen una serie de injusticias sociales respecto a su adquisición por el pueblo, como son: El aprovechamiento de los farmacéuticos con la gente ignorante, que no teniendo como pagar una consulta médica, consultan a dichos farmacéuticos y éstos les prescriben no sólo medicamentos impropios, en un afán de deshacerse de las medicinas proximas a vencerse, sino que en no pocos casos venden muestras médicas, de lo cual la gente todavía queda agradecida creyendo haber logrado un ahorro indirecto, (la consulta médica), ignorando que la adquisición lograda no le beneficiará en lo absoluto y, lo que es peor, que dicha adquisición puede contribuir aún más al deterioro de la salud perdida.

Por otro lado tenemos la paradoja incontroversible del desmedido aumento del costo de las medicinas en las farmacias del área rural respecto a las del área urbana, en la cual también se encuentran aumentados los precios. A esto hay que agregar el hecho real de que el Estado permite la propaganda y venta inescrupulosa de productos "populares" los cuales entran al país y son consumidos por la población sin ningún control de calidad cualitativo y cuantitativo desde el punto de vista químico y biológico.

Estos hechos seguirán contribuyendo en forma abrupta en el "desarrollo de la salud del país" a no ser que el Estado tome las medidas pertinentes en la distribución y venta de las medicinas y, de ser posible, intervenir en la elaboración de las mismas. Pero esta intervención en la distribución debe ser clara en eliminar al "intermediario" o sea la persona que se haya entre las agencias de las casas productoras y el consumidor, obviando la ley de la oferta y la demanda en la adquisición de medicinas de la población y tratando de que al servicio médico que pueda brindar el Estado, vaya acompañado de la adquisición de medicamentos.

1.8 Actitud del Estado.

Para explicarse la actitud del Estado frente al problema de la salud, es necesario hacer una referencia un tanto general sobre el papel del Estado en nuestro país.

Científicamente se puede demostrar que en toda sociedad donde hay clases sociales, el Estado juega un papel a favor de una de esas clases. Es más, en todas partes del mundo, el Estado ha surgido en el momento histórico en que surgen las clases sociales, entendiendo por tales a los grupos sociales con intereses contrarios e irreconciliables. O sea, que el Estado no es un árbitro, ni un gran conciliador de las clases sociales, sino que ejerce un claro papel a favor de una de las clases, históricamente la clase dominante.

En Guatemala, durante su historia, también el Estado ha desempeñado el papel de instrumento de clase en contra de los sectores explotados. Así se puede concretar lo siguiente: El Estado durante la conquista y la colonia fué instrumento de conquistadores y colonos; en la independencia, fué instrumento de clase de los terratenientes y latifundistas; durante el liberalismo fue instrumendo de los cafetaleros, y a partir de la revolución del 44, de todas las fracciones de la clase burguesa (30).

(30) Un desarrollo sobre este punto se encuentra en El Proceso del subdesarrollo guatemalteco. Un ensayo de interpretación. de Danilo Rodríguez G.

Al tener este papel de protector de los intereses de clase, el Estado obviamente mantiene este papel en todos los órdenes, lo que implica que dicho papel también se reflejará en la forma en que encara el Estado el problema de la salud.

1.8.1 Frente al problema.

Es al Estado a quien corresponde brindar y mantener la salud del pueblo; al estar aquél (el Estado) comprometido con los intereses de las clases dominantes, específicamente de la burguesía, su actividad la desarrolla preferentemente para lograr la concreción de los intereses de esa burguesía, y así descuida la solución de los problemas de los sectores explotados.

Un hecho que hay que señalar claramente es el siguiente: Al pretender supuestamente, el Estado solucionar el problema de salud realmente, es obvio que entraría en contradicción con los intereses de la clase que defiende, ya que como hemos reiterado en este trabajo, el problema se soluciona realmente cuando se cambie la forma de tenencia de los medios de producción, y resulta que el Estado —actualmente— está llamado a defender esta tenencia de medios de producción porque es la que conviene a los intereses de la burguesía, quien es la que detenta dichos medios. Entonces, resulta que no es posible que el Estado pueda resolver realmente el problema, y que como solución al mismo plantee únicamente la creación de centros asistenciales de salud.

Sin embargo, esta forma de solución también la lleva en una pésima forma, pues se trata de extender los centros de salud, sin preocuparse de que los mismos puedan cumplir una mínima función médica; por ello es que en los últimos años —como ya señalamos— se aumentó el número de centros y puestos de salud, pero no el número de plazas para médicos. Esto se explica en razón de que al no ser importante para la clase dominante la solución del problema de salud que no es "su problema" sino el problema de los otros (los explotados), el Estado no se preocupa de hallar medidas adecuadas como en los casos en que si son

afectados los intereses de la clase dominante, como por ejemplo cuando se tienen problemas de exportación, que inmediatamente y en forma eficaz el Estado soluciona el problema (al que se le da carácter de nacinal, a pesar de ser un problema del sector más reducido de la población).

Esta actitud del Estado se ve agravada, con el hecho de que la creación de los recursos de salud se está haciendo en orden a lograr políticamente resultados satisfactorios de los gobiernos. Es decir, hay preocupación de aumentar la cantidad de centros y puestos de salud, la cantidad de pacientes tratados, para después hacer una gruesa campaña publicitaria indicando que el "gobierno se preocupa de su pueblo". Esta actitud no es más que la actitud demagógica de los partidos de la burguesía para mantenerse en el poder, o justificar su financiamiento mediante su presencia en una opción demagógica, sin mayores problemas y con justificaciones aparentemente razonables ante el pueblo.

Resulta, entonces, que la actitud del Estado, frente al problema es más que todo una actitud que denota que no le preocupa el problema de salud porque no afecta los intereses de la clase dominante, quien sí puede acudir a centros y médicos privados cada vez que quiera y cuentan con toda clase de enfermedades modernas que se quitan con juegos de golf, viajes al extranjero, aire de montaña, etc; los distintos problemas respecto a la asistencia del Estado siempre nos darán la misma constante.

1.8.2 Frente a la distribución de la medicina.

Siendo nuestro modo de producción dominante el capitalista dependiente, o sea un modo de producción que permite el libre juego del mercado y que aspectos tan importantes como la vivienda y la medicina sean considerados como una mercancía, o sea como un valor de cambio y no sólo como un valor de uso, resulta que la medicina está sujeta al juego del mercado, así como cualquier otro producto. De esta suerte, el Estado deja que proliferen, casi sin ningún control, los distribuidores privados de medicamentos; que es la distribución dominante en el país, es decir, la que se hace a través de las farmacias privadas. Esto da lugar a que se explote la necesidad de la medicina al máximo, en cuanto a precios, recetas inadecuadas, salida de medicamentos por vencer, venta de medicinas por abonos, tratamientos "completos" a base de vitaminas, etc.

En los últimos años el Estado ha promovido la creación de farmacias estatales, las que presentan tres serios defectos: estar concentradas en la capital, con lo que dejan al margen al grueso de la población que es campesina de poder gozar de su beneficio posible; no cuentan con un surtido amplio de medicamentos, es decir, medicamentos específicos, los cuales es necesario comprarlos en los centros de distribución privada; lo que significa que en ningún momento son competitivas de las farmacias privadas, sino que entran dentro del mismo sistema de distribución; y finalmente, tienen una mala administración en cuanto a horarios, sistemas de control, etc.

También se puede apreciar que el Estado dota de medicinas a los diferentes servicios (hospitales, centros y puestos de salud) en períodos irregulares, enviando lotes de medicinas uniformes a los mismos, es decir, no adecuados a la morbi-mortalidad de los diferentes sectores poblacionales donde radican los servicios, lo que vale decir, que incluso a nivel más elemental el Estado se despreocupa totalmente de los problemas que implica la distribución de la medicina.

1.8.3 Frente al ejercicio de la medicina.

El médico educado dentro del sistema capitalista crea una mentalidad burguesa, con la cual pretende buscar su bienestar económico y poder llenar las necesidades creadas por el sistema, es de estas circunstancias que elije para radicarse casi exclusivamente la ciudad capital. Al Estado parece no molestarle el

hecho de que en esta forma, el médico sea el director de los servicios de salud, es decir, que concentrándose el médico en la ciudad excluye al resto de la población de todo tipo de atención. Ante esto el Estado adopta una postura indiferente ya que viene a ser él el causante de dicha situación.

1.9 Problemas de salud y modo de producción dominante.

La salud es un factor determinante en el desarrollo económico, "ya que el deterioro de energía física e intelectual del individuo repercute negativamente en el desarrollo económico y social de su medio y del país, y determina un círculo vicioso formado por la enfermedad, la pobreza y la ignorancia" (31), este hecho se puede representar gráficamente y es conocido como círculo económico de la enfermedad (32). (ver cuadro No. 9).

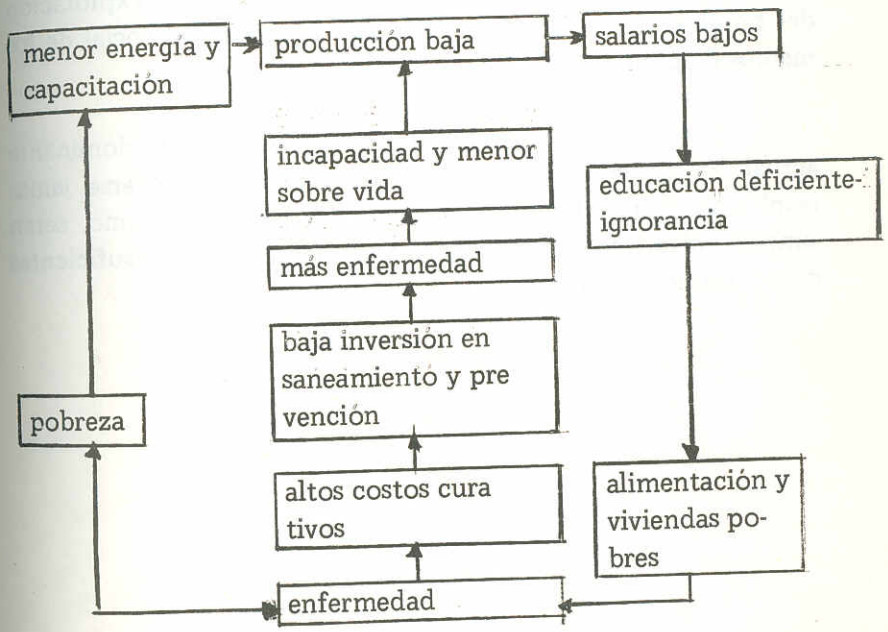
Es en esta forma como la medicina está vinculada al modo de producción dominante, controlando la parte humana, representada por la fuerza de trabajo, dentro del modo de producción. Pero el sector poblacional de la clase trabajadora, no sólo que da marginada de toda atención médica, sino que además, queda excluída del modo de producción, es decir, que al perder la salud pierde el trabajo. Es de esta circunstancia como en el sistema capitalista entran a preocuparle a la burguesía, (clase dominante) los servicios de salud, no porque le preocupe en sí la salud de la clase popular, sino más bien por lo que ésta representa, es decir, que a la burguesía lo que le interesa es reintegrar al enfermo al mercado de trabajo (33) en buenas condiciones, para poder seguirlo explotando; sin embargo, en nuestro país al haber un exceso de mano de obra y de población que puede calificarse como trabajadora, la clase dominante, a través del Estado, se preocupa en forma deficiente del problema

(31) Carte J. Castañón R. op. cit. pág. 13.
(32) Nuila E.H. Nuevos Conceptos Sociológicos en el Estudio de Los Problemas de Salud para Centroamérica. pág. 59.
(33) Gaeta J. Castañón R. op. cit. pág. 10.

de la salud, ya que tiene un contingente de reserva en cuanto a fuerza de trabajo permanentemente, sin considerar por sus mismas características y forma de vida, ésta es una población enferma.

CUADRO No. 9

CIRCULO ECONOMICO DE LA ENFERMEDAD



1.10 Solución total o el cambio estructural.

Como hemos tratado de evidenciar en los párrafos anteriores, el problema de la salud en Guatemala, es súmamente complejo, girando básicamente alrededor del factor económico. Se ha señalado también que para mejorar los niveles de desarrollo del país es necesario elevar las condiciones de salud del pueblo. Para que los programas nacionales de salud puedan tener una real significación, es necesario formen parte de un plan general de desarrollo económico social. Ahora bien, nosotros creemos que

para que estos programas sean realmente efectivos es necesario que exista un cambio radical en la estructura económica del país, que cambie el modo de producción capitalista dependiente que es el dominante, para que los medios de producción no estén concentrados en muy pocas manos y en consecuencia se de una adecuada distribución de la riqueza de Guatemala entre los sectores populares; este cambio del modo de producción obviamente tendría que plantear la eliminación de la explotación del hombre por el hombre, al buscar la propiedad social de los medios de producción.

Mientras no se cambie el modo de producción dominante actual los programas de salud que puedan promoverse jamás resolverán el problema de la salud del país; a lo sumo, serán simples paleativos, y a los pocos años llegarán a ser insuficientes como mismos paleativos.

2. EL CASO TIPO: CONCEPCION LAS MINAS

Concepción Las Minas, municipio del departamento de Chiquimula, tiene como límites territoriales: al oriente y nororiente limita con el municipio de Esquipulas, al noroccidente con el municipio de Quezaltepeque, al occidente con el departamento de Jutiapa y al sur con la República de El Salvador. Cuenta con una población aproximada de 8,500 habitantes la cual es nétamente ladina. Existen en la localidad como dependencias públicas: una alcaldía municipal (autoridad máxima) una escuela y un instituto prevocacional urbanos, y más de diez escuelas rurales; además cuenta con un Puesto de Salud relativamente nuevo, fundado en Febrero del año pasado. La población urbana del municipio cuenta con servicio de agua y luz eléctrica y algunas de las casas tienen letrina sanitaria conectada a drenaje público. Hay que hacer notar que la población carece de mercado, el cual está en proyecto. La economía del municipio radica en la agricultura: maíz, frijol, café, que es básicamente para su subsistencia, además existe la explotación minera.

2.1 El puesto de salud.

2.1.1 Su capacidad asistencial.

El puesto de salud cuenta con los siguientes recursos: una sala de espera para pacientes, una clínica con dos camillas para exámenes de pacientes, un cuarto dormitorio para el médico, dos servicios sanitarios y un cuarto pequeño para hipodermia y curaciónes. Material y equipo: Se cuenta con un refrigerador eléctrico, una estufa de agas fuera de servicio, papel y sobres membretados, un archivo para sobres clínicos un estetoscopio, un esfigmomanómetro, una báscula, un equipo de diagnóstico (donado por la municipalidad), termómetros y jeringas. Recursos humanos: En el transcurso del año pasado contó con un practicante EPS, que rotaba cada seis meses, y permanecía

durante este tiempo en la localidad, fungiendo como director del Puesto de Salud. En la actualidad el practicante EPS llega dos veces por semana. También hay una auxiliar de enfermería a tiempo completo.

Con estos recursos se trabaja siguiendo los lineamientos planteados por la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS), encaminados hacia la prevención y cuidados de la salud materno infantil, y en segundo plano la consulta externa en general. Para la realización de estas prestaciones, se expresa frecuentemente que a la DGSS le interesa cantidad y no calidad de los servicios prestados.

Las obligaciones de la auxiliar de enfermería son: administración de medicamentos por vía parenteral (hipodermia), para la cual se designan dos horas diarias, durante las cuales, además, debe realizar la preconsulta, es decir, llenar las papeletas de los pacientes con datos básicos, signos vitales y les asigna el número de turno para la consulta; la postconsulta, en la cual debe entregarles los medicamentos a los pacientes, instruirlos sobre dosis y tiempo del tratamiento, así como educarlos según indicaciones del médico, en aspectos de higiene y elaboración de los alimentos; además debe entregarles su ficha con el número del sobre familiar, indicarles la fecha de la proxima consulta, cuando el caso lo amerite, y apuntar en un libro de registro los datos de cada paciente con diagnóstico y tratamiento instituído. También forman parte de sus atribuciones cotidianas, la limpieza del Puesto y del equipo utilizado, así como el ordenamiento del archivo general y el de planificación familiar (del cual ella es la encargada del programa, es decir, ella llena las fichas y entrega los tratamientos y lleva el control administrativo del mismo). Por otra parte, le corresponde rendir informes semanales y mensuales de la morbimortalidad y de nacimientos; programar pláticas a la comunidad, efectuar visitas domiciliarias, y elaborar un informe mensual que contiene el resumen de actividades desarrolladas. Además de estas obligaciones que desarrolla en forma bastante deficiente ya que no se alcanza para cubrirlas a cabalidad, debe asistir al médico cuando éste lo requiera, es decir, en ciertos procedimientos de cirugía menor y en la toma de papanicolaus y es de hacer notar que debido al adiestramiento que recibe, este tipo de personal, no presta la ayuda requerida en forma adecuada, entorpeciendo la mayor parte de las veces dichos procedimientos. El médico por su parte debe atender la consulta, elaborar programas de pláticas a la comunidad, participar en programas de desarrollo de la misma, efectuar visitas domiciliarias, elaborar informes y atender a las pacientes del programa de planificación familiar.

2.1.2 Cobertura poblacional.

Como señalamos anteriormente el sistema de fichas clínicas no se lleva en forma individual, sino que por medio de sobres familiares, los cuales están identificados con un número. Hasta el mes de Enero del presente año se habían registrado más de 1,200 sobres familiares, y en mi período de práctica en dicho Puesto de Salud, se registraron 1,360 consultas, lo que equivale a un promedio de 272 pacientes por mes. Del total de pacientes 850 pertenecían al grupo materno infantil, lo que representa un 57o/o y el resto correspondía a la consulta externa general. Con estos datos se trata de evidenciar en primer lugar que la cobertura poblacional es bastante amplia, en segundo lugar que se cumplió con los lineamientos de la DGSS.

2.1.3 Actitud de la población.

Cuando en una población se instala por vez primera un servicio de esta naturaleza, es decir, de atención médica continuada de carácter popular, se nota cierta apatía, o desconfianza por parte de los pobladores, quienes prefieren continuar recibiendo esta clase de servicios proporcionados por empíricos. Pero cuando se realiza una cura objetiva por parte del médico, cada vez es más aceptado y acuden los vecinos en demanda de sus servicios.

Este es el caso de Concepción Las Minas, en el que a través de un lapso corto han adquirido confianza en los servicios que se les ofrecen, aunque estos la mayor parte de las veces sean limitados y deficientes, por la falta de recursos existentes.

2.1.4 Resumen de los principales problemas médicos.

En relación a que en el municipio no se cuenta con un mercado y conociendo la escasa ingerencia de alimentos con alto contenido proteico, (se mata una res o un cerdo una vez por semana), se solicitó al nutricionista de la Región papelería especial para realizar una encuesta de peso-talla en relación a la edad, la cual se llevó a cabo durante las consultas de "niño sano", encontrándose que del número de casos estudiados, estos fueron escogidos al azar, en total de cuarenta, treinta y ocho presentaban déficit fondo estatural, es decir, que según la clasificación de Gómez, estos niños presentaban algún grado de desnutrición, este grupo representó un 95o/o del total.

Existe un alto porcentaje de la población que padece de infecciones intestinales de tipo parasitario, lo cual pude confirmar efectuando exámenes rutinarios de heces, sobre todo en la población infantil, encontrando que la mayor incidencia de parásitos es debida a áscaris, tricocéfalos y en menor grado giardias, uncinarias y tenias. Clínicamente pude detectar así mismo, no pocos casos de parasitación amebiana y disentería bacilar.

Hay que hacer notar dos casos presentados de emergencia: el primero el de un niño con una deshidratación severa sobre agregada a un cuadro de desnutrición grado III, y el otro caso el de un prematuro con crisis de apnea, ambos necesitando una atención de emergencia y no contando con lo necesario en el Puesto de Salud, fueron remitidos al hospital departamental, por su propia cuenta, ya que no se consiguió transporte en la localidad, ignorándose su paradero ya que nunca llegaron al hospital.

2.2 Las medicinas.

2.2.1 Forma en que llegaban las medicinas al Puesto de Salud.

Los envíos de los medicamentos se realizan trimestralmente, siendo necesario para la obtención de los mismos llenar una solicitud la cual se envía previamente; esta solicitud se llena en base a un patrón que contiene la lista de los medicamentos disponibles y su costo, siendo factor indispensable no sobrepasar una cantidad límite de costos, expresada en dicho patrón. Siguiendo con esta norma es como el médico encargado del Puesto de Salud, basándose en la morbilidad registrada en el servicio, elabora su pedido de medicinas. Contrariamente a lo que cabría esperarse, la distribución de la medicina se hace en forma pareja en todo el país, es decir, que en este aspecto no sólo no se respeta el criterio del médico sino, lo que es más importante, no se contribuye a contrarestar la patología de cada comunidad. Entonces podemos apreciar que no solamente está limitada la medicina sino que está más racionada aún por su mala distribución. A esto hay que agregar el hecho que debido a que en la DGSS sólo se cuenta con un camión distribuidor para todo el país, frecuentemente hay atrasos en el recibimiento de la medicina y la mayor parte de las veces la dejan en lugares distantes del municipio.

2.2.2 Dotación de medicinas por el Puesto de Salud.

La dotación de los medicamentos se hace en base al criterio del médico y su distribución es gratuita; debido a lo expuesto en el párrafo anterior, es necesario efectuar una discriminación dentro de los pacientes, es decir, que en base a las condiciones socioeconómicas de los mismos, se les da la medicina o bien una receta, a veces es necesario racionar aún más la medicina, dándole al paciente una parte de ella y una receta con la otra parte para que pueda en esta forma completar su tratamiento.

Cuando en la población se sabe que ha llegado el lote de medicinas, hay un incremento notable en la afluencia de pacientes al Puesto de Salud, la cual merma después de una o dos semanas, cuando se ha agotado la medicina, lo que significa que a todo paciente que se va a tratar en adelante se le dará una receta para que compre los medicamentos.

2.2.3 La medicina en los distribuidores acostumbrados en la población (farmacias).

No está de más señalar el hecho ampliamente conocido de que los principales obstáculos que encuentra el médico, para el desempeño de sus labores en el área rural son: el brujo, curanderos y los farmacéuticos, estos últimos llamados también empíricos o "médicos". Nos referiremos a este último grupo ya que es el único existente, de los mencionados, en el municipio de Concepción Las Minas.

En el municipio existen dos farmacias principales, las cuales cuentan con un amplio surtido de medicinas; además en éstas se dan consultas a los pacientes que así lo demanden, o bien, a domicilio. La forma de operar de estos señores farmacéuticos es la siguiente: cuando llega a consultar un paciente, le dicen que necesita un tratamiento de uno o dos meses; en dicho tratamiento siempre utilizan la asociación de algún medicamento con vitaminas, las que administran por un período variable, y por dichos tratamientos cobran hasta varios cientos de quetzales, los cuales son pagados por abonos mensuales, según las posibilidades de los pacientes. Debido a este tipo de terapéutica se observan muchos decesos, que no por eso dejan de ser rentables para los farmacéuticos, y a pesar de esto es increible la confianza que deposita la gente en este tipo de comerciantes sin escrúpulos que juegan con la salud y vida de los vecinos del municipio.

Además de estos hechos es inconsevible el alza de los precios de los medicamentos en relación con los de las farmacias citadinas, ya que les aumentan de un 50 a 60o/o y más del 100o/o en relación con las farmacias estatales.

Si bien esta es la forma corriente de obtener las medicinas, existe un sector poblacional minoritario que las compra en la cabecera departamental, a través de los transportistas extraurbanos, obteniéndolas un poco más baratas. Pero como la mayoría de los pobladores no cuenta con efectivo suficiente, se ven obligados a comprarlas al crédito en las farmacias del municipio, donde son explotados como se anotó anteriormente.

2.3. Interpretación.

Considerando que los Puestos de Salud son el eje principal de los servicios de salud del país, debieran llenar los requisitos necesarios básicos para poder contribuir en forma satisfactoria con la prevención y mantenimiento de la salud integral de las comunidades. Como podremos apreciar, estos requisitos que llamamos necesarios básicos, no se encuentran en el puesto de salud del municipio de Concepción Las Minas.

Tomemos por ejemplo, el hecho de que la mayor parte del tiempo no se cuenta con hojas de papel para la elaboración de fichas clínicas ya que su envío es racionado, o que se carece del equipo mínimo de cirugía menor, que no se cuenta con medios adecuados para la esterilización del equipo, —sabiendo que estas necesidades no se pueden llenar por parte de las autoridades, ya que siempre se aduce la escasés de fondos—. O consideremos que el personal auxiliar de enfermería carece de un entrenamiento adecuado, debido a que este entrenamiento lo realizan la mayor parte de veces en los hospitales de la ciudad, no adaptándose a cabalidad con las exigencias del área específica donde se desenvolverán. Con ésto se puede apreciar que existe cierta deficiencia en las prestaciones del Puesto de Salud, pero cabe agregarse circunstancias más significativas, como son: la

cobertura poblacional amplia, que si bien llena los requisitos de la DGSS en lo que a volumen se refiere, podemos ver que esta atención es deficiente en la calidad de la misma, es decir, que la atención que se presta estando orientada a la obtención de cantidad de pacientes vistos en un período de tiempo dado, no permite que se trate la individualidad del paciente, dando origen a que se trate sólo lo referente a su enfermedad, haciendo caso omiso de sus problemas socio económicos, los cuales es bien sabido están íntimamente ligados con la patología individual de cada paciente. Si agregamos la escasez de medicina, con el doble racionamiento de la misma ya descrito y la falta de control, por parte de las autoridades, sobre los distribuidores de medicamentos (farmacias) de la localidad, podemos asumir entonces que, los servicios que se prestan actualmente en el Puesto de Salud, además de ser deficientes e inadecuados, no contribuyen en forma sustancial a la solución de la problemática de la salud de Guatemala.

Haciendo referencia nuevamente a que los puestos de salud debieran ser las unidades básicas asistenciales dentro de los programas generales de salud del país y conociendo que dichos servicios operan con los mismos patrones y cuentan básicamente con los mismos recursos creemos, sin incurrir en error, que la situación del Puesto de Salud de Concepción Las Minas se puede hacer extensiva, con algunas variantes, a la totalidad de servicios de este tipo existentes en el país.

3. LA SOCIALIZACION DE LA MEDICINA.

3.1 ¿Qué entendemos por socialización de la medicina?

Que la totalidad de los recursos existentes que laboran dentro del campo de la salud, sean absorvidos por el Estado, sean centralizados como frente único con la debida racionalización de los mismos, evitando gastos innecesarios. Como parte integral del patrimonio estatal, los recursos de salud deben operar en forma satisfactoria, cubriendo las necesidades ingentes de las diferentes comunidades en la medida que éstos sean requeridos, ya que para tal efecto, el Estado adquiere verdaderamente la responsabilidad y obligación de mantener y brindar la salud al pueblo, contando con los elementos y recursos necesarios.

En esta forma, perdiendo la atención médica el carácter discriminativo que la ha caracterizado, se da al grueso de la población sin distinciones de clases y es de este modo como llega a la clase trabajadora, donde se observa una consecuente repercución positiva sobre la producción, que lógicamente conlleva al incremento de la economía nacional.

Naturalmente, la socialización de la medicina opera en forma cualitativamente superior cuando el Estado se ha planteado la socialización de los medios de producción y por tanto de la economía, ya que el mejoramiento de la población descansa fundamentalmente en la socialización de los medios de producción y no en la socialización de la medicina. Sin embargo, es posible plantear uma socialización de la medicina dentro de una formación social dominada por un modo de producción capitalista, pero los alcances son limitados ya que el bienestar de la población dependerá de la asistencia médica pues no tendrá mejores ingresos al ser ajenas a los beneficios de la concentración de los medios de producción.

3.1.1 Sus alcances en la distribución de medicamentos.

Como parte integral del programa de socialización de la medicina el Estado debe surtir en forma adecuada los diferentes servicios, de manera que la medicina siempre exista a disposición, o sea, que la distribución de medicamentos debe estar regida en calidad y cantidad por las demandas específicas de cada comunidad, detectadas a través del servicio correspondiente, teniendo siempre un excedente de medicinas para que éstas nunca entren en carestía, situación que demejoraría la calidad de las prestaciones.

El Estado para poder suplir las necesidades y mantener la demanda de los medicamentos, debe poseer los medios de producción que le permitan elaborar a menor costo las medicinas; es decir, que por medio de la adquisición de las patentes, dichos medicamentos pueden elaborarse sin que se pierda la calidad de los mismos. En el caso de los medicamentos que no pueda conseguirse su patente, se deberá efectuar un convenio con las casas productoras de estas medicinas para que la importación de las mismas se obtenga con precios módicos y puedan ser distribuídas en los servicios internos del país.

Un aspecto importante es que en la socialización de la medicina se libere a los medicamentos de las leyes del mercado capitalista, lo que implica: a) distribución centralizada y controlada por el Estado. b) precios en los casos en que se venda, en atención a los costos del medicamento únicamente. c) eliminación del distribuidor privado o farmacéutico. d) liberación de los medicamentos de cargas impositivas.

3.1.2 Sus alcances en el ejercicio de la profesión médica y similares.

El Estado siendo el dueño de todos los servicios de salud del país, se constituye de hecho en el único patrono y como tal incorpora a sus servicios a todas aquellas personas capacitadas a desempeñar alguna función dentro del campo de la salud (médicos, odontólogos, enfermeras, auxiliares, técnicos, etc.).

Para que los efectos de la medicina socializada lleguen a realizar la contextura de la misma, es indispensable que el equipo de salud que labora dentro del sistema sea debidamente concientizado, recalcando sobre la problemática de la salud del país en general, la distribución racional del personal, los problemas específicos de cada comunidad y las funciones que desarrollará cada grupo según el campo de su especialidad; así como también la importancia que tiene la rotación periódica del personal en los distintos servicios, para evitar el surgimiento de pequeñas élites que vendrían a entorpecer el desenvolvimiento del sistema en su cabalidad.

Es así como debidamente organizado y orientado (concientizado) el equipo de salud, llega a contribuir en forma sustancial en la prevención de la enfermedad y mantenimiento de la salud del pueblo en forma integral.

Es menester señalar que el Estado debe pretender la eliminación absoluta del sistema de ejercicio privado de la medicina; no permitiendo que grupos de médicos tengan hospitales privados. Debido a que siempre habrán grupos sociales con capacidades adquisitivas mayores, es necesario pensar en centros hospitalarios que sean pagados pero propiedad del Estado.

Además, debe indicarse claramente que la incorporación al Estado de todas las personas, que por su profesión tengan que ver con la salud, debe plantearse sin ninguna excepción, de lo contrario el problema se agrava en cuanto a la resistencia del profesional a ejercer la medicina como vehículo del Estado en atención a la comunidad. Pero esto supone también relación laboral estimulante para los profesionales y sobre todo sueldos

decorosos. Es interesante hacer notar que el sistema de socialización de la medicina es susceptible de aplicarse con muchas formas de organización popular, como son las cooperativas.

3.2 Posibilidades de su aplicación sin un cambio estructural dentro del capitalismo dependiente: una solución parcial.

En un país capitalista dependiente se observan ciertos hechos que giran en torno a la salud del país, hechos surgidos de las mismas características de la sociedad capitalista. Así se puede observar que el campo de la práctica médica privada se va restringiendo debido a: el encarecimiento de la atención médica, como consecuencia del adelanto técnico y científico, así también por la concentración de la riqueza cada vez en menos manos, creando el empobrecimiento de nuevos sectores poblacionales (34); este último hecho tiene gran significación pues, como se expuso anteriormente, margina de la salud a la clase trabajadora, y como el proceso de pauperización cada vez abarca nuevos sectores de fracciones de la pequeña burguesía (clase media), estos también se ven limitados en la demanda de atención médica (35). De esto se puede observar el carácter clasista y antipopular de la medicina integralmente concebida, ya que está dirigida únicamente al sector minoritario de la poblacin, que es capás de remunerarla.

Estos hechos —médicos que no pueden vender sus servicios, marginación del sector poblacional mayoritario; vinculación innegable de la medicina con el modo de producción dominante— catalogados como contradicciones del sistema capitalista en el campo de la salud, vienen a obligar al Estado a socializar la medicina, como única alternativa en la resolución del problema, ya que la socialización de la medicina permite recuperar el equilibrio de todos los grupos sociales implicados; es decir, incorpora dentro de su programa al gremio médico, quitándole la preocupación de la competencia que restringe la demanda de su atención; satisface los requerimientos de la clase popular, llenando las exijencias de sus derechos imperativos de salud; pone a la medicina a la altura de las demandas de la producción económica (36), este hecho se puede evidenciar en el círculo económico de la salud (ver cuadro No. 10). En el momento que se introduce la socialización de la medicina, quedan de acuerdo los médicos (casi en su totalidad), la clase trabajadora, y los sectores políticos reformistas y democrático burgueses de diferentes ideologías ya que la socialización significa un avance en la conquista de la salud para los trabajadores y demás sectores populares (37).

A pesar de la profunda aceptación que pueda tener, ésta no es la real solución, pues como hemos visto, la causa determinante, y a la que siempre se llega en última instancia al investigar cualquier aspecto del problema de salud, es de carácter económico: bajos ingresos por la concentración de los medios de producción y la riqueza en pocas manos, que permite el capitalismo dependiente. La socialización de la medicina en este sistema será un gran paliativo indudablemente, y como tal será una solución parcial, pero que es un paso adelante en cuanto a la superación de las condiciones de vida material del sector popular, es un hecho innegable por cuanto el derecho a la vida y a la salud tendrá más posibilidad de concretarse en realidad.

(34) Gaete J. Castañon R. op. cit. pág. 8.

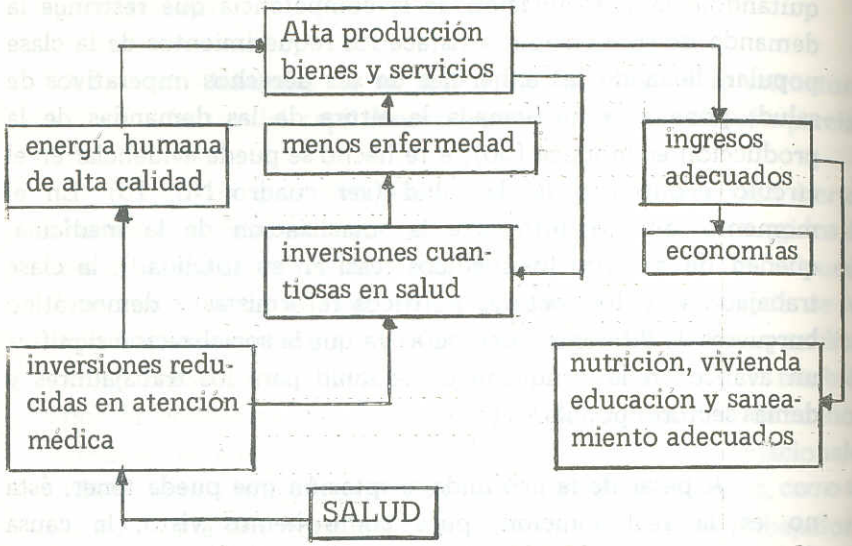
(35) El empobrecimiento de los nuevos sectores poblacionales se viene realizando como consecuencia de los problemas de tipo inflacionario (carestía de la vida) que no va de acuerdo con el aumento de los salarios.

(36) Gaete J. Castañón R. op. cit. pág 11

(37) Idem.

CUADRO No. 10 (38)

CIRCULO ECONOMICO DE SALUD



3.3 Su aplicación como consecuencia de la socialización de los medios de producción: una solución total.

En los países regidos por el sistema socialista se puede observar que los problemas de salud son solucionados satisfactoriamente, debido a que la organización de los servicios de salud no constituye una entidad independiente de la administración pública; al estar socializados todos los medios de producción la economía del país es distribuída de acuerdo a las necesidades planteadas por los diferentes organismos sin que exista limitación en este aspecto. En cuanto a la salud, es notable su integración con el resto de sectores de la actividad comunal; ésto permite que las deciciones adoptadas tengan un contenido altamente realista y multidisciplinario y que la población

(38) Nuila H. Op. cit. pág. 107.

participe activamente en su ejecución, vigilancia y control (39). Se da especial importancia a la formación del personal de la salud, para tal efecto se analiza y estudian las necesidades de salud del país y, en base a esto, se orientan e integran los planes de estudio de acuerdo a la realidad. Para estos logros los planes de estudio se adecúan en tal forma que se recibe sólo lo indispensable, evitando las repeticiones innecesarias, recortando en esa forma los períodos de estudio. Para poder ingresar a las facultades, los aspirantes deben llenar ciertos requisitos básicos que van a garantizar su desenvolvimiento pleno en el área rural (40); así mismos se evita la formación de un elitismo intelectual o de clase privilegiada dentro del gremio médico, ya que todos deben pasar un período de tiempo en contacto directo con el pueblo (aproximadamente dos meses al año) y en este período de t i e m p o desarrollan actividades tales como trabajos manuales o participando en actividades de desarrollo de las comunidades (41).

Existe otro tipo de personal de salud, aparte del personal de enfermería, que es adiestrado en períodos cortos y se le capacita para resolver casos sencillos.

El eje principal de los recursos humanos está representado por grupos auxiliares voluntarios, que laboran gratuitamente durante su tiempo libre, en las fábricas y comunidades, y desarrollan programas de educación higiénica, saneamiento, inmunizaciones, orientación sobre el uso adecuado de los servicios, etc., este tipo de personal es instruído en forma informal. (42)

Dentro de los recursos físicos sobresalen: hospitales generales y de especialidades donde se tratan los casos que no se

(39) Manzano J. Observaciones sobre la salud pública en la República Popular de China pág 2.
(40) Ibid. pág 5.
(41) Ibid. pág 6.
(42) Ibid. pág. 7.

han podido resolver a otro nivel, cuentan con servicios y equipo necesarios y es de notar que la administración de los mismos es sencilla, eliminando las jerarquías burocráticas ya que la dirección de dichos centros está a cargo de un comité; servicios de nivel intermedio, que están constituídos por hospitales menores y policlínicas, cuentan con encamamiento y clínicas especializadas hacia el tratamiento ambulatorio. Los dispensarios o clínicas de sanidad, constituyen el elemento básico del sistema de salud y están a cargo de personal no médico, adiestrado en resolver casos sencillos, contando con equipo y arsenal terapéutico suficiente y adecuado a la patología del medio; este tipo de personal (43) es auxiliado y supervisado por médicos de unidades mayores: médicos ambulantes, este grupo está formado por el personal que presta sus servicios periódicos en el área rural y se encarga de supervisar, auxiliar y adiestrar al personal de los dispensarios en nuevas técnicas. (44)

No existen centros hospitalarios privados, los existentes funcionan en forma de cooperativas, para lo cual los trabajadores pagan una pequeña cuota al año, teniendo derecho a todo tipo de atención médica; estos centros son autofinanciables (45).

Es notable también el éxito en los programas de educación higiénica y saneamiento ambiental realizados dentro de la educación escolar, por los auxiliares voluntarios y por las organizaciones de masas (46).

Esta socialización, como consecuencia de la socialización de la economía del país, plantea una solución total ya que a través de la socialización de la economía se logra –lo que es objetivamente demostrable– una mejor distribución en la población de los beneficios sociales, y entre ellos la riqueza. Para

(43) como puede apreciarse este tipo de personal tiene gran similitud en cuanto a sus funciones con el personal auxiliar de enfermería de nuestro país, pero es obvio que esos están mejor capacitados.
(44) Ibid, págs. 8,9,10.
(45) Ibid, pág. 10.
(46) Idem.

hablar en términos muy gráficos se logra que el pueblo coma cualitativa y cuantitativamente mejor y a la vez se le da acceso a la educación y a que cualquier alteración en su salud sea tratada. El problema de salud propio de un país subdesarrollado se va extirpando de raíz y los requerimientos de salud que poco a poco va planteando la población serán cuantitativamente menores, con lo cual el servicio de salud es menos engorroso para el Estado y con gran capacidad asistencial.

Es extraordinario como en los países con este tipo de sistema cambia radicalmente la patología, siendo las principales causas de defunciones las tumoraciones malignas y las enfermedades cardiovasculares y degenerativas. (47)

3.4 Factibilidad de una u otra posibilidad en Guatemala.

En Guatemala que es un país cuyo sistema de vida es el típico del de una sociedad capitalista dependiente, donde el Estado vela únicamente por los intereses del grupo minoritario, la burguesía, es de notar que se suceden en el campo de la salud, los problemas señalados para este tipo de sociedades, es decir, existe una marginación de atención médica en la clase trabajadora y sectores de la clase media, hay restricción de la práctica médica privada o liberal, es innegable la relación de la medicina con el modo de producción dominante, existe un carácter clasista en la atención médica. De estas situaciones surge lo imperativo de adoptar por parte del Estado un sistema de salud que, ante la problemática actual, brinde mayores beneficios a menores costos, los cuales se plantean en forma especial en la socialización de la medicina.

A nuestro juicio no se puede esperar a que el Estado llegue a impulsar la socialización de la economía para una solución total, de acuerdo a lo que hemos expuesto, cuyo arribo

(47) Abid. Pág. 11.

de una u otra manera llegará al país, pues históricamente ya se está dando el cambio cualitativo del modo de producción capitalista al modo de producción socialista. Pero mientras esto llega, la factibilidad concreta en Guatemala es la de impulsar la socialización de la medicina dentro de su modo de producción dominante: el capitalista dependiente.

Debido a que la socialización de la medicina se plantea como única alternativa en la problemática actual de la salud en nuestro medio, considerando lo urgente de su aplicación y sabiendo claramente como hemos dicho que debe ser adoptada dentro del sistema capitalista, hay que recalcar que su introducción debe realizarse bajo estudios minuciosos que garanticen la efectividad de su aplicación, alejada de los "intereses de partido" y enfatizando sobre aspectos técnicos.

4. LA SOCIALIZACION DE LA MEDICINA EN GUATEMALA: UN MODELO CONCRETO

4.1 Observación metodológica:

Para desarrollar este capítulo, partimos de la diferenciación que existe entre un modelo concreto y un modelo operativo; entendiendo por modelo concreto los lineamientos generales que debe tener la socialización de la medicina en Guatemala, con sus particularidades como país capitalista dependiente; por modelo operativo entendemos el conjunto de formulaciones, integrantes de un plan coherente, necesarios para aplicar la socialización de la medicina en nuestro país. Esta diferenciación nos permite afirmar que no nos ocuparemos de dar detalles y especificidades sobre la socialización de la medicina (modelo operativo) ya que esto por un lado escapa a nuestras inquietudes, y por otro lado, debe ser motivo de un profundo estudio, en el cual participen los sectores técnicos que componen el campo salubrista en nuestro país.

4.2 Actitud del Estado.

Como hemos visto, la socialización de la medicina requiere de una decidida y clara participación del Estado; éste —en nuestro país— como hemos señalado, en el transcurso de las diferentes épocas ha tomado una actitud sectaria en la resolución de los problemas nacionales, actitud que se concreta en la satisfacción de los intereses de las distintas clases dominantes.

Está claro que al implantar la socialización de la medicina en un país capitalista dependiente como Guatemala, el Estado continuará sirviendo a los intereses de la burguesía; sin embargo, no es éste el único sector implicado, ya que los beneficios de esta socialización abarcan al sector popular, a la mayor parte del gremio médico (que tiene ya síntomas evidentes del proceso de

pauperización creciente que se vive en el país) y al sector popular especialmente. Esto implica que el problema de la implantación de la medicina socializada es un problema complejo, en el cual hay que atender y enfrentar intereses muy particulares que de no ser tratados debidamente pueden suscitar un fuerte problema para el gobierno de turno; estos intereses particulares los encontramos, según nuestro modo de ver, en la burguesía agro exportadora que por "principios" y por no afectarle el problema se opondrá a la socialización; el sector del gremio médico que puede calificarse como burguesía de servicio que es un apéndice de las distintas fracciones de la clase burguesa en cuanto a satisfacción de los problemas médicos de esa clase; el sector privado que se encarga de la distribución de las medicinas, y la desorientación que se puede dar en el sector popular. Como ya señalamos el primer sector (la burguesía agroexportadora) se opondrá por razones de principio argumentando razones "anticomunistas"; el segundo y tercero (los médicos y distribuidores de medicamentos) por afectar sus intereses, y el tercero (el sector popular) por su atraso político al ser víctima de la "movilización" política de los sectores dominantes.

4.2.1 Concientización de la necesidad de la socialización de la medicina.

Vistas así las cosas, la primera medida que ha de tomar el Estado, es la de desarrollar un vasto plan de concientización, el cual naturalmente, se tendrá que dar dentro de la ideología de dominación del propio Estado, atacando dos sectores principalmente: la burguesía y el sector popular. En cuanto al primer sector, haciéndole ver la necesidad de esta medida y la vinculación que existe entre la misma y sus intereses (47); frente al sector popular señalándole los beneficios inmediatos que tendrían con la socialización de la medicina. Frente a los otros dos sectores, es imposible convencerlos porque la medida afecta sus intereses económicos inmediatos; por lo tanto serán fuertes enemigos de la socialización de la medicina, por lo que el Estado tendrá que conminarlos a su aceptación.

(47) con este sistema de socialización se satisfacen los intereses de la burguesía en forma indirecta, ya que se dispondría de una fuerza de trabajo más sana y se flexibiliza la estructura social frente a un proceso de encarecimiento del costo de la vida.

Es de señalar que la socialización de la medicina, adoptada dentro del actual sistema capitalista dependiente, le plantea al Estado asumir más claramente la responsabilidad de brindar y mantener la salud del pueblo, lo cual no dejará de ser un hecho de trascendencia histórica que englobaría a la totalidad de la población.

4.2.2 Elaboración técnica del modelo operativo.

El Estado debe de velar porque la formulación del modelo operativo (aquel que permitirá la socialización de la medicina en forma concreta) se haga por medio de técnicos especializados en el problema salubrista, e incorporando al mismo tiempo los círculos de investigadores necesarios para que le den al modelo operativo el enfoque interdisciplinario que requiere (administrativo, salubrista, sociológico, regional, etc.)

A pesar de admitirse el modelo concreto dentro del actual sistema, sería absurdo e intrascendente a todas luces, que en un afán demagógico se tratara de aplicar un modelo operativo de socialización de la medicina en base a criterios políticos del momento que de entrada haría al modelo inoperable.

4.2.3 La realización del plan operativo.

La tercera actitud que se requeriría del Estado sería la de que, una vez lanzado el plan operativo, no vacilar en la realización del mismo, a pesar de los fuertes tropiezos que se tendrían, no sólo de los sectores sociales mencionados, sino de las deficiencias burocráticas y niveles corruptivos propios de la estructura administrativa de Guatemala.

4.2.4 La aplicación general de la socialización.

Otra actitud, necesaria, imprescindible, es la de que el Estado se esfuerce, y encuentre los mecanismos adecuados para que no se den excepciones para la aplicación del modelo operativo. Es decir, que si se plantea en él la supresión de la distribución privada de medicamentos, no se debe permitir ninguna clase de excepción sobre la supresión aludida, y en caso de que la misma sea quebrantada, que se apliquen severas penas de carácter legal a los infractores porque se está atentando contra la seguridad y la salud del pueblo, al entorpecer la función del Estado.

4.2.5 La centralización de los servicios de salud.

Esta es una medida inmediata de la socialización de la medicina. Se debe de centralizar los servicios de salud existentes, por parte del Estado, es decir, incorporar al patrimonio estatal en la forma que se considere más conveniente, la totalidad de los recursos físicos que brindan alguna función de salud en el país; esta centralización, como es obvio, viene a garantizar la efectividad del sistema ya que se hace bajo una sola presupuestación, evitándose el derroche innecesario de recursos económicos y hace más factible que el Estado supervice y controle que la socialización se está aplicando adecuadamente. Esto plantea un problema difícil, que ya señalamos parcialmente, y es el de los grandes centros hospitalarios de carácter privado; el problema radica en que sean centros de atención privada, en manos de profesionales privados. Creemos que por la existencia de sectores burgueses y pequeño burgueses es necesaria la atención médica en estos mismos centros asistenciales especiales, ya que estos sectores no querrán relacionarse con los sectores de menos recursos, pero la propiedad de esos centros debe pasar a manos del Estado, con tarifas claras y atención de acuerdo con ellas, en esa forma no se rompe con el plan operativo de la socialización de la medicina en el país y no se gana una oposición gratuita del gremio médico en general que sí estaría vinculado al plan operativo de socialización. Esto es fundamental.

4.2.6 Incorporación de todo el sector profesional al plan.

Es necesario que el Estado se plantee la incorporación dentro del sistema de todo el personal capacitado en el campo de la salud, ésto mediante actitudes coactivas: o se incorporan o dejan el ejercicio de la profesión. Esta incorporación es un factor de suma importancia ya que permite una distribución racional de los recursos humanos en el interior del país, rompiendo la tradicional concentración de los mismos en las áreas urbanas y en el área metropolitana. Esto lleva a la incorporación total de los profesionales actuales y la incorporación de los profesionales potenciales, de tal forma, que nadie quede excluido de la socialización, a no ser porque quiera dedicarse a otra actividad.

Como es obvio, esto supone la supresión mercantilista de la medicina de inmediato, tomando en consideración los requerimientos de salud que necesita la población guatemalteca en su conjunto. Si la incorporación no se da en los términos categóricos que se señalan, de ninguna manera podrá implantarse un plan operacional de socialización de la medicina en el país.

4.2.7 Modificación de la estructura administrativa gubernamental.

El Estado también deberá modificar la estructura administrativa actual, preferentemente la que se refiere a la administración de salud, y secundariamente la que se relacione con la misma, de acuerdo a los requerimientos que plantee el plan operativo.

En esta modificación, obviamente habrá que darle el peso que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene, estableciendo órganos de supervisión, control y de participación

de los distintos sectores profesionales que intervienen en el plan operativo.

Sería absurdo plantear la implementación del plan de socialización de la medicina en nuestro país sin plantearse la modificación de la estructura administrativa, la cual, sea dicho de paso, también debe de hacerse en base a criterios técnicos y no a necesidades de partido.

4.2.8 Implementación de medidas colaterales a la ejecución del plan operativo.

Obviamente, la ejecución de un modelo operativo de socialización de la medicina, implica que colateralmente, o sea, a la par el Estado tome una serie de medidas que vendrán a fortalecer y permitir el correcto desarrollo del plan. Entre estas medidas podemos citar las siguientes: supresión de la distribución privada de medicamentos; supresión total del sistema médico privado; escalas de salarios para los profesionales y empleados de todas las instituciones encargadas de desarrollar el modelo operativo de socialización de la medicina; emisión de una legislación adecuada que contemple todos los aspectos, sistemas de coordinación con las universidades del país, etc.

A continuación trataremos algunos aspectos, también de carácter general que nos parecen importantes en la aplicación de un modelo o plan operativo de socialización de la medicina en Guatemala.

4.3 Cambio de mentalidad del profesional.

Dentro de nuestro medio, la educación universitaria de las áreas de la salud ha sido encaminada hacia la práctica profesional privada remunerativa, originándose la burguesía de servidumbre, la cual viene a contribuir con el mantenimiento del estatus quo, hecho que agrava la situación de salud del país.

Al ser introducida la socialización de la medicina, la Universidad debe sufrir un cambio radical obligatorio para contribuir en forma adecuada en la resolución del problema, ya que está directamente vinculada a éste. Para tal efecto debe impulsar la integración académica de las profesiones de la salud, mediante una programación general de múltiples profesiones; integrando básicamente las escuelas de medicina, odontología y farmacia. Esta unificación vendría a constituir la Facultad de Ciencias de la Salud (48), en la cual los planes de estudio deberán ser encaminados de acuerdo a la realidad nacional, debiendo incluirse la sociología como estudio básico y obligatorio; de tal forma que se logre crear, dentro del estudiantado, una conciencia clara de nuestra realidad, para que al momento de licenciarse, ésta concientización de la realidad del país, les permita ubicarse dentro del plan de socialización de la medicina y puedan desempeñar a cabalidad su función dentro del mismo, permitiendo, en esta forma, el cambio de la mentalidad del profesional de la salud; en este sistema se elimina el carácter lucrativo que ha caracterizado a este tipo de profesionales.

A esta Facultad de Ciencias de la Salud, le correspondería también la elaboración y dirección de la formación del resto del personal que integra el equipo de salud (enfermeras, auxiliares, técnicos, etc.).

4.4 Supresión de la distribución privada de medicamentos.

La venta de medicinas por las farmacias privadas constituye una forma más de comercio introducido por el sistema capitalista, donde a este tipo de comerciantes sólo les interesa lo rentable del negocio, no importándole la necesidad individual que representa el producto farmacológico para el demandante, quien en muchos casos no obtiene esta mercancía por no estar al

(48) Jiménez Arango A. Educación médica y cuidado de la salud en países en desarrollo. pág. 19.

alcance de sus limitaciones económicas. Hecho este que parece no preocuparle al Estado ya que nunca ha existido un control de su parte sobre los precios de dichas mercancías, no obstante las múltiples observaciones que a este respecto le ha hecho la prensa. Es por esta circunstancia y para evitar la serie de abusos que realizan dichos comerciantes, (estos hechos ya fueron apuntados anteriormente) que el Estado debe elaborar su propia medicina o importarla sin recargo de impuestos, para tener una distribución centralizada y debidamente controlada de la misma. Para este logro es imperativo que el Estado suprima la distribución privada de las medicinas, cancelando las licencias de las farmacias privadas.

Para suplir la demanda que representan estas farmacias privadas debe incrementar el número de las farmacias estatales, con surtido de medicamentos cualitativa y cuantitativamente óptimos los cuales deben responder a una grande terapéutica básica diseñada de acuerdo a los requerimientos farmacológicos que las características epidemiológicas de la demanda de la población más señalen. Estos establecimientos deben tener una localización adecuada en todo el país para que no exista problema en la obtención de la medicina, la cual prácticamente tendría precio de costo, en aquellos casos en que el servicio médico no conlleve la dotación del medicamento.

Si el plan o modelo operativo de socialización de la medicina no conlleva la supresión de la distribución privada de medicamentos, el mismo quedaría incompleto por la siguiente razón: al no plantearse un mejoramiento en los ingresos de las familias del sector popular, para lo cual se requeriría modificar la concentración y tenencia de los medios de producción —lo cual hemos admitido— no lo puede hacer el Estado dentro del actual sistema no se mejoran las posibilidades adquisitivas en general, y por tanto las posibilidades de adquirir medicamentos. En consecuencia, en lo posible el plan debe de dar el medicamento como parte del servicio médico asistencial; y de no ser posible, vender la medicina o medicamento a precio de costo.

4.5 Supresión del sistema médico mercantilista.

Al plantearse, como se ha dicho, que el Estado absorve la totalidad de los recursos humanos laborantes —actuales y potenciales— en el área de la salud, se hace inoperante el ejercicio médico privado de carácter mercantilista.

Al no dejar el Estado posibilidad de que se den excepciones, además de las ventajas claras de mayor cobertura geográfica, mayor posibilidad de atención médica para la población en general, mejoramiento de la calidad de la misma, etc., se evita la posibilidad de que el plan operativo fracase por la oposición del gremio médico.

Pero los criterios para abolir el sistema médico privado, no son sólo de orden práctico —que serían los que interesarían a la clase dominante y al Estado— sino de orden moral que van ligados a la misión social de la medicina; al compromiso social que debe tener el médico, y a la aceptación de que los intereses de la mayoría (sectores populares) deben predominar sobre la minoría (en este caso los médicos que lucran con su profesión explotando una necesidad humana fundamental: la salud).

4.6 Sistemas remunerativos de carácter estatal.

Admitamos que mientras en el actual sistema, al aplicarse la socialización de la medicina, al médico se le obligaría a renunciar a su destino burgués, porque le interesa al Estado en razón de los intereses burgueses que defiende, y se permitiría la existencia de otros profesionales liberales y técnico-liberales distintas a las del médico y similares; es necesario por tanto, que estos tengan un sistema remunerativo por parte del Estado que no les tenga un sistema remunerativo por parte del Estado que no les haga sentir la profunda barrera económica que se establecería con los otros profesionales de la sociedad.

Se haría necesario un sistema de escalafón, y de escala de salarios para todos los profesionales vinculados al problema salubrista, que le permita vivir "decentemente", de acuerdo a los valores propios del sistema capitalista dependiente. De lo contrario, se generaría una oposición y sabotaje pasivo por parte de los mismos profesionales, por más sistemas coactivos que implantara el Estado, ya que al no plantearse con el cambio del sistema de ejercicio de la medicina, el cambio de los medios de producción y crearse una mística colectiva y un destino común —como ha pasado en el pueblo chino— difícilmente habría argumentos que convencieran al profesional, de "sacrificarse" en bien de los intereses de la comunidad, que sería argumentado por el Estado para defender los intereses de las distintas fracciones de la clase burguesa.

4.7 Sistemas coactivos del Estado.

Aquí queremos señalar la imprescindible necesidad de que legalmente se establezcan sistemas coactivos para impedir, que la "iniciativa privada" afectada por el plan de socialización de la medicina, pueda utilizar procedimientos irregulares para evadir las orientaciones del mismo. Pero al decir que sean medidas de carácter legal, significa al mismo tiempo que tengan posibilidad de ser efectivas y no enunciados formales, como la mayoría de leyes del país, con excepción de las leyes que regulan y protegen la circulación del capital.

4.8 Rotación de servicios.

Otro elemento, también importante, es el de que se debe de tratar de establecer en el plan operativo de socialización un sistema de rotación de servicios, elaborado de tal forma que se puedan compatibilizar intereses familiares, regiones y climas que hay en el país, mediante mecanismos de rotación en aras al tiempo de servicio, edad, insalubridad o incomodidad del clima, etc.

4.9 Los recursos financieros para el plan operacional.

Uno de los problemas para poner en vigor la socialización de la medicina, dentro del actual sistema, radica en los recursos necesarios para llevarlo a cabo, máxime si se piensa en los salarios de todo el profesional médico y salubrista incorporado. Realmente este es un grave problema, que se tenderá a agravar, por cuanto que la raíz que da origen al problema no se suprimirá (la estructura económica actual) y en consecuencia los requerimientos de salud en la población serán los mismos o peores a medida que se siga dando el actual ritmo de crecimiento poblacional.

Sin embargo, se puede decir que el Estado, a través de su gobierno tendría que disponer de los mismos recursos estatales con los que tradicionalmente cuenta. Entre otras medidas, debería de reducir de acuerdo a las prioridades nacionales la presupuestación de la seguridad nacional, los gastos confidenciales (que son absolutamente innecesarios), los gastos de representación, así como reducirles o quitarles el sueldo a los "padres de la patria", cuya tradición es la de ser padres silenciosos ya que en los últimos congresos serán cinco los diputados que permanentemente intervienen, le quitarían el incentivo lucrativo que tiene la función parlamentaria, y se ahorraría bastante dinero, sobre todo si se piensa en un recorte de guardaespaldas. También se deberían de surpimir las enormes exoneraciones de impuestos que todos los días se dan a poderosas empresas industriales con el pretexto de fomentar la industria nacional, haciendo más ricos a los ya ricos, sin ningún beneficio para el pueblo consumidor. Sólo en este renglón el Estado deja de percibir millones de quetzales. Hay algunas otras medidas un poquito más audaces, que no es necesario señalar aquí, ya que no se llevarán a cabo nunca.

CONCLUSIONES

1. El sistema de salud imperante en Guatemala no está de acuerdo a los requerimientos de la población; en tanto su composición social, su composición etaria y en sus características étnico culturales.

2. Esta desarticulación del sistema de salud, entre el servicio y las características poblacionales, se ve agravado por la actividad mercantilista del médico y la distribución privada de los medicamentos.

3. En el curso de la historia, en razón de los intereses de clase que defiende, el Estado ha tenido una actitud de indiferencia frente al problema de salud en Guatemala, que es un problema más notorio en las clases trabajadoras.

4. Los orígenes del problema de salud en Guatemala, de acuerdo a la patología predominante, se localizan en el modo de producción dominante capitalista dependiente, que orienta a la sociedad guatemalteca, y dentro de éste, en la concentración y tenencia de los medios de producción.

5. La solución total del problema de salud en Guatemala, sólo se podrá lograr a través del cambio del actual modo de producción dominante, al darse la socialización de los medios de producción, ya que ésta hará posible un real acceso de las clases trabajadoras a la alimentación y la educación, lo que dará por resultado el cambio de patología: de una patología erradicable a una patología cardiovascular, de tumoraciones malignas y de enfermedades degenerativas propia de los países que han alcanzado un alto grado de desarrollo económico y médico.

6. Dentro del actual sistema, capitalista y dependiente, de nuestro país, es posible formular un modelo operativo de socialización de la medicina, como un paliativo al problema de salud, el cual no pasará de ser un paliativo.

7. Al no darse la correspondencia entre la socialización de la medicina y la socialización de los medios de producción, se crean una serie de contradicciones que es necesario que el Estado enfrente para que el modelo operativo de socialización de la medicina no fracase, en caso de impulsarse.

8. En un posible modelo operativo de socialización de la medicina dentro del actual sistema capitalista y dependiente guatemalteco, el mismo, históricamente tendrá que darse en atención a los intereses de la burguesía y fracciones de clase dominante que detentan el Estado.

9. Dada la situación de salud en que se desarrollan las clases trabajadoras, es imposible esperar un modelo socializante que corresponda a la socialización de la economía, por lo que es correcto estimular la posibilidad de la socialización de la medicina dentro del actual sistema.

10. El modelo concreto de socialización de la medicina tiene que tener como mínimo los siguientes lineamientos:
—Decidida y abierta participación del Estado para lograr una adecuada concientización, la elaboración técnica del modelo operativo, su correcta realización, la generalización del modelo, la centralización de servicios, la incorporación de todo el sector profesional salubrista al plan, la modificación de la estructura administrativa actual y la implementación de medidas colaterales.

— Cambio de mentalidad del profesional.

— Supresión de la distribución privada de medicamentos.

— Supresión del sistema médico mercantilista y sistemas remunerativos de carácter estatal, adecuada rotación de servicios y adecuados sistemas coactivos.

BIBLIOGRAFIA

rita F. Jesús: Diagnóstico Socio-Económico de un Hospital de Area de la República de Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Artes Gráficas Fac. CCMM Guatemala 1973.

oletín Informativo: Colegio de Médicos y Cirujanos. Guatemala, C.A. Epoca IV Agosto 1974. No.5.

ecretos: Decreto 93 del Congreso de la República.

Decreto Gubernativo 1877.

Diagnóstico de Salud. Año 1973. DGSS.

aete Jorge
stañón Rolando: El Desarrollo de las Instituciones de Atención Médica en Chile Durante Este Siglo. (mimeog.)

avioto Joaquín y
cardie de Elsa R.: Desnutrición y Rendimiento Mental en los Niños. Parte II, Reportes Médicos. Vol I No.4 1970.

formador
tadístico: Publicación Semanal de la Dirección General de Estadística, Guatemala 1973.

Jiménez A. Alejandro: Educación Médica y Cuidado de la Salud en Países en Desarrollo. Rev. Juventud Médica Epoca V, No.19 Oct. 1967.

Lista de Servicios de Salud de la República. DGSS, Guatemala 1975.

López Víctor M.: Elementos Fundamentales Para el Desarrollo de la Salud en Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Artes Gráficas Fac. CCMM Guatemala 1973.

Luna A. Ronaldo: El Porqué del Cambio en la Facultad de Ciencias Médicas de Guatemala y en qué Consiste. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala Mayo 1969. (mimeog.)

Manzano José: Observaciones Sobre La Salud Pública en la República Popular China. México Rev. Salud Pública México. Vol XV. Número 6, págs. 823-829. Nov. Dic. 1973.

Nuila E. Héctor: Nuevos Conceptos Sociológicos en el Estudio de Los Problemas de Salud Para Centroamérica. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1968.

Population Reference Bureau Inc. Oct. 1973. Rev.

Retana Otto
de León Romeo: La Situación Nutricional del Niño en Guatemala. Rev. Juventud Médica, Guatemala. Epoca V No.19 Guatemala 1967.

Resumen del Informe de Labores 1973. IGSS (folleto).

Rodríguez G. Danilo: El Proceso del Subdesarrollo Guatemalteco. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Guatemala 1974.

UNICEF
SIECA
ODECA: Las Sociedades Centroamericanas Actuales, Año 1972. Guatemala C.A. Edit. José de Pineda Ibarra.

Viteri Fernando
Alvarado Jorge
Behar Moisés: El Problema de la Desnutrición Proteínico Calórica en el Istmo Centroamericano. Publicaciones Científicas INCAP, monografía No.7.

Br. E. VINICIO RODRIGUEZ G.

sor: DR. CARLOS WALDHEIM

Revisor: DR. HECTOR NUILA

ctor de Fase III DR. JULIO DE LEON

Secretario General DR. MARIANO GUERRERO ROJAS

no: DR. CARLOS ARMANDO SOTO