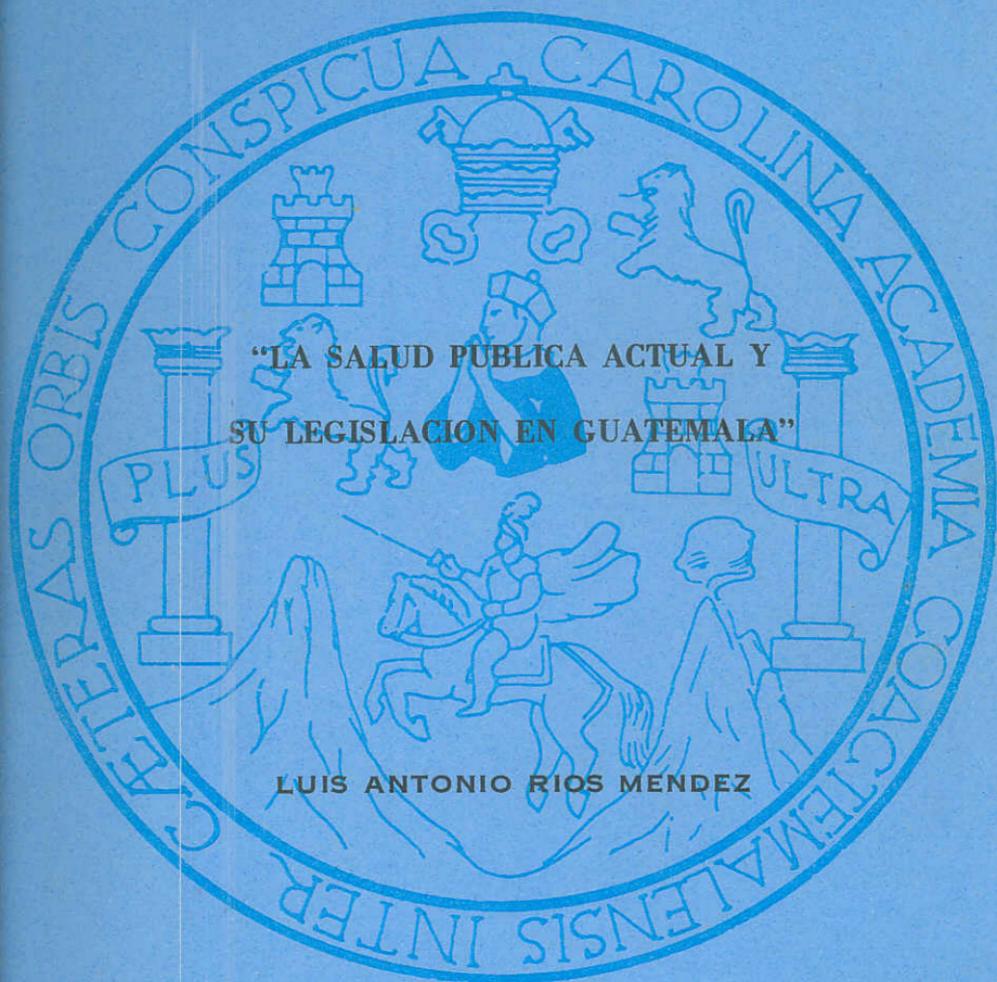


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



GUATEMALA, AGOSTO DE 1978

INDICE

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- OBJETIVOS
- 3.- ANTECEDENTES
- 4.- HIPOTESIS
- 5.- HISTORIA DE LA MEDICINA EN GUATEMALA
- 6.- LA ECONOMIA Y LA LEGISLACION
GUATEMALTECA
7. LEGISLACION SANITARIA EN GUATEMALA
- 8.- LA SALUD PUBLICA ACTUAL EN GUATEMALA
- 9.- ANALISIS
- 10.- CONCLUSIONES
- 11.- RECOMENDACIONES
- 12.- BIBLIOGRAFIA.

1. INTRODUCCION

Haciendo un análisis de la sociedad guatemalteca, nos encontramos con que ésta es una sociedad netamente clasista, cuyo modo de producción general implica necesariamente de dos grupos o clases: una clase explotadora y otra clase explotada.

Tiene la primera de ellas una gran influencia económica y política sobre la distribución de los recursos económicos en nuestro medio, que la hace ser la clase dominante, y con ello mantiene el tipo de estructura económica que le representa más beneficios. Mientras tanto, la clase explotada, que constituye la gran mayoría de la población guatemalteca, vive en condiciones infrahumanas, con los más altos índices de morbi-mortalidad; maneja los instrumentos de trabajo de los Medios de Producción, sin tener acceso a la propiedad de éstos, ni mucho menos al producto de los mismos. Por consiguiente, es evidente que ésta situación determine las condiciones de miseria de ésta última clase.

Los principios en que se basa toda sociedad claramente establece que entre el derecho a la propiedad privada y el derecho a la vida, ésta última es mucho más fundamental; por lo tanto, la vida debe de tener preferencia ante cualquier situación. Pero la realidad es otra, ya que ésta misma propiedad privada es la que determina el régimen económico y por ende al Estado e instituciones que lo constituyen, las que emiten leyes y disposiciones que tratan de legalizar y fomentar dicho status.

Este tipo de legislación también abarca al sector salud, imponiendo indirectamente esquemas sanitarios que tiendan a hacer de la medicina una mercancía, de la vida un bien utilizable para la producción de bienes de consumo y haciendo del hombre, en definitiva, una cosa y no un ser humano.

Con el propósito de contribuir al mejoramiento de la salud guatemalteca, es necesario pues, efectuar un análisis de la situación

legislativa sanitaria de nuestro país, relacionándola con el momento económico-social en que vivimos, para subrayar las condiciones que determinan el proceso legislativo en nuestro pueblo, especialmente en lo que a salud se refiere.

Debemos entender entonces, que donde hay explotación, hambre, miseria, analfabetismo, desnutrición, ingreso económico per-cápita bajo, etc.; es imposible lograr el control, mucho menos la erradicación de las enfermedades más frecuentes en nuestro medio y las que en países desarrollados ya no existen. Esto nos da la pauta que el factor más importante en la erradicación de éstas enfermedades, está en el desarrollo socio-económico y político, dentro de un modo de producción que se identifique con los intereses de los grandes sectores de la población.

2. OBJETIVOS

- 10.- Efectuar un resumen de la Historia de la Medicina en Guatemala, desde nuestros indígenas hasta nuestros días, analizando los aspectos más importantes relacionados con el proceso productivo de aquellas épocas.
- 20.- Efectuar una revisión histórica de la Legislación Sanitaria, y analizar sus situaciones más importantes.
- 30.- Demostrar que el proceso Legislativo Sanitario que ha vivido y vive el país —Desde la Colonia hasta nuestros días— ha estado en manos del sistema económico Capitalista; o sea, dicho proceso ha surgido y se mantiene para satisfacer los intereses de una minoría de la población.
- 40.- Hacer ver a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a los legisladores del país, la importancia de la elaboración, planificación y aprobación de un nuevo Código de Salud, que tienda a beneficiar a la mayoría de la población.
- 50.- Analizar la importación, distribución, venta, consumo y registro de los productos medicinales; así como el registro y control de calidad de los productos alimenticios.
- 60.- Efectuar un análisis al Código de Sanidad vigente, evaluar sus consideraciones más importantes. Su aplicabilidad en la actualidad. La convivencia o no de su vigencia.
- 70.- Hacer un análisis sobre la Salud Pública actual, mediante la revisión de programas, presupuesto, políticas sanitarias, coberturas, etc.; todo ésto bajo el marco económico y social existente.

3. ANTECEDENTES

En la tesis de graduación del Dr. Juan Rodolfo Aguilar León: "Consideraciones sobre la Legislación en Sanidad Pública en Guatemala", se hace un análisis retrospectivo de la medicina desde tiempos de la Colonia hasta nuestros días, y las determinaciones más importantes sobre Sanidad Pública que se dieron en épocas anteriores. Efectúa un análisis breve sobre el Código Sanitario vigente, enumerando algunas disposiciones importantes, los pro y los contra de las mismas. Planifica el desarrollo de un anteproyecto del Código de Salud de Guatemala, con características y proyecciones, basándose en datos como: densidad de población, aspectos culturales —ladino, indígena—, vías de comunicación, presupuesto de Salud Pública y enfermedades evitables. Concluye en los beneficios de la descentralización e integración de los servicios de salud, aprovechando los recursos a nivel de municipio, y efectuando una orientación educativa sobre Salud Pública.

Pero en dicho trabajo de tesis no se efectúa un análisis crítico a la actual Legislación Sanitaria, ni sus relaciones con el proceso económico que vivimos. El que determina el porqué se han emitido disposiciones en el campo de la salud, disposiciones que representan más daño que beneficio para la población.

4. HIPOTESIS

- 1o.- El proceso de desarrollo de salud del país, ha estado y está determinado por el sistema económico y social existente; por lo tanto, toda medida encaminada a mejorar el proceso de salud de la población deberá de tener como base el cambio de la estructura económico-social y cultural de nuestro pueblo.
- 2o.- El proceso Legislativo sanitario actual, está determinado por la estructura económica capitalista imperante, fomentando o aprobando leyes que la hagan mantener su condición de poderío; y con ello beneficiar a todas aquellas personas que tratan de mantener dicho sistema.

5. HISTORIA DE LA MEDICINA EN GUATEMALA

5.1 HISTORIA DE LA MEDICINA ENTRE LOS INDIOS, ANTES DE LA CONQUISTA DE LOS ESPAÑOLES

El estudio de la medicina indígena, desgraciadamente se hace dificultosa en nuestro medio debido a la escasa literatura disponible, así como a la interpretación tergiversada de los hechos y conocimientos que poseemos actualmente.

En ésta situación, juegan un papel importante los cronistas de épocas Coloniales y los modernos que han hecho recopilaciones de las tradiciones y costumbres de las razas que aún perpetúan las lejanas culturas del pasado.

El estudio de la medicina indígena no debe hacerse enumerando simplemente las prácticas médico-quirúrgicas y terapéuticas. Fieles a nuestra ideología básica, creemos que al estudiar la medicina de los Mayas, es posible encontrar hechos magníficos, afirmativos o negativos, que hablen de su cultura y su civilización.

El problema de la salud regula muchas veces la vida económica y social, y la decadencia de una raza ha ido ligada muchas veces a las enfermedades epidémicas o endémicas que la azotaron. En la historia de los Mayas, el problema de las epidemias es uno de los factores principales, pero no fundamental para explicar el abandono de ciudades y su decadencia social, como lo demuestran la raza TUTUL-XIU que forjó los imperios de XIBALBA y CHICHEN ITZA.

Los motivos de esa decadencia y abandono ha sido muy discutido. Es posible, dada las circunstancias climatológicas, que la decadencia se debió a las epidemias propias de la época, aunque es difícil determinar cual fué la causa destructura del imperio Maya; además, no debe desestimarse a las enfermedades selváticas y

costeras de carácter endémico, que abundarían por doquiera e influirían en la destrucción del mismo.

Las numerosas y graves enfermedades que padecieron los Mayas, nos explican el valor de la medicina entre ellos y la variada mitología médica encargada de protegerlos y auxiliarlos en los eternos combates que el hombre sostiene con las fuerzas morbosas.

Las enfermedades siempre han tenido, en la imaginación, algo de demoníaco, algo de pecado y de castigo y por eso la medicina ha de haber sido sagrada y supersticiosa. Y así lo fué entre los Mayas.

Los Nahoas fueron maestros de los Mayas, y éstos, a su vez, de las familias étnicas de Guatemala, las que heredaron los secretos y misterios de ellos; más tarde, éstos conocimientos fueron olvidados y se perdieron por falta de tradición y por decadencia completa de la cultura indígena después de la conquista española.

La medicina Maya-Quiché conoció nuevas prácticas, resultantes de nuevos problemas de salud y enfermedad, relacionados con climatologías distintas, que hicieron variar los conocimientos diagnósticos y terapéuticos.

Los Mayas, a semejanza de los pueblos cultos de la antigüedad, dieron a la medicina carácter sagrado, cuya liturgia sólo era conocida por los iniciados sacerdotes de una ciencia misteriosa, que era patrimonio familiar y se heredaba a través de las generaciones.

La mayor parte de éstos secretos se han perdido, y los indios actuales saben muy poco en comparación con sus antepasados.

Los Mayas tuvieron la particularidad en sus creencias médicas, de nunca mezclar supersticiones astrológicas en sus

terapéuticas y pronósticos, cosa fácil de explicar, dados sus conocimientos astronómicos.

Los Mayas-Quichés aprendieron la anatomía gracias a sus prácticas de sacrificios humanos, imitaron a sus maestros los Nahoas y los siguieron en su nomenclatura anatómica.

Las enfermedades fueron consideradas por los indios como castigo de los dioses, a quienes era necesario aplacar con múltiples ofrendas.

La patología médica indígena tuvo muchas palabras que designaban síntomas o enfermedades, como: Angina de Pecho, Asma, Hemoptisis, etc. Respecto al conocimiento de las enfermedades eruptivas o infecciosas, tenemos que afirmar que la gran mayoría de ellas nos fueron importadas de Europa y Africa.

La patología quirúrgica fue entre los indios mejor conocida que la médica. Su vida guerrera y accidentada los obligó a tener un conocimiento admirable de las heridas que fueron clasificadas desde varios puntos de vista.

La terapéutica era ejercida por especialistas, existiendo una división del trabajo, basada en la experiencia hereditaria. Los antiguos cronistas hacían elogios a los curanderos o cirujanos indígenas, que devolvieron la salud a los frailes misioneros.

La terapéutica obstétrica estaba muy adelantada; hay descripciones y relatos de cómo la partera practicaba la embriotomía con una navaja de piedra y sacaba a pedazos la criatura. Las principales costumbres (higiénicas), eran la dieta y los baños. Las primitivas razas aborígenes fueron sanas. El colonizador les llevó vicios y malas costumbres y gran número de enfermedades epidémicas no conocidas hasta entonces.

Los Mayas y sus descendientes no fueron, pues, ajenos a la

medicina preventiva y a una terapéutica vegetal sabia y complicada. Además, la mayor parte de epidemias y pestes fueron traídas al nuevo mundo por los conquistadores, como lo demuestran los cronistas españoles en sus relatos, refiriéndonos las grandes epidemias de Yucatán, México y Guatemala y su espantosa mortalidad, más tarde atenuada por las reacciones inmunológicas.

Es así pues, que revisando la poca literatura con respecto a la medicina indígena, ésta nos parece bastante avanzada en algunos aspectos con respecto a esa época; aunque desconocían la etiología de las enfermedades, las consideraban como verdaderos castigos de los dioses. Si bien es cierto que las epidemias o pestes afectaron a la raza Maya-Quiché, la conquista española fué la determinante de la decadencia de ésta raza, legándole además, enfermedades y vicios, los cuales todavía perduran.

5.2 HISTORIA DE LAS CIENCIAS MEDICAS DURANTE LA COLONIA

Es durante los principios de la Colonia, en que las Ciencias Médicas sufren un gran atraso, debiéndose ésto a los acontecimientos propios de esa época, como lo eran las ocupaciones de tierras en la política colonizadora, el enriquecimiento de unos pocos y la explotación por éstos de la mayoría —indígenas—, así como su "pacificación" y su "cristianización".

La medicina se ejercía empíricamente, no había donde enseñar y los hospitales eran simples asilos de enfermos, consolados por la religión más que por la medicina curativa.

La vida médica de la Ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala, antes de la fundación de la Universidad de San Carlos, se reduce a singulares pleitos entre curanderos y titulados y entre médicos y boticarios, a curiosas demandas y a exagerados abusos, todo regulado por las leyes dictadas por España, siendo bien o mas aplicadas, según la calidad e influencia del acusado y

según la severidad de los jueces y gobernadores.

No podemos pasar desapercibidas las pestes, y calamidades que asolaron a Guatemala en esa época, que con el tiempo éstos fueron folviéndose un mosaico tal, que hubieron viruelas, bubas, sarampión y peste de flujo de narices; muriéndose pueblos enteros, conociendo así nuestra raza indígena el ambiente trágico en que se desarrollaba, ya que siendo una clase explotada, vivía en condiciones insalubres, promiscuas, etc.; que favorecía más el desarrollo de dichas enfermedades entre ellos, que entre la clase explotadora.

El 31 de enero de 1,676, por Real Cédula se concebió la fundación de la Universidad de Guatemala. En Junio de 1,680 se redactaron los estatutos y constituciones, los cuales fueron hechos a semejanza de las otras universidades de España y América.

La enseñanza de la medicina en la Universidad de San Carlos fué defectuosa en sus principios. Faltaban maestros y no había alumnos a quienes enseñar. Por lo cual, es ampliamente conocido el atraso de las Ciencias Médicas y su difícil progreso. Por ello, la medicina es termómetro admirable para juzgar la mentalidad de una época y para juzgar la verdad y el error.

Fué en el siglo XVII, época en que hubo varias epidemias, cuando se fundaron varios hospitales, tales como: El Real de Santiago o de San Juan de Dios, el de San Alejo o de Indios y el de San Lázaro, todos administrados por los hermanos de San Juan de Dios. Todos eran enfermerías simples, los médicos poco podían hacer, y los hermanos de San Juan de Dios eran dueños de éstas casas de caridad.

En Abril de 1,769 se presenta una epidemia de sarampión, causando serios estragos entre los indios, los cuales mueren por millares; como es lógico, esto es resultado de la situación de desventaja en que se encontraban, como lo demuestra el pronóstico

de ésta enfermedad en aquella época; bueno en la gente acomodada, malo entre los indios; explicable por la falta de cuidados y dieta. Podríamos asegurar que durante éstos años, se fundó la Sanidad Pública, surgida de las circunstancias del momento —déficit de mano de obra—, por la muerte o enfermedad de los indígenas, que ante tal situación no podían trabajar para los terratenientes, ni contribuir para la Corona.

Una vez más, a través de la Historia de la medicina, se confirma la participación de la salud en la situación económico social en que se encontraban los indígenas en aquella época, lo confirma la epidemia de Tifus Exantemático, que duró cerca de un año, y que afectó a la mayoría de ellos.

Es así pues, que la epidemia de Tabardillo y el Terremoto de Santa Marta, ponen fin a la historia médica de la segunda ciudad colonial —en el Valle de Panchoy— y cierra un período de la medicina colonial.

Durante ésta época, la Universidad de San Carlos se oponía a ser trasladada a la nueva Guatemala de la Asunción, y con ella los hospitales, que deseaban mantenerse en sus antiguos sitios; por tal situación, no hubo vida médica durante seis años en la nueva ciudad.

Ya trasladadas éstas instituciones a la Guatemala de la Asunción, se encontraron los hospitales con problemas de tipo económico, tanto para su nueva construcción como para su mantenimiento; por lo cual se obligó a los mercaderes a pagar una cuota para la asistencia de los enfermos, viéndose así explotados éstos.

A pesar de esto, los hospitales de la Nueva Guatemala marchaban muy mal, debido a las pugnas entabladas entre el gobierno y el cabildo eclesiástico, quienes preocupados en sus intereses personales, olvidaron la sagrada misión del hospital,

entorpecida por inútiles y perjudiciales discusiones.

Hay que hacer mención también, que la epidemia de Viruela en el año de 1,780 permitió al Doctor José Felipe Flores mostrar sus cualidades de innovador en éste campo, ya que fué el primero en Guatemala en introducir el método de inoculación para prevenir las viruelas, dando buenos resultados. Algunos aspectos de la medicina en las postrimerías del siglo XVIII.

— La prevención del mal de los siete días —tétanos por infección del cordón umbilical— dada por el Rey de España, por medio de la aplicación del aceite de palo o aceite de Canimás y bálsamo de Copaiba.

— Se establecieron dos reformas en los hospitales: el nombramiento de practicantes internos; y la unión de los dos hospitales en uno solo —el de San Juan de Dios y el de San Pedro—.

— Mientras las epidemias de viruelas continuaban destruyendo en masa al pueblo Hispanoamericano, llega por primera vez la vacuna antivariólica a América, cuya introducción en Guatemala fué en el año de 1,804.

— En 1,814 se establece la primera institución de Salud Pública y la base de todas las juntas posteriores y similares. En sus reuniones se tomaron algunas medidas, como: establecimiento de cementerios fuera del poblado, aseo y limpieza de las calles y cárceles. Pero todo fué en vano, la política absorbió a los encargados de éstas actividades, sufriendo la Salud Pública el mayor de los abandonos.

En conclusión, diremos que la ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala, resume su medicina en las instituciones hospitalarias, las cuales estuvieron alejadas de una medicina verdadera, que en aquella época era difícil de contar. Dichas

instituciones se dedicaron más al “cuidado”, atención y conservación de las fuerzas productivas del pueblo —indígena—, sirviendo a la “pacificación” de éstos, así como a su “cristianización”. Y no como equivocadamente tratan de explicar algunos autores diciendo que: “la medicina fué destinada a la conservación de la Salud Pública y moral de la humanidad a través de un apostolado de caridad y obra social hospitalaria exclusivamente”.

El panorama de las Ciencias Médicas Coloniales es un factor importantísimo en la problemática económico-social de esa época y que perdura hasta nuestros días —no en lo científico— debido a la política y esquemas de salud que se han adoptado.

5.3 HISTORIA DE LA MEDICINA DESDE LA INDEPENDENCIA HASTA NUESTROS DIAS

Durante el período de la Independencia se acrecentó el número de movimientos y revueltas en pro de la misma pero, los que ahora veneramos como próceres de nuestra independencia, que no estaban “acostumbrados” a pensar como guatemaltecos, como nacionales, se dedicaron a denunciar éstos movimientos libertadores, los cuales fueron apagados rápidamente y sus representantes desaparecidos. Estos pseudo-próceres a cambio de sus denuncias pedían privilegios y canonjías a la Corona. Es pues, que éstas personas más tarde se convierten en próceres de la independencia, siendo portadores de una nueva “libertad” que años atrás combatieran.

En éste ambiente trágico y desolador, la vida intelectual, la vida Universitaria que necesita una estabilidad económico social, trabajo constructivo y una política sin caprichos ni apasionamientos personales, no puede florecer notándose una decadencia general de la cultura, cuyos efectos se prolongan por más de medio siglo.

La Ciencias Médicas que durante la Colonia tuvieron un sitio en la Universidad y el hospital, sufrieron el más completo

abandono, decadencia, en tal forma, que parecían destinadas a desaparecer en la vida de Guatemala.

A pesar de todas estas vicisitudes llega el año de 1,840 año en que se funda la Facultad de Ciencias Médicas, producto de los médicos, pueblo y gobierno. Actualmente con más de 130 años, la Facultad de Ciencias Médicas, ha conocido los más diversos regímenes políticos y ha sido gobernada por muchos protomédicos y decanos. Algunos gobiernos le favorecieron en la enseñanza universitaria y otros no.

La escuela de medicina es reformada en el período de 1,875 a 1,880, con respecto al plan de estudios, aumentándolo en un año mas, comprendiendo cinco años el total de dicho plan, además se inauguraron otras cátedras; en 1924 se aumenta el plan de estudios a siete años.

Es importante señalar que en el año de 1847 nace la primera Sociedad de Medicina y con ella la primera revista, cuya existencia fué efímera, desapareciendo en el tiempo del General Carrera. En 1878 surge la Academia de Medicina y Farmacia en el Régimen del General Barrios.

Hubo otras revistas como: el Album Médico, el Escalpelo, la Unión Médica y la Gazeta de los Hospitales. Todas estas revistas tuvieron un valor histórico y una vida efímera.

Otros aspectos importantes es la introducción de la antisepsia y asepsia por el Doctor Juan Ortega, construyéndose así el pabellón de operaciones antiséptico el 14 de septiembre de 1905. Además en 1882 se introduce en el país el Pulverizador de Championere, la Cura de Lister y el Cat-Gut. Aparecen después dos revistas que tuvieron más vida que las anteriores, la Juventud Médica y la Escuela de Medicina; la primera desapareció en 1925, resucitando en 1944; y la segunda desapareció en 1919.

Así pues, a través de éste pequeño resumen, se analiza la Historia de la Medicina, el cual nos ha mostrado caminos de verdad y error, de triunfo y de fracaso; acusándonos de nuestra indolencia y recordándonos nuestros deberes presentes y futuros; nos abre los ojos hacia la verdadera función social que representa la medicina y los médicos, hacia la verdadera función económica, cultural y política que juega la escuela médica en nuestro país.

6. , LA ECONOMIA Y LA LEGISLACION GUATEMALTECA

6.1 DATOS BASICOS

Fuerza de Trabajo. Es el conjunto o concurrencia de esfuerzos físicos o psíquicos humanos que, al imprimir movimiento a los otros dos factores⁽¹⁾ en el proceso productivo, se convierten en trabajo. Estas Fuerzas de Trabajo pueden o no estar aplicadas a un fin productivo; pueden ser o no aprovechadas, y para su rendimiento necesita de alimentos, vestuario, habitación etc.; de lo contrario no puede reproducirse, se debilita, se destruye como Fuerza de Trabajo.

Los Objetos de Trabajo. Son las cosas que reciben la acción formativa o transformativa del trabajo —Materias Primas, materiales, tierra y otras riquezas y fuerzas de la naturaleza—; convirtiéndose en bienes satisfactorios de necesidades, o en presatisfactorios; es decir, en medios de Trabajo no destinados a consumirse inmediatamente, sino a aumentar el rendimiento posterior del proceso productivo.

Los Medios de Trabajo. Son los Objetos de Trabajo transformados en herramientas, máquinas, instalaciones, energías no humanas y otros instrumentos o vehículos, aparatos u obras, los cuales sirven a manera de palancas que multiplican la eficiencia productiva del trabajo.

Estos tres factores, deben ir definitivamente unidos o interrelacionados en el proceso de trabajo, ya que separadamente, los mismos carecen de significación, son inexplicables.

(1) Se refiere a los Objetos de Trabajo y a los Medios de Trabajo.

Medios de Producción. La unión de los Medios de Trabajo y los Objetos de Trabajo, se denominan, Medios de Producción, porque esos elementos aunados transmiten y reciben, vuelven más eficaces y concretan el trabajo productivo, como proceso transformativo y conformativo de bienes satisfactorios y presatisfactorios.

Los Medios de Producción, no son pasivos; tienen un papel relativamente decisivo dentro del proceso de trabajo. No se rinde lo mismo elaborando con herramientas que sin ellas; ni se obtiene igual fruto con éstas que con máquinas automáticas.

Fuerzas Productivas. Los Objetos, Medios y Fuerzas de Trabajo, constituyen una unidad práctica, que se llama Fuerzas Productivas, o sea: los Medios de Producción juntamente con los hombres que mediante su fuerza de trabajo manejan, fabrican y perfeccionan los instrumentos de producción y transforman los materiales; integran las Fuerzas Productivas de cualesquiera unidades económicas.

Relaciones Sociales de Producción. El conjunto de vínculos que los hombres contraen en el proceso de producción: los nexos que su actividad productiva crea y desarrolla y que luego condicionan esa misma práctica productiva, se denominan "Relaciones Sociales de Producción".

No sólo hay relaciones sociales de producción, sino también de Consumo, Distribución y de Cambio; ésta última aparece cuando existe apropiación de los medios de producción o sea en el sistema capitalista, en el cual no producen para el consumo de la población, sino para vender en el mercado; para cambiar con ganancia. En el sistema Socialista se produce, para el consumo de la población.

6.2 ESTRUCTURA ECONOMICA:

La estructura económica tiene características diferentes, según la sociedad de que se trate, es más; la naturaleza de las relaciones sociales de producción o apropiación predominantes, es la que determina el tipo de sociedad de que se trata. En una sociedad donde existe la propiedad privada de los Medios de Producción, las relaciones económicas adquieren diferente carácter que en una sociedad donde tal propiedad no se reconoce o se reconoce con fundamentales limitaciones.

Una vez surgida la propiedad privada, surgen las clases sociales, unas poseedoras y otras desposeídas, con distinto rol dentro del proceso productivo; la propiedad sobre los Medios de Producción tiende a separarse de las clases trabajadoras y a quedar en manos de un grupo más o menos reducido en grandes propietarios.

O sea que, en toda sociedad dividida en clases sociales, las relaciones sociales de producción básica son a su vez, en cierta forma, relaciones clasistas. Es así pues, que las relaciones de propiedad determinan el carácter de las relaciones Sociales de Producción y la Estructura Económica de un país.

Para que las Fuerzas Productivas funcionen eficientemente y solucionen las necesidades sociales existentes, se necesita que la estructura económica, concuerde con el nivel de desarrollo alcanzado por las Fuerzas Productivas. Esto es lo que no ha sucedido entre las clases privilegiadas y grupos conservadores, con respecto a la Estructura Económica que se mantiene atrasada frente al avance de las Fuerzas Productivas, siendo cada día más inevitable los procesos revolucionarios.

6.3 ECONOMIA Y DERECHO:

El Derecho, en términos generales, es un conjunto de

normas imperativas que regulan e informan la conducta humana. La conducta humana se desarrolla necesariamente en sociedad en forma concreta; por lo que, la conducta humana, de hecho a la vez que jurídica, es económica, política, moral, etc.

Las relaciones entre la Economía y el Derecho se hace cada día más directas; el Derecho Económico, el Derecho de trabajo, el Derecho de Previsión, el Derecho Agrario, el Derecho Industrial, etc., son pruebas de las íntimas vinculaciones que en el mundo actual existen entre el gobierno y la economía.

Todo sistema o régimen económico se constituye por las necesidades e imposiciones de un grupo o clase, que usufructúa el trabajo de los demás grupos o clases. Naturalmente los beneficiados con el régimen procuran conservarlo, imponiendo severas sanciones a los transgresores. Cuando los intereses humanos son de carácter económico, las normas jurídicas que los rigen, tienen sin duda una base del mismo carácter, es decir, una base económica.

El Estado como organización de las clases dominantes, apuntala unos u otros elementos, según la correlación de clases existentes, y tal apuntalamiento lo hace mediante la norma jurídica.

El Derecho por su parte, apoyado por la clase en el poder, condiciona la evolución económica: la favorece o la frena, la conforma o la deforma. Cuando llega el momento en que el fenómeno económico, se haya asfixiado por el anticuado marco jurídico, éste se destruye —procesos revolucionarios— dando lugar a un nuevo orden jurídico y político, nuevas formas de propiedad, favorables al desarrollo de la economía y la sociedad.

Economía y Derecho, pues, son causa y efecto, pero a la vez son contradictorios; se interinfluyen por algún tiempo, para luego la primera promover y transformar al segundo, a efecto de poder continuar su desarrollo y dinámica.

6.4 EL DESENVOLVIMIENTO ECONOMICO DESDE NUESTROS INDIGENAS PRIMITIVOS HASTA NUESTROS DIAS

6.4.1 Nuestros Antepasados Indígenas:

Los pueblos Maya-Quichés no se desarrollaron dentro de una unidad social y económica, sino al contrario: se dividieron y subdividieron formando distintos grupos gentilicios y lingüísticos. Por lo que cuando Pedro de Alvarado conquistó Guatemala no encontró una población uniforme.

Los Maya-Quichés sabían trabajar el cobre, el arte textil, la alfarería, sabían pulir metales y labrar la tierra; tenían conocimiento sobre la ingeniería sanitaria, así como de Astronomía y Matemáticas. Vivían de la pesca, la caza, la recolección de frutos y la agricultura primitiva, basada en el cultivo de maíz.

Todos los individuos estaban obligados a pagar al cacique tribal o jefe del Clan o Gens un tributo consistente en objetos y especias, o a veces eran esclavizados los pueblos más débiles. Esto explica en parte la pugna de los grupos indígenas contra otros y el que los españoles hayan encontrado aliados durante la conquista.

Las Fuerzas Productivas estaban poco desarrolladas, y las Relaciones Sociales de Producción correspondían fundamentalmente a las del comunismo primitivo en su fase de descomposición, cuyas características generales influyeron a la eficiencia de su trabajo, la cual era muy baja. No conocían la propiedad privada, aunque ya había comenzado a aparecer la apropiación particular en algunas parcelas, lo cual es una expresión de la descomposición de la comunidad primitiva.

Es por eso que poco antes de la llegada de los españoles, ya se había iniciado éste proceso entre los indígenas, y el apareamiento de las nuevas formas de propiedad y esclavitud. La

esclavitud no era un sistema extendido; lo rudimentario de los medios de trabajo y la baja eficacia de éstos, impedían el desarrollo pleno de las relaciones esclavistas de producción. Estaban pasando apenas de la barbarie a la civilización de una sociedad clasista muy cercana a la dictadura comunal.

6.4.2 La Conquista y la Colonia:

La economía durante ésta época se basó en el saqueo y la explotación cruel de los indígenas; en el despojo constante de las tierras que eran repartidas a los conquistadores; en el uso de formas esclavistas y feudal-esclavistas o feudoloides de explotación; el comercio ventajoso semiforzado, la opresión religiosa y policíaca, el cepo y los azotes, la limitación y monopolización de nuestro comercio exterior, etc.

Los conquistadores españoles, continuaron y estimularon las nacientes prácticas esclavistas, poniéndolas al servicio de la estructura feudal y comercial española. En el proceso de sojuzgamiento intervinieron los conquistadores, las autoridades españolas y los clérigos; incluso las clases aristocráticas y reaccionarias indígenas contribuyeron a someter a sus hermanos de sangre, comerciaron con ellos para conservar sus privilegios y prerrogativas.

El proceso de esclavización se aceleró con la conquista española, mientras que la débil y vacilante política antiesclavista de las autoridades españolas se dirigía únicamente contra la esclavitud de los indígenas y no contra la esclavitud en general.

En conclusión, la conquista vino a precipitar la descomposición del comunismo primitivo indígena y a impulsar la extensión de la esclavitud, al servicio de la estructura feudal y comercial de España.

Más tarde la lucha de los esclavos contra su sojuzgamiento y

explotación inhumana, el desarrollo de las fuerzas productivas, las ideas feudales de España reflejadas en las Reales Cédulas, y las actividades de algunos frailes, fueron modificando la esclavitud y dando paso a instituciones semiesclavas y feudales. Los indios libres y los liberados siguieron pagando tributo y dando servicios personales a los colonialistas. Servían además en obras públicas y privadas, barriendo calles y plazas y otras obras sin ninguna paga; obligación que persistió hasta 1944 en que se suprimió el "boleto de vialidad".

La economía durante la Colonia, estuvo supeditada a los intereses de España, era regida, monopolizada y saqueada por ésta; ejemplo de esto fué la Casa de Contratación de Sevilla, cuya finalidad era mantener el monopolio español en el comercio con América y otros aspectos. La economía Colonial era fundamentalmente agrícola.

Los Trabajadores indígenas, pues, repetimos, de hecho eran esclavos o semi-esclavos, a pesar de los mandatos contenidos en las leyes de Indias o Cédulas Reales y no obstante los esfuerzos aparentemente humanitarios de los frailes interesados en el desarrollo feudal.

El Régimen de Encomiendas⁽¹⁾, es un hecho inocultable, un hecho de explotación despiadada durante la Colonia, dicha institución fué adquiriendo distintas modalidades a través del tiempo, al ritmo del desarrollo de las Fuerzas Productivas y la lucha de clases; perdurando actualmente en parte dicha mentalidad encomendera en muchos terratenientes de nuestro medio.

(1) Consistía en la entrega a los españoles de cierto número de poblaciones indígenas, con derecho a cobrarles tributo en especie a sus habitantes, cobrarles la parte de la Corona y utilizarlos en labores agrícolas o mineras o en sus servicios personales.

La economía de Guatemala durante la Colonia, se desarrolló con gran lentitud. Se vió frenada por las voraces y monopolísticas disposiciones de la Corona, como lo demuestra la legislación Indiana a través de Reales Cédulas, que determinó la política agraria de esa época y dió paso al latifundismo en nuestro pueblo⁽¹⁾

6.4.3 La independencia y la República:

La Independencia Centroamericana no constituyó un hecho aislado dentro de las revoluciones emancipadoras que se operaron en las colonias españolas. Fué consecuencia del nivel alcanzado por el desarrollo de nuestra economía, y de la opresión colonial. Fué un movimiento de rebelión frente al orden constituido, una respuesta al sistema semi-esclavista de explotación implantado por los colonizadores, fué un pequeño cambio cualitativo de las relaciones de Producción y en la superestructura.

La participación del indígena en la lucha por la independencia fué muy significativa, aunque éstos no participaron como dirigentes de la emancipación patria, fueron el motivo esencial de ella: los explotadores se disputaban su fuerza de trabajo.

Al alcanzarse la independencia política, manejada a última hora por los conservadores feudales, por los grandes terratenientes, subsistió el dominio económico y político de éstos, íntimamente unidos a la iglesia, el más grande poder económico feudal de la época. La clase Clerical-conservadora mantuvo intacta la estructura económica y social heredada de la Colonia, aplicó su propia fórmula de independencia: continuar con la explotación de los indígenas pero sin España. La economía durante la época

(1) Martínez Pelaéz, Severo. La política Agraria Colonial y los Orígenes del Latifundismo en Guatemala. Separata de la Revista Economía No. 22. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Facultad de Economía. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1972. pp. 59-79.

independiente siguió siendo semi-colonial, la contradicción entre los campesinos indígenas y los dueños de la tierra, entre explotados y explotadores, era lo principal.

Durante el régimen del General Rafael Carrera, apoyado y dirigido por la clase conservadora y la iglesia, se consolida el feudalismo guatemalteco. Este régimen y las clases que lo apoyaban mantuvieron al país sumido en el atraso más grande, económica, política y culturalmente.

En ese estado desastroso y deprimente permaneció en país hasta 1871 en que estallo la Revolución Liberal, apoyada por la pequeña burguesía y la muy incipiente burguesía, bajo el liderazgo de Justo Rufino Barrios.

Con dicha reforma "liberal", hubo modificaciones en la estructura del agro, como el terminar con el feudalismo de la iglesia, expropiándole sus tierras y repartiéndolas entre los varios pequeños burgueses y "nuevos" agricultores que la solicitaron, suprimiéndoles los diezmos y primicias. Inició la construcción de ferrocarriles con capital nacional y procurando la modernización de las instalaciones portuarias.

La Revolución Liberal representa la ruptura del feudalismo de la iglesia en el campo, a base de la gran propiedad laica; la primera etapa del desarrollo capitalista en el campo —economía cafetalera sobre todo— y el afianzamiento del país dentro de las relaciones económicas capitalistas internacionales.

Bajo el gobierno pseudo-liberal y pro-imperialista de Estrada Cabrera, se abre desde principios de siglo el primer período de la penetración al país del capital monopolista extranjero, especialmente norteamericano.

En 1901 y 1904 dicho gobierno entrega el ferrocarril del Norte, el muelle de Puerto Barrios y tierras en abundancia a la

IRCA. En 1912 la IRCA adquirió las otras vías férreas: la del Sur, las que conectaban Iztapa con el Puerto de San José y Escuintla con la frontera con México.

En 1918 es expropiada la compañía Eléctrica de Guatemala que era propiedad alemana, siendo entregada a la Central American Power, subsidiaria de la Bond and Share. En 1925 fué entregado a la W.R. Grace and Company el muelle de Champerico, y en 1926 fué perfeccionada la venta de las instalaciones portuarias de San José.

Queda así consumada la entrega prácticamente de toda la economía del país al imperialismo norteamericano. Todos éstos privilegios fueron mantenidos y ampliados por las administraciones antipatrióticas de Orellana, Chacón, Ubico, Castillo Armas, Ydígoras Fuentes, Peralta Azurdía, etc.

Esta entrega al imperialismo fué modificada o detenida durante la década revolucionaria de 1944-1954, por los gobiernos de Arévalo y Jacobo Arbenz Guzmán. Desde la promulgación del decreto 900 —Ley de Reforma Agraria—, se acelera en Guatemala el desarrollo capitalista y la lucha antiimperialista, los cuales desde 1954 han sido mediatizados.

Constituyeron la revolución de Octubre, los siguientes planteamientos:

- La ruptura de la estructura semi-feudal de la economía agrícola.
- La ampliación del mercado interno y la justicia distributiva para los oprimidos campesinos, mediante el decreto 900.
- La electrificación y la industrialización del país, a través de leyes e instituciones de crédito y fomento industrial.

--- La independencia económica nacional, a través de la construcción de la carretera al Atlántico y el Pto. Santo Tomás de Castilla, que liquidaría el dominio portuario y transportalista de la United Fruit Company y la IRCA, luego FIDECA y hoy FEGUA.

--- La diversificación de la producción y de nuestro comercio exterior y la búsqueda de nuevos mercados, sin consideraciones políticas.

--- La reestructuración y desarrollo del sistema bancario nacional.

--- La equidad en las relaciones obrero-patronales a través de leyes de trabajo y de seguridad social, además de libertad política y sindical.

En 1954, el imperialismo inicia su segunda etapa de penetración en Guatemala. Después de la contrarrevolución antipatriótica y reaccionaria de Castillo Armas y los gobiernos que le han sucedido, vuelven a estar presentes en la determinación de la política estatal los terratenientes latifundistas, la casta militar-terrateniente y la burguesía pro-imperialista, se entrega concesiones de derechos petroleros y mineros las riquezas del sub-suelo guatemalteco; se restituyen sus tierras a los grandes terratenientes expropiadas por el decreto 900; se desvirtúa el programa de electrificación del país y se prorroga el contrato de la empresa eléctrica, renacen los privilegios y granjerías para la IRCA y otras empresas extranjeras como la UFCO.

Las "ayudas", los "prestamos", las "asistencias técnicas", la integración económica centroamericana en la forma en que está planteada y la Alianza para el Progreso, son otros aspectos importantes de la penetración imperialista en Guatemala, en ésta segunda etapa a que nos referimos, y que no termina aún.

6.4.4 Nuestra Economía en la Actualidad:

La economía actual de Guatemala sigue siendo aún subdesarrollada, precapitalista y dependiente. Su producción agraria que es fundamental, está basada aún en relaciones económicas semi-feudales y su producción industrial se encuentra muy escasamente desarrollada. Hay poca formación de capital industrial y bancario. La producción de Guatemala es básicamente de monoexportación —café, algodón y azúcar— a un sólo mercado —EEUU— del que obtenemos casi todos los productos industriales que necesita la población y las empresas, bajo los precios fijados por nuestro único comprador y vendedor.

Las mayorías, la población explotada, son indígenas. La inferior posición del indígena guatemalteco, su miseria casi absoluta, no debe ser explicada por razones raciales ni derivadas exclusivamente de la conquista española, sino como resultado de la subsistencia de modos anacrónicos de producción, el latifundismo y la penetración imperialista.

La característica semi-feudal, pre-capitalista, atrasada, del modo de producción de Guatemala, se acusa fundamentalmente en las siguientes circunstancias:

- La concentración de más del 70o/o de la tierra en muy pocas manos, que apenas constituyen el 10o/o de la población.
- La poquísima cantidad de tierra en manos de los campesinos que son más del 80o/o de los propietarios de pequeñas parcelas y que constituyen más del 60o/o de la población del país.
- La falta de cultivos en la tierra cultivable, casi todas en manos de los grandes propietarios, y el cultivo hasta el agotamiento de la poca tierra marginada por parte de los

campesinos. Los minifundios —microfincas y fincas subfamiliares— aportan el 47.6o/o de la producción para el consumo interno, y solamente el 0.7o/o de la producción exportable. En contraste, los grandes latifundios aportan sólo el 34.4o/o de los productos de consumo interno, pero el 94.3o/o de la producción agrícola de exportación.

— La subsistencia de Relaciones Económicas de Producción precapitalistas —renta en especie o en trabajo a favor de los terratenientes— a través de la aparcería, del pago de salarios con dación en uso de las tierras y fijación de los campesinos en las fincas “chichiguas”⁽¹⁾ o mediante el sistema de peonaje, para mantenerlos disponibles a la hora de la cosecha, etc.; métodos que mantienen débil el mercado y obstaculizan el desarrollo mercantil, es decir: el dominio del hombre a través de la propiedad de la tierra, un rasgo típicamente feudal.

— La población económicamente activa de Guatemala es fundamentalmente rural, y está constituida en su inmensa mayoría por campesinos pobres y semi-proletarios con muy poca tierra o sin ella.

— La persistencia en muchas regiones del país, de economías de simple subsistencia, no monetarias, casi desencajadas de la economía nacional.

— La pseudo-industrialización, consistentes en pequeñas industrias ligeras, que usan materia prima importada, dependen grandemente del capital extranjero o el capital comercial.

(1) Fincas que lotifican determinada cantidad de tierra, otorgándoselas a campesinos y así asegurar mano de obra barata.

La falta de salarios adecuados, como se demuestra por el ingreso por cápita que en promedio es de 450.00 anual, siendo para el área rural de Q.82.00 anuales para el año de 1974; y a veces el no pago de ellos en virtud del empleo de forma anacrónica de producción, el ingreso bajo, y los insuficientes salarios en la ciudad, determinan que no haya capacidad de compra, mercado interno; que la industria no pueda desarrollarse. Los efectos sociales derivados de ésta tremenda realidad económica, son graves y numerosos, entre otros:

— Los campesinos y obreros, casi en su totalidad, con sus salarios no pueden proporcionarse una dieta que ni siquiera se acerca al 50o/o de lo adecuado; ésto empeorado últimamente por la carestía y aumento desmedido de los precios de los productos alimenticios básicos.

— La desnutrición y las enfermedades gastrointestinales son altamente prevalentes en los hijos de los trabajadores y la tuberculosis y enfermedades infecto-contagiosas, precipitadas por la sub-alimentación, pésimas condiciones de trabajo, vivienda, saneamiento ambiental, etc., afectan a las grandes mayorías nacionales.

— Como consecuencia de la sub-alimentación, las condiciones pésimas de vida, la insalubridad, la carencia de vestuario, medicinas y atención médica, etc., los grados de morbi-mortalidad son muy altos; con un promedio de vida para el guatemalteco ladino de 61.4 años, para el indígena es de 45 años. Con una mortalidad infantil del 81.4 por mil. Siendo las tres primeras causas de mortalidad: afecciones respiratorias agudas, diarrea y enfermedades carenciales.

La falta de ingresos suficientes de un Estado asentado sobre una economía requitica, el desperdicio e irracionalidad de los presupuestos públicos, la burocrasia, y el aparato de represión hipertrofiado; vicios de la misma estructura económica y social imperante e indirectamente: también del avance de la lucha del pueblo por una mejor vida, determinan que los servicios de educación pública sean notoriamente insuficientes, deficiencia que se refleja en el alto grado de analfabetismo en nuestro pueblo, de más del 63.30/o, según el censo de 1964.

Este es el pavoroso panorama, pintado a grandes rasgos, de la realidad económica guatemalteca actual, apoyado por políticas científicamente desacertadas, fuera de sanguinarias, antinacionales y reaccionarias; seguida de los gobiernos "anticomunistas", de la intervención norteamericana descarada en 1954 para acá.

Esta situación desastrosa sólo podrá ser superada, cuando desaparezcan sus causas; cuando los genuinos sectores del pueblo establezcan un gobierno democrático que sea expresión de las aspiraciones del país y afronten una decidida transformación de la actual estructura económica atrasada del país, con cambios especialmente en el agro, y empujen aumentos radicales de la producción y la productividad en el campo y la ciudad; propicien una distribución equitativa de la riqueza creada, beneficiando al pueblo y no a los parásitos sociales.

6.4.5 Conclusión

El capital más valioso de un país, es su población —Fuerza de Trabajo—. Nada hay que pueda substituir a éste recurso; sin embargo, para que la población sea factor de progreso debe reunir condiciones de preparación técnica, capacidad orgánica

y disciplina en el trabajo, por tanto ella debe ser adiestrada y educada especialmente para las tareas de producción; pero también debe estar bien alimentada y libre de tantas enfermedades que hacen minar su capacidad de trabajo.

La expectativa de vida al nacer es un índice que refleja la situación de salud de un pueblo. El niño que nace hoy en día, en un país como el nuestro, tiene una perspectiva de vida, de acuerdo a la clase social a que pertenezca —indígena y ladino—; ya que si analizamos la expectativa de vida entre éstos dos grupos sociales, el primero tiene un promedio de vida de 45 años; y el segundo de 61.4 años, habiendo una gran diferencia de 16 años entre ambos grupos. En las sociedades capitalistas como la nuestra, uno vive, se enferma y muere según su clase; como lo demuestra el grupo indígena, que representa la mayor fuerza de trabajo en nuestro pueblo, encontrándose en seria desventaja en cuanto a sobrevivencia con respecto al ladino.

En el año de 1973 nuestra población era de 5.570.900 habitantes; la estructura por grupos de edades demuestra que un 48o/o de la población está por debajo de los 15 años —población de consumo—, un 47o/o representa a la población económicamente activa —de 15 a 60 años—. La primera no es una población de consumo en un cien por ciento, ya que muchos de ellos comienzan a trabajar antes de los siete años de edad. Nuestros índices de salud nos dan los siguientes datos: tasa de mortalidad general de 12.2 por mil, la mortalidad infantil es de 81.4 por mil nacidos vivos, una tasa de mortalidad materna de 1.91 por mil nacidos vivos; ocupando las enfermedades diarreicas y parasitismo intestinal un 25o/o del total de la mortalidad, un 21o/o las afecciones respiratorias agudas y un 12o/o la tos ferina, sarampión y tuberculosis.

Todo esto nos indica, que la medicina que propugna el capital, es una medicina creada y limitada bajo ciertas condiciones económicas, ya que el capital está interesado en consumir y conservar la disponibilidad de fuerza de trabajo, en conservarla en

cuanto debe utilizarla, de manera y en medida tal que rinda al máximo; llevándolo a cabo mediante la imposición de sistemas de servicios sanitarios al azar o incongruentes con la realidad nacional, así como sistemas de enseñanza libresco, recargada de conocimientos que tienen poca o ninguna importancia para la población, proveyendo de asistencia médica inadecuada e insuficiente para la población económicamente activa y peor para la población de consumo, pagando además salarios de miseria.

Todo esto lleva como fin, la disminución o desaparición, en cierta medida, de la mano de obra, quedando sólo aquella que puede ser utilizada por el capital; en conclusión, el capital programa su posibilidad de existencia para producir, todo esto apoyado por el marco jurídico.

Es por eso pues, que la mayoría de la población guatemalteca, no tiene acceso a ningún tipo de asistencia médica, y para la mayor parte de los otros, la atención disponible no es adecuada a sus necesidades.

La actual mala asistencia médica en nuestro medio, es producida por las mismas determinantes que causan el subdesarrollo en nuestro país, éstos son: (1) la dependencia cultural, económica y tecnológica hacia los países desarrollados, y (2) el control económico y político de los recursos por parte de intereses y grupos sociales específicos: la lumpen-burguesía nacional y sus consortes extranjeros. Los dos factores anteriores dan origen, por otra parte, a las economías duales. Así como también, la mala distribución de los recursos humanos de salud, tanto por el tipo de asistencia como por región, por clase social y por subsectores, responde a las mismas determinantes que causan el subdesarrollo.

Por lo tanto, la importante influencia económica y política que la lumpen-burguesía urbana tiene en la distribución de los recursos, determinan asimismo el que la mayoría de los recursos de salud se encuentren centrados en los lugares urbanos, en donde se

encuentra situada la economía de mercado y extranjerista del país subdesarrollado, como el nuestro. Por consiguiente, aunque la mayoría de la producción económica es producida en las regiones fuera de los límites urbanos, es decir, en los sectores agrícolas —área rural—, el consumo de los servicios, incluyendo los de salud, es urbano y se concreta principalmente en la capital del país subdesarrollado.

En conclusión, lo dicho anteriormente no encuentra concordancia con los lineamientos del plan de Desarrollo Económico, ni con los objetivos de dicho plan; como por ejemplo: "mejorar la organización y administración del sector público para que pueda cumplir su función de promotor del desarrollo". y "elevar el nivel de bienestar de toda la población guatemalteca". La mala distribución de los recursos en los diferentes sectores de la economía, y por ende, la desigual distribución de los recursos de salud, no están contribuyendo al cumplimiento de los objetivos planteados.

7. LEGISLACION SANITARIA EN GUATEMALA

7.1 ANTECEDENTES:

Habiendo, pues, analizado brevemente la relación —cada día más estrecha—, entre la Economía y el Derecho, su repercusión sobre las fuerzas productivas y la importancia de éstos en el desarrollo económico, social, político y cultural de un país determinado; es perentorio realizar, una síntesis retrospectiva de lo que ha sido la legislación sanitaria en Guatemala, para tener una base de lo que más adelante será una evaluación crítica del actual proceso legislativo sanitario.

Durante la colonia, época en la cual se inician algunos aspectos de la Salud Pública; en el Valle de Almolonga se empezaron a tomar las primeras medidas con respecto a la fundación de un hospital, el cual como veremos más adelante fué creado para la "protección" del indio. Es así como Fuentes y Guzmán en su "Recordación Florida", nos relata éstos sucesos:

"que se señale un sitio para un hospital a donde los pobres y peregrinos sean acorridos y curados el cual, tenga por nombre y advocación el Hospital de las Misericordias"

Esta orden fué dada por la Real Corona en aquella época, pero no se llevó a cabo, sino años después, como se demuestra en lo siguiente:

"al principio no debió haber tanta necesidad de éste hospital y así sólo se halla memoria del de aquí a tres años, que se mandó a fundar, porque en el cabildo que se tuvo a los nueve de noviembre de mil y quinientos y treinta, se dice así que para hacer una casa y hospital para la santa cofradía de nuestra señora, se diese un sitio que para él lo fuese conveniente".

Es así como a los cuatro años se funda dicho hospital:

"a su cofradía y hospital hacen donación de las casas de cabildo por las razones tan pías y tan cristianas que se dieron el día de la dicha donación se hizo, que fué a los cuatro de mayo de mil y quinientos y treinta y cuatro"

Obedece, pues, la fundación de éste hospital a los intereses creados por los españoles, ya que la mayoría de los indígenas enfermaban y morían, no habiendo lugar donde fueran atendidos, disminuyendo así la mano de obra:

"que en ésta ciudad, algunas personas, no mirando que de ellos viene mucho daño a los vecinos, e otras personas, los indios que mueren en sus casas, no los entierran, e los dejan comer de perros y aves, e podrir dentro de dicha ciudad, de que suelen a venir a recrear muchas dolencias a los vecinos y habitantes, según consta por el cabildo que se tuvo a los treinta días de diciembre de mil y quinientos y treinta años"

La vida de éste hospital —si se puede llamar así—, fué muy efímera, ya que según Fuentes y Guzmán:

"el hospital de las misericordias fundado en Almolonga, casi no tuvo vida, apenas un rancho pajizo que cobijó a huérfanos é inválidos".

Estando la ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala en el Valle de Panchoy, el indígena sigue en desventaja, con malos tratos y explotación:

"cada uno de por sí es gente de poco trabajo y juntos hacían algo, y con todo esto era poco, que seis peones no trabajaban tanto como uno en España, porque como su comida es poca, son para poco"

Sigue narrando Fuentes y Guzmán:

“cada vecino quería darse más prisa que el otro en acabar su casa, y como éstas ventajas habían de ser a costa de los tristes indios habíalos también en los malos tratamientos, y faltándoles el sustento enfermaban y morían muchos arrimados a las paredes, tendidos por aquellos suelos, o en aquellos hoyos que hacían para sacar la tierra de las tapias”.

La situación era calamitosa entre el pueblo indígena, que enfermaba y moría sin atención alguna por parte de las autoridades de aquella época, es así como los padres dominicos fueron los primeros en “preocuparse” de ésta situación, atendiendo al indígena:

“el padre Fray Pedro de Angulo y el Padre Fray Matías de Paz, que más de ordinario que otro ningún padre residía en el convento. . . . procuró limosnas y compró un sitio no muy lejos de la casa. . . . y en él se edificó una casa cubierta de paja, del mejor modo que le fué posible, y en ella recogía los indios enfermos que topaba con ellos”

Habiendo pasado más de diez años, se decide construir el primer hospital:

“al año siguiente de mil y quinientos y cincuenta y cuatro libró su majestad quinientos pesos de oro, en la caja de los bienes de difuntos de Sevilla para el edificio del hospital y además de ésto encarga al presidente de Guatemala, que en todo lo que puidere, ayude y favorezca la dicha obra. Manda también su majestad que se ponga un repartimiento de indios en la Corona Real y de los tributos que se den al hospital seicientos pesos cada año. Este hospital fué bautizado como el de San Alejo o de Indios”.

Nace así el primer hospital en el valle de Panchoy, afirmando una vez más la situación clasista que se vivía en aquella época, ya que años después el obispo Francisco Marroquín decide fundar el hospital para los españoles:

“el obispo Marroquín. . . estaba edificando a su costa en la ciudad otro hospital en que curasen los españoles enfermos”.

Concediéndole dicha petición la Real Corona:

“que se le admita y desde aquel día —veinte y nueve de noviembre de mil y quinientos y cuarenta y nueve— se llama, el hospital Real de Santiago”.

Es así, pues, como la fundación de los primeros hospitales se debió a la situación económico-social de aquella época, con miras a la conservación de la mano de obra indígena, tratando además, de aprovechar dichos centros asistenciales para la “cristianización” y “pacificación” del indígena, por parte de la iglesia.

En el año de 1640 se comienza la edificación del hospital de San Lázaro, cuya creación se debe a Don Alvaro de Quiñónez Osorio Marqués de Lorenzana y Capitán General de Guatemala.

En abril de 1769, como consecuencia de la epidemia de Sarampión maligno, que se dió en aquella época, se comienzan a dar los primeros pasos en pro de la Salud Pública; pero no es hasta 1814 en que se establece la primera institución de Salud Pública y la base de todas las juntas posteriores y similares.

Desde 1821 a 1871 las leyes emitidas fueron recopiladas por Don Manuel Pineda Mont en tres tomos, y entre ellos se cuentan dos circulares, once acuerdos y veinte decretos, que se refieren a medidas de carácter sanitario. De 1871 a 1976 han sido recopiladas en 51 tomos publicados en los cuales hay 53 decretos, 557

acuerdos, 80 reglamentos, 14 circulares, 6 contratos, 2 aranceles y 6 convenciones; en lo que a salud pública se refiere,

El Protomedicato primero y la Junta Directiva de la Facultad de Medicina y Farmacia, después, constituyeron los organismos consultivos del gobierno de la república para los asuntos que al ramo de Salud Pública se refieren.

En el año de 1832, debido a la epidemia del Cólera Morbus se dictó un acuerdo del gobierno sobre policía y salubridad, estableciendo normas higiénicas y sobre la construcción de acueductos y atarjeas en la ciudad.

El 20 de julio de 1833 se establecen las juntas de Sanidad para hacer efectivas las medidas de higiene dictadas por los diferentes acuerdos y decretos.

Por decreto del gobierno, el 30 de diciembre de 1833 se dicta el Reglamento del Cementerio General, estableciendo por decreto de la asamblea legislativa, el 12 de abril de 1831.

En el año de 1834, debido a que aún persistía la epidemia del Cólera Morbus, el 24 de enero se emite un decreto que contiene medidas para poder evitar la invasión; el 12 de febrero establece los arbitrios de beneficencia por el caso de que el Cólera invada el territorio; y el 22 de agosto, la asamblea legislativa decretó la creación de fondos para la construcción de cementerios.

El 24 de abril de 1836 la asamblea legislativa decretó las disposiciones convenientes para evitar la propagación de epidemia de Viruela y ordenó la vacunación preventiva.

El 23 de agosto de 1837 se decretó la creación de la policía de salubridad, encargada de prevenir la propagación y contagio del Cólera.

En los años subsiguientes hasta 1871, toda la atención consiste en dictar los acuerdos o decretos, creando fondos o estableciendo impuestos a favor de los hospitales.

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

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

El 16 de marzo de 1878, se ordena a la Facultad de Medicina y Farmacia a que se proceda a formular el Reglamento para el ejercicio de ambas profesiones. Por el decreto gubernativo número 235, del 27 de febrero de 1879, se establecen los premios a los agricultores que presenten plantaciones de Quina, Calisaya o Succirubra.

El 21 de enero de 1880, se dictó un acuerdo reglamentando la formación del censo de los habitantes de la República. El 10 de abril de 1880, se dicta un reglamento sobre Rastros y Puestos destinados a la venta de carnes. El 19 de abril de 1883 se dispone de la vacunación antivariólica obligatoria a todos los niños de las escuelas; y el 15 de junio se declara dicha vacunación antivariólica obligatoria a todos los habitantes de la República.

El 30 de julio de 1886 se dicta el acuerdo gubernativo aprobando el reglamento de las denominadas casas de tolerancia en la ciudad capital y del hospital de sifilíticos. El 24 de septiembre de 1891 se crea y reglamenta la junta de sanidad e inspección general de higiene y en forma permanente para la República.

En acuerdo gubernativo del 4 de octubre de 1900 se nombra una comisión de médicos y abogados para que formulen un

reglamento de Sanidad para toda la República.

El 8 de junio de 1906 se nombra el personal que debe integrar el primer consejo superior de Salubridad Pública, de conformidad con lo dispuesto en el Código Orgánico del Ramo, decreto 659 del 16 de mayo.

El 23 de marzo de 1907 se aprueba el decreto legislativo número 704, por el que se aprueba el decreto gubernativo 659, Código Orgánico del Servicio de Salubridad Pública.

Por el decreto legislativo número 878 del 17 de mayo de 1912 se aprueba la convención internacional del Opio, suscrita en la Haya el 23 de enero de 1912; y en decreto legislativo número 879 del 17 de mayo de 1913 se aprueba la convención sanitaria de París del 17 de enero de 1912.

El 7 de enero de 1918, se acuerda declarar la vacuna contra la tifoidea como obligatoria a los habitantes de la república y se dictan otras prescripciones de higiene. El 24 de noviembre de 1924 se firma la convención del Código Sanitario Panamericano, en la Habana.

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

La primera ley básica sobre Salud Pública que se emitió en Guatemala, fué el "Código de Sanidad y Salubridad" contenido en el decreto legislativo No. 1,607 del 22 de mayo de 1929, siendo presidente de la República José María Reyna Andrade. El anterior Código de Sanidad, fué sustituido por el "Código de Sanidad de la República de Guatemala", contenido en el decreto legislativo No. 1,841 del 14 de mayo de 1932, siendo presidente Jorge Ubico; el cual a su vez lo sustituyó por el "Código de Sanidad contenido en

el decreto gubernativo No. 1877 del 7 de septiembre de 1936. Dicho Código es el que se encuentra vigente actualmente, con más de 40 años de funcionamiento, por lo que resulta obsoleto para nuestra época, habiendo sido reformado en varios aspectos en los diez años de la revolución —1944-1954— cayendo después en disposiciones y reformas que más que buenas, resultaron lesivas para nuestro país, como veremos más adelante.

El 12 de agosto de 1932, por acuerdo gubernativo, se emite el "Reglamento para la importación, comercio, fabricación, almacenamiento y uso de Productos medicinales y Drogas Estupefacientes"; siendo presidente Jorge Ubico.

El 26 de diciembre de 1944, se da un gran paso hacia la Salud Pública, pues, se crea el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por decreto No. 46 de la Junta Revolucionaria de gobierno; creando además el Ministerio de Economía —en aquella época se denominaban Secretarías de Estado—.

Con el decreto No. 74 la Junta Revolucionaria de Gobierno, proyecta la Salud Pública hacia todo el país, mediante las Unidades Sanitarias Departamentales. Es así como, la Junta Revolucionaria de Gobierno de 1944, establece en forma real la Salud Pública, dándole la importancia debida, mediante los decretos anteriores. Se unificaron las instituciones encargadas de la Salud Pública en aquella época y que dependían del Estado, en una sola institución: el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El 20 de enero de 1945, por acuerdo gubernativo se hizo la separación de la Sanidad Civil de la Sanidad Militar. El 25 de abril de 1945, mediante el decreto No. 93 del Congreso de la República, se emite la "Ley del Organismo Ejecutivo", la cual determina las funciones y atribuciones de los ministerios del Estado, así como también los principios básicos de la Jerarquía administrativa.

En 1946, el Congreso de la República aprueba la Ley

Orgánica del Instituto de Seguridad Social, decreto No. 295 del 28 de octubre.

El Congreso Nacional, en decreto No. 322 de fecha 17 de diciembre de 1946, funda en cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), con sede en la ciudad de Guatemala. El 13 de febrero de 1947, por decreto No. 252 del Congreso de la República se emite la ley de Colegiación obligatoria para el ejercicio de las profesiones universitarias.

Durante el gobierno del Dr. Juan José Arévalo, se emite un decreto muy importante, el No. 370 del Congreso de la República, que se refiere a la importación, producción y venta de los productos medicinales; y que en el artículo 1o., párrafo segundo dice:

“Queda absolutamente prohibido la venta de productos cuyo uso no esté autorizado en el país de origen por las autoridades competentes. La Dirección General de Sanidad Pública prohibirá la importación de éstos productos”.

Se dió así un paso grande hacia la regulación de la venta, producción e importación indiscriminada de productos medicinales. Este mismo gobierno creó el comité de control y fijación de precios máximos para la venta de medicinas de todas clases en el territorio de la República; así como los precios máximos para la venta de las especialidades farmacéuticas importadas y de las manufacturadas en el país.

Por acuerdo gubernativo del 9 de diciembre de 1948, se emite el Reglamento de la Escuela de enfermeras. En 1949, la comisión de Salud Pública elabora un proyecto el Código de Sanidad.

En el año de 1950 se suscribe el convenio de la Dirección General de Salud Pública con las municipalidades de la República para el establecimiento y funcionamiento en los municipios de dispensarios de Sanidad Municipal.

El decreto No. 567, del Presidente de la República —Castillo Armas—, emitido el 28 de febrero de 1956, crea las Secretarías de la Presidencia de la República y los Cuerpos de Asistencia o de Consejo así, como las obligaciones y atribuciones de éstos, que serán determinados por el Presidente de la República.

El 24 de diciembre de 1959 se emite la “ley de abaratamiento de Medicinas”, mediante el decreto No. 1,325 del Congreso de la República, siendo presidente el General Miguel Ydígoras Fuentes. Con ésta disposición, se derogan todos los decretos anteriores relacionados con la importación, producción, venta, control y fijación de precios y precios máximos para la venta de las especialidades farmacéuticas, que se expusieron anteriormente, así como el Comité de Control de precios de Especialidades Farmacéuticas, que se creó el 17 de diciembre de 1946.

El 20 de julio de 1960 se publica el nuevo Reglamento de la Comisión de Control de Precios de Productos Medicinales.

En el gobierno del Coronel Enrique Peralta Azurdia, se emite el decreto-Ley No. 201, en el cual se autoriza a las tiendas o negocios de toda clase, la venta de ciertos productos medicinales poco tóxicos o de escasa toxicidad —según lista elaborada por la Dirección General de Servicios de Salud—; dicho decreto será analizado detenidamente más adelante.

Este mismo gobierno emite el decreto-Ley No. 223, en el cual se permite a los Farmacéuticos el regateo de más de una Farmacia de primera clase, aduciendo que el número de Farmacéuticos titulados en aquella época era escaso y el número de farmacias era elevado; autorizando así, la apertura de farmacias de

primera clase con Regente "interino".

Un aspecto muy importante lo constituye el Decreto-Ley No. 307, en el cual se autoriza al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la construcción, administración y vigilancia de los cementerios del Municipio de Guatemala, mientras que los del interior del país, por sus respectivas municipalidades.

Durante el Gobierno del Lic. Julio César Méndez Montenegro se emite el decreto No. 31-69 del Congreso de la República, en el cual se reorganiza la Dirección General de Sanidad tomando esta por nombre: Dirección General de Servicios de Salud, integrándose a éstas todas las instituciones dedicadas a la Salud Pública y que dependen directamente del Estado.

En éste mismo gobierno se emite el decreto No. 92-70 del Congreso de la República, en el cual se dan nuevas disposiciones sobre el Comercio, elaboración, procesamiento, importación, exportación, tráfico y uso de Drogas Estupefacientes, haciendo una nueva lista de las mismas, no quedando contemplado los sicotrópicos.

En el gobierno de Arana Osorio, se emite el decreto No. 19-72 del Congreso de la República, en el cual se imponen nuevas sanciones para las personas que siembren, cultiven o reproduzcan drogas y estupefacientes.

El 1o. de marzo de 1973, mediante acuerdo gubernativo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social No. 8-73, se emite el "Reglamento para el Registro y Control de Alimentos".

Durante el gobierno actual, mediante el acuerdo gubernativo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social No. 10-76, del 3 de febrero de 1976, se emite el "Reglamento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sus dependencias".

Hemos hecho pues, un resumen de los aspectos más importantes que influyeron directa o indirectamente sobre la salud Pública en nuestro país, así como sobre las disposiciones legales más importantes, tanto por su contenido, como por las situaciones derivadas de ellas y que por lo cual varias de éstas serán analizadas más detenidamente en el apartado correspondiente.

7.2 ANALISIS AL ACTUAL CODIGO DE SANIDAD DE GUATEMALA

"Las leyes que emite un Estado cualquiera son, en una u otra forma, expresión jurídica de los intereses de las clases dominantes a quienes ese Estado representa".⁽¹⁾

Bajo éste concepto, analizaremos las disposiciones más importantes del actual Código de Sanidad, así como las reformas que a tenido a través de 42 años de vigencia, y por lo cual, ya no se adapta a la realidad sanitaria que vive el país.

Definiendo a la Salud como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad", y base para el desarrollo económico-social de nuestro pueblo, es perenterio y justificado que dicha salud sea uno de los derechos fundamentales de todo ciudadano guatemalteco, y el Estado el garante y obligado a proporcionarla sin escatimar esfuerzos de ninguna índole, para que así toda la población goce de asistencia médica adecuada, completa y gratuita. En el actual Código de Sanidad, no hay ninguna definición en ninguno de sus artículos, de éste derecho tan importante.

Para que una planificación sanitaria funcione adecuadamente —coberturas, proyección, política, etc.—, es necesario e indispensable

(1) Martínez Pelaéz, Severo. Política Agraria Colonial y los Orígenes del Latifundismo en Guatemala. Facultad de Economía. USAC. 1972. pp. 59-79.

la integración de todas aquellas instituciones dedicadas al fomento de la Salud, ya sean públicas o privadas, autónomas o semiautónomas, de beneficencia, etc., en una sola institución que pueda dirigir, coordinar y supervisar todas las actividades de salud de nuestro país. Tal institución no puede ser más que el Ministerio de Salud Pública, evitando así duplicidad de esfuerzos y gastos innecesarios por parte de aquellas personas que, por intereses creados; tratan de mantener la actual atomización de la acción sanitaria, amparadas hasta cierto punto, por las leyes vigentes, que no contemplan a éstas instituciones como una unidad, sino más bien las separan indirectamente.

En el Capítulo primero, del Código de Sanidad, relacionado con la Propaganda de Higiene, el artículo 15 dice:

“La Dirección General de Sanidad Pública, dictando las medidas conducentes, evitará la propaganda que se haga por medio de toda clase de publicaciones, impresos, avisos, rótulos, radiodifusión por la que, a juicio de la misma dirección General:

a.- Se engañe al público sobre la calidad, pureza, conservación, propiedades, usos, etcétera, de comestibles, bebidas, medicinas, aparatos, útiles e instalaciones sanitarias”.

Como se sabe, ésta disposición no siempre se cumple en ciertos aspectos relacionados con medicinas y alimentos. En primer lugar, porque la actual Dirección General de Servicios de Salud no cuenta con un laboratorio especializado para determinar la calidad y pureza de los productos medicinales que se producen, a la propaganda indiscriminada —desde las casas farmacéuticas, hasta los vendedores ambulantes— de ciertos productos medicinales de dudosa o nula efectividad, repercutiendo así, en la salud y economía del consumidor.

El artículo 53, del Capítulo Quinto del Código de Sanidad,

referente al Ejercicio de la Medicina y demás profesiones conexas, dice:

“Queda absolutamente prohibido a todo Farmacéutico, empleados de Farmacias, Droguerías y ventas de medicinas, aconsejar el uso y aplicación de productos medicinales, o ejercer la medicina so pretexto de dedicarse al expendio de los mismos...”

Si esto se cumpliera, muchas Droguerías, Farmacias y Ventas de medicina deberían de ser clausuradas, ya que la mayoría de ellas se dedican a éste tipo de actividades, amparadas por la complacencia e irresponsabilidad de las autoridades sanitarias encargadas del cumplimiento de éstas disposiciones; y de la falta de leyes que regulen en una forma más drástica éste tipo de actividades. Como se dijo en páginas anteriores, el ingreso económico bajo y la ignorancia de la mayoría de la población, hacen que busque éste tipo de “atención médica”, poniendo en peligro sus vidas.

Con el Decreto número 1,325 del Congreso de la República, se pretendió emitir una “Ley de Abaratamiento de Medicinas”; pero lo que en realidad se propició, fué el incremento desmedido en los precios de los productos medicinales. Para demostrarlo, bastaría analizar algunas de sus disposiciones. El artículo 3o. dice:

“El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de acuerdo con la Comisión de Control de Precios de Productos Medicinales, elaborará una lista de medicinas básicas que no se produzcan en el país, las cuales quedan exoneradas de todo derecho o carga de importación. La lista en cuestión, que tendrá una vigencia semestral, se formalizará en acuerdo gubernativo y se publicará en el Diario Oficial...”

Esta lista de medicinas básicas no producidas en el país, nunca ha existido ni existe actualmente, desfavoreciendo así a la población guatemalteca; ya que, si dicha lista no existe, todos los

productos medicinales importados pagan los impuestos establecidos, aumentando más el precio de dichos productos, y que en definitiva el consumidor deberá pagar. Esto nos viene a confirmar una vez más, la burla hacia las leyes emitidas, por parte de las autoridades sanitarias, que por negligencia a irresponsabilidad no cumplen a cabalidad las disposiciones emitidas.

El artículo 4o. de dicha ley, dice:

“Se exonera del pago de derechos y cargas fiscales de importación, las materias primas, equipos, envases, accesorios y materiales de empaque; quedando facultados a importarlos, los laboratorios nacionales, siempre que no se produzcan en el país y que se destinen exclusivamente a fabricar y envasar productos farmacéuticos nacionales.... Los precios de venta al público de los productos medicinales envasados o fabricados en el país no podrán exceder de los fijados a los mismos productos medicinales importados”.

Si el gobierno exonera de todo lo anterior a las compañías farmacéuticas nacionales, es con el objeto de que el precio del producto o productos farmacéuticos baje, y así el público pueda beneficiarse; pero si los precios son fijados a la par de aquellos que son importados, con la única limitación de que no excedan dichos precios, la exoneración no tiene ninguna razón de ser.

Este es un ejemplo de cómo la ley, en amparo de los intereses de clase, sólo expresa derechos aparentes.

El artículo 5o., de la Ley de Abaratamiento de Medicinas, dice:

“Se fija el 50o/o como utilidad máxima en la venta de productos medicinales y especialidades farmacéuticas de uso humano o veterinario, importados. Este 50o/o de utilidad se entiende sobre el costo de las mercaderías puestas en las bodegas

del importador y se distribuirá en la forma siguiente: un 20o/o para el importador y un 30o/o para las farmacias o establecimientos que las expendan al menudeo...”

Definitivamente, el 50o/o como utilidad máxima es un porcentaje demasiado elevado, que va en contra de la economía de toda la familia guatemalteca, favoreciendo así a las compañías farmacéuticas tanto extranjeras como nacionales. Esta ganancia del 50o/o sobre el costo se opera cada vez que un producto entra como nuevo o sufre un alza de precio sobre el actual autorizado.

El artículo 6o. de la presente Ley, dice:

“Se crea la Comisión de Control de Precios de Productos Medicinales integrada por: un Delegado del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; un delegado del Ministerio de Economía; un delegado del Colegio Médico; un delegado de la Cámara de Comercio; un delegado de la Cámara de Industria, quién deberá ser miembro del Colegio de Químicos y Farmacéuticos”.

Esta Comisión de Control de Precios de Productos Medicinales lejos de representar una alternativa adecuada para la estabilización de los precios de los productos medicinales, es una Comisión que representa los intereses del sector comercial e industrial, que están interesados en la mejor ganancia y no en el control adecuado de los medicamentos, como se verá en el párrafo 1o. del artículo 7o. de dicha ley;

“Las cuestiones no previstas en la presente ley ni en el reglamento de la misma, serán resueltas por la Comisión de Control de Precios de Productos Medicinales, la cual tomará las resoluciones por el voto de la mayoría absoluta de sus miembros”.

Es así como, cualquier alza o baja de precios en los

productos medicinales, le compete exclusivamente a dicha Comisión, así como la aprobación para que entre al país determinado producto medicinal, aún cuando no cuenten con laboratorios de control de calidad. Por el análisis anterior, puede afirmarse que ésta ley representa sólo efectos negativos para el pueblo guatemalteco.

Quando se solicita un alza de precios a determinado producto medicinal o la introducción de algún producto nuevo, se piden entre otros, éstos requisitos:

- Carta explicativa por parte de la compañía farmacéutica de las situaciones que obligaron al incremento del precio, si éste es del 20o/o. Si es mayor, se pedirá carta explicativa directamente al lugar de origen. En tales condiciones, se tendrá que creer en la palabra de quien escribe éstas cartas, ya que no se acompaña de pruebas que justifiquen el alza del precio.
- El costo del flete desde el país de origen hasta puerto guatemalteco, cuando se trata de introducir un producto nuevo, intencionalmente se hace por vía aérea con el objeto de encarecer, aparentemente, el costo de la importación; pero una vez fijado el precio del producto para el mercado interno, el envío próximo se hace por barco, porque resulta más bajo el costo del flete. Sin embargo, la diferencia o ahorro no beneficia al consumidor sino al importador o droguista, que tiene por anticipado fijado "su precio de costo".
- El transporte -flete- desde la aduana hasta la bodega del importador.

Todo esto entra a consideración por parte de la Comisión de control de precios, que por lo regular aprueba todo nuevo incremento o producto nuevo que ingresa al país, aunque esté

prohibida su venta en el país de origen.

Con el Decreto-Ley número 201, emitido durante el gobierno del Coronel Enrique Peralta Azurdia, se faculta a las tiendas o negocios autorizados, la venta de medicamentos de uso no peligroso, de conformidad con la lista que elaborará la Dirección General de Sanidad Pública, con la aprobación del Ministerio de Sanidad Pública y Asistencia Social. Actualmente un buen porcentaje de éstos negocios se dedican a la venta de productos medicinales que no están autorizados por la Dirección General de Servicios de Salud, cuya última lista es del año de 1973. Estos productos, por lo general, son antibióticos y otros de uso delicado. Si un Estado determinado establece alguna disposición, es porque tiene los medios necesarios para hacer valer dicha disposición y para sancionar a quién la infrinja, pero actualmente no se hace nada por solucionar dicha situación.

El artículo 73 del Capítulo Sexto del Código de Sanidad, relacionado con los productos medicinales, dice:

"Toda especialidad farmacéutica deberá llevar etiqueta adherida al envase original en que conste:

- 1.- *Su fórmula cualitativa y cuantitativa.*
- 2.- *El nombre del fabricante.*
- 3.- *La ubicación de la fábrica o laboratorio.*
- 4.- *El nombre del importador y la indicación de su domicilio comercial.*
- 5.- *Número y serie del registro sanitario".*

La ley para nada se refiere a la literatura sobre el uso del producto. En consecuencia, sólo éste tipo de información debería de llevar los productos medicinales que se venden al público, y la literatura médica debería ser del conocimiento exclusivo del médico o persona calificada, siendo ésta una manera de evitar malos usos de los productos medicinales por parte del público, como es frecuente en Guatemala. En otros países como México, se han adoptado estas disposiciones con miras a evitar la automedicación

por parte de los usuarios, con buenos resultados.

El Decreto 92-70 del Congreso de la República, relacionado con las drogas y estupefacientes, que reforma el artículo 79 del actual Código de Sanidad, en su artículo 2o. dice:

“Para los efectos de éste Código y su reglamentación, se entiende por Droga o substancias peligrosas, aquellas que puedan afectar la salud orgánica o psíquica, a nivel individual o colectivo, y que puedan crear adicción física o dependencia psicológica.

Constituyen drogas o sustancias peligrosas:

- *Opio en sus diversas formas y derivados.*
- *Morfina, en sus sales y derivados*
- *Cacaína, en sus sales y derivados.*
- *Heroína, en sus sales y derivados.*
- *Adormideras.*
- *Hojas de Coca.*
- *Cannabis, en cualquiera de sus formas.*
- *Extractos de plantas u hongos, tipo LSD, peyotl, psilocibina y similares.*
- *Anfetaminas y similares.*
- *Barbitúricos.*
- *Las drogas y substancias que han sido consideradas con éstos efectos por las convenciones internacionales de observancia obligatoria de la República de Guatemala”.*

Tanto las Anfetaminas y Similares, como los Barbitúricos, siguen siendo vendidos en Guatemala en forma indiscriminada o sea sin autorización médica por parte de todas las farmacias, no habiendo un control adecuado por parte de las autoridades correspondientes, favoreciendo así la venta y uso de los mismos. Esta ley no contempla la venta y uso de los Sicotrópicos, como: Valium, Diazepam, etc., que son muy utilizados en nuestro medio y vendidos sin ningún requisito por parte de las farmacias; utilizándose cada vez más con fines de drogadicción entre la juventud.

En conclusión, la venta y uso indiscriminado de los productos medicinales se hace cada vez mayor, influyendo muchos factores, entre los más importantes están la falta de leyes que regulen enérgicamente ésta situación y la falta de responsabilidad de las autoridades para que se cumplan las mismas, así como los intereses económicos que están de por medio, que hacen que las compañías farmacéuticas impongan indirectamente su criterio sobre importación y venta de productos medicinales. Tanto daño hace una droga o estupefaciente, como un antibiótico o un esteroide; por lo que se deberán crear leyes que regulen eficazmente todo éste tipo de productos medicinales, preservando así, la salud del individuo.

Durante el gobierno del Coronel Peralta Azurdia, se emitió el Decreto-Ley número 307, relacionado con los Cementerios, en el cual se le da al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el

derecho a la construcción, administración y vigilancia de los cementerios del municipio de Guatemala, así como la autorización para el establecimiento de nuevos cementerios en toda la República, y que en su artículo 129 dice:

“Podrán establecerse cementerios cuya construcción y administración sea hecha por personas particulares, pero el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para conceder la autorización necesitará, además, la opinión favorable del Ministerio Público”.

Con ésta ley, se da paso a la gran gama de Cementerios privados que actualmente existen en Guatemala, obligándose indirectamente a la población al uso de éstos cementerios, ya que ni se han remodelado los existentes, ni mucho menos se ha pensado en construir otro cementerio público que buena falta hace a un municipio que se acerca al millón de habitantes.

El artículo 144 del actual Código de Sanidad, Capítulo Undécimo, relacionado con los Comestibles, Bebidas y similares;

dice:

“Queda prohibido en la República la importación, comercio interior, fabricación, elaboración, almacenamiento, transporte, posesión, venta y suministro al público de comestibles, bebidas y similares envasados o empacados que no hayan sido previamente registrados por la Dirección General de Sanidad Pública, de acuerdo con el reglamento respectivo”.

Una buena parte de productos alimenticios aún no son registrados en la Dirección General de Servicios de Salud, permitiéndoles su libre distribución y venta, a pesar de estar obligados al registro. Además, el control de calidad de los productos alimenticios por parte de la Dirección General de Servicios de Salud funciona deficientemente pues, no sólo no se especifica con que periodicidad se deben efectuar éstos controles en la mayoría de productos que se registran, sino sólo se efectúa el análisis cuando van a salir los productos al mercado; siendo el control de calidad a repetición muy esporádico y a veces inexistente.

La venta de productos alimenticios que se realiza en las calles, plazas, vías y lugares públicos han aumentado en los últimos años. El acuerdo gubernativo emitido el 6 de noviembre de 1947, trata de regular éste tipo de ventas callejeras, para lo cual, en el apartado número 4o. dice:

“Queda terminantemente prohibido por ser contrario a la salud, la venta de refrescos y comidas en las calles, plazas, vías y lugares públicos. Estas ventas sólo podrán efectuarse en el interior de los mercados y en los locales que reúnan los requisitos higiénicos que se detallan en este acuerdo”.

La situación económica actual, es la que en definitiva favorece el aumento de éste tipo de ventas; además de la falta de

fuentes de trabajo, que hacen que éste tipo de población se dedique a éstas actividades, viendo en ellas un ingreso económico más a su raquítico presupuesto; no preocupándose de las medidas o normas higiénicas que dichas ventas deben de tener, para dar un buen servicio al público. Si agregamos a lo anterior que la aplicación de ésta ley no se efectúa en una forma adecuada y enérgica por parte de las autoridades correspondientes, la proliferación de las ventas callejeras de productos alimenticios se incrementa cada día.

Con respecto al transporte de carne, éste también representa un serio problema en nuestro medio, aunque el reglamento de Mataderos, aprobado por acuerdo Gubernativo del 26 de junio de 1940, especifica las condiciones higiénicas en que dicho transporte se debe efectuar, prohibiendo a la vez el uso de vehículos o recipientes inadecuados que no guardan las mínimas condiciones higiénicas; todo lo contrario sucede en Guatemala, especialmente en el interior del país, en donde no se cuenta con servicios adecuados de saneamiento ambiental, efectuándose el transporte de carne en vehículos que no llenan las mínimas condiciones higiénicas, y en una buena parte son utilizados para otras actividades; además, los recipientes donde se depositan dicho producto son inadecuados y antihigiénicos, poniendo en peligro la salud de la población.

8. LA SALUD PUBLICA ACTUAL EN GUATEMALA

8.1 INTRODUCCION:

Hoy en día la planificación Sanitaria en cualquier país es indispensable para lograr la máxima eficacia en la utilización de los recursos con que cuenta, y poderlos dedicarlos al mejoramiento del estado de salud de su población. Por eso es que, los gobiernos progresistas, especialmente de los países en desarrollo, cada día ven con mayor realidad las ventajas que representa una planificación Sanitaria adecuada, sin intereses políticos ni económicos.

En muchos países, como Guatemala, los servicios destinados a mejorar el nivel de salud general se han desarrollado al azar; por lo que resulta necesario sustituir ese desarrollo al azar, por un desarrollo ordenado y eficaz.

En la última década, a aumentado el interés de la Planificación Sanitaria. Debiéndose en parte, al interés que muchos gobiernos muestran en la planificación del desarrollo económico y social de su población, como medio para conseguir una organización adecuada, así como el aprovechamiento racional de los recursos nacionales. Así como el grave obstáculo que representan la enfermedad y la invalidez para el desarrollo de la economía, y las pérdidas subsecuentes, que muy bien pueden reducirse, mediante la protección y fomento de la salud. Si mejora la salud de una población, claro está que disminuirán las faltas al trabajo, y además, se aumentará la duración de la vida laboral. Haciendo un análisis desde éstos puntos de vista, diremos que la salud pública debe considerarse como factor principal en el desarrollo económico y social de una población.

Considerando que el presupuesto para la construcción y funcionamiento de servicios de salud adecuado es bastante elevado, se hace necesario que los gobiernos se hagan cargo de éste sector en su mayor parte, no esperando que las instituciones benéficas o

privadas dedicadas a la salud, traten de resolver la mayor parte de los problemas en el sector salud.

Los programas relacionados con la planificación Sanitaria son de gran complejidad, por el gran número de factores culturales, sociales y económicos que pueden afectar la salud de la población en cualquier país.

Es conocido por todos en la actualidad, que un plan sanitario debe basarse definitivamente en un sistema de prioridades; ya que los recursos con que se dispone, en la mayoría de veces es limitado, imposibilitando a las autoridades sanitarias el resolver a la vez todos los problemas con que cuenta la salud en cualquier país. Es así pues, que el establecer un orden de prioridades y el concentrar la atención en un sector particular de la salud pública, favorece y facilita la solución de los problemas detectados en la salud pública.

Deberá haber también una vinculación muy estrecha entre las prioridades de un determinado plan, con los objetivos y políticas sanitarias de dicho plan, para llevar a feliz término la realización y soluciones de la mayoría de los problemas de salud, favoreciendo así, a la mayoría de la población.

8.2 DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD EN GUATEMALA

8.2.1 Población:

En 1973 la población total del país estimada de acuerdo a las proyecciones de la Unidad de Planificación y Estadística del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y según proyecciones de CELADE, era de 5.750.900.

La densidad promedio es de 52.8 habitantes por Km² con un rango de variabilidad de 647.3 para el departamento de Guatemala

CUADRO No. 1

GUATEMALA: POBLACION 1973. GRUPOS DE EDAD URBANO-RURAL SEXO.

GRUPOS DE EDAD	POBLACION TOTAL	o/o	POBLACION TOTAL		MASCULINO	FEMENINO
			URBANA	RURAL		
1 año	212,300	3.7	74,093	138,207	108,273	104,027
1 - 4 a.	819,900	14.3	286,145	533,755	418,149	401,752
5 - 14 a.	1,722,900	30.0	601,292	1,121,608	878,679	844,221
15 - 44 a.	2,213,400	38.5	772,477	1,440,923	1,128,834	1,084,566
45 - 64 a.	567,500	9.8	198,058	369,442	289,425	278,075
65 y más	214,900	3.7	75,000	139,900	109,599	105,301
TOTAL	5,750,900	100.0	2,007,065	3,743,835	2,932,959	2,817,941

Fuente: Doc. de Referencia Plan Nacional de Salud Población estimada CELADE

y 1.1 para el Petén; sólomente cinco de los 22 departamentos -Guatemala, Sacatepéquez, Totonicapán, Quetzaltenango y Sololá- tienen una densidad superior a 100 habitantes por Km².

La distribución del total de la población comprende al 66.5o/o de habitantes que viven en comunidades menores de 2,000 habitantes; el 76o/o de los municipios cuenta con menos de 20,000 habitantes; y el 50o/o de la población se encuentra en una quinta parte de la superficie del país. A la población Urbana le corresponde el 39.6o/o de la población total, mientras que a la población rural el 60.4o/o.

La estructura por grupos de edades demuestra que un 48o/o de la población está por debajo de los 15 años, en tanto que solamente un 3.7o/o sobrepasa los 65 años (ver cuadro No. 1).

El crecimiento demográfico promedio para el país es de 2.9o/o anual, lo que significa que Guatemala duplicará su población en 23 años.

La expectativa de vida al nacer es un índice que refleja la situación de salud de una comunidad, así como la situación económico-social de la misma.

La expectativa de vida en Guatemala ha ido aumentando muy lentamente, de 1961 a 1970 a tenido un incremento de cinco años. Sin embargo, la expectativa de vida al nacer en relación a los grupos llamados "indígenas" y "ladinos", considerándolos no como clasificación étnica sino como grupos diferentes en cuanto a sus características socio-económicas, culturales, políticas, ambientales, etc., nos pone de manifiesto:

CUADRO No. 2

EXPECTATIVA DE VIDA SEGUN GRUPOS
LADINOS E INDIGENAS

GRUPO	HOMBRES	MUJERES
Ladinos	61.4	60.0
Indígenas	45.0	44.0

Fuente: Unidad de Planificación y Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Los datos anteriores, nos revelan que, entre ambos grupos existe una diferencia de 16 años, correspondiendo la menor expectativa de vida al grupo "indígena", lo cual, como es obvio, está condicionado por su situación económica precaria, analfabetismo, promiscuidad, ignorancia, desnutrición, etc.; repercutiendo ésto en un estado de salud deficiente.

8.2.2 Natalidad:

Entre los factores determinantes para un diagnóstico integral de salud, están las tasas de natalidad y las tasas específicas de fecundidad, las cuales en Guatemala son elevadas: la primera es de 39.6 que equivale a 227,480 nacimientos, mientras que la segunda es de 206.8; fiel reflejo de todo país subdesarrollado. Estas cifras elevadas, se deben en parte como compensación a la morbi-mortalidad elevada, y en parte a una serie de situaciones derivadas de la situación económica precaria que vive la mayoría de la población guatemalteca. Y por lo tanto, éstos índices elevados nacen que la demanda en recursos sea también elevada; pero en nuestro país sucede todo lo contrario, ya que los recursos se incrementan de una manera muy

lenta y desorganizada, creando así situaciones como la que actualmente vivimos, como lo es un servicio de salud pública pésimo y una demanda elevada por los recursos existentes.

CUADRO No. 3

TASA DE NATALIDAD

AÑO	NACIDOS VIVOS	POBLACION	TASA X MIL
1960	186,476	3.711.336	50.2
1965	201.659	4.337.270	46.5
1969	210.047	4.947.359	42.4
1973	227.480	5.750.900	39.6

Fuente: Unidad de Planificación y Estadística. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

8.2.3 Mortalidad:

Las tasas de mortalidad en Guatemala, son de las más altas a nivel mundial. La información más reciente, que corresponde a 1973, confirma una mortalidad general de 12.2 por mil habitantes, una mortalidad infantil de 81.4 por mil —menores de un año muertos por cada mil nacidos vivos—; una mortalidad materna oscilando entre 188 y 192 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos.

Si a todo lo anterior agregamos que el 50o/o de las defunciones ocurren en niños menores de los cinco años (cuadro No. 4), que alrededor del 80o/o de los certificados de defunción en el país son hechos por personal empírico, y que el 55.81o/o del total de las defunciones corresponden a: afecciones respiratorias agudas, Síndrome diarreico, enfermedades carenciales, mortalidad perinatal y al parasitismo intestinal; todas fácilmente

erradicables, mediante programas adecuados tendientes a mejorar el saneamiento ambiental básico de la población.

CUADRO No. 4

MORTALIDAD AÑO 1973
GRUPOS DE EDAD Y PORCENTAJES

GRUPOS DE EDAD	No. De DEFUNCIONES	PORCENTAJE	PORCENTAJE EN AGRUPACIONES MAYORES
28 días	6,681	9.55	46.34
28 días a menos			
1 año	11,663	16.66	
1 a 4 años	14,087	20.13	
5 a 14 años	4,840	6.92	6.92
15 a 44 años	10,815	15.46	42.52
45 y más	18,938	27.06	
Ignorados	2,951	4.22	4.22
TOTAL	69,975	100.00	100.00

Fuente: Documentos de referencia Plan Nacional de Salud. Base Unidad de Planificación y Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CUADRO No. 5

MORTALIDAD AÑO 1973. DIEZ PRIMERAS CAUSAS
TASA POR 10,000 HABITANTES Y PORCENTAJE

ENFERMEDADES CAUSANTES	No.	TASA POR 10,000 HABITANTES	PORCENTAJE
1. Afecciones Respiratorias agudas	14,593	25.37	20.83
2. Síndrome Diarréico	13,063	22.71	18.61
3. Síndrome por Enf. Carenciales	4,783	8.31	6.83
4. Mortalidad Perinatal	4,228	7.35	6.04
5. Parasitismo Intestinal	2,306	4.01	3.29
6. Afecciones Aparato Respiratorio	2,210	3.84	3.16
7. Cáncer	1,594	2.77	2.28
8. Cardiopatías	1,558	2.70	2.22
9. Senilidad	1,349	2.34	1.93
10. Tos Ferina	1,271	2.21	1.81
11. Resto de causas	23,090	40.15	32.96
TOTAL	70,045		100.00

FUENTE: Unidad de Planificación y Estadística.

Haciendo un análisis de la mortalidad que se presenta en el año de 1973 (cuadro No. 5), nos encontramos que alrededor del 25o/o de ésta mortalidad, es causada por enfermedades diarreicas y parasitismo intestinal, enfermedades que son susceptibles de ser erradicadas en nuestro medio mediante el mejoramiento del sistema económico-social de la población, así como programas adecuados y apegados a la realidad nacional tendientes a mejorar el saneamiento ambiental.

El 21o/o de ésta mortalidad es causada por afecciones respiratorias agudas y el 12o/o por tos ferina, sarampión y tuberculosis. Todas éstas enfermedades son posibles de erradicar, mediante programas adecuados de inmunización.

La mortalidad por áreas de salud presenta un rango que va desde 9 por mil para el Area Metropolitana, hasta el 21.5 por mil en el Area del Petén, 18.8 en Totonicapán, el 16 en el Quiché, 15.8 en Sololá y 15.6 en Alta Verapaz.

El riesgo de mortalidad materna es bastante elevado para Guatemala, especialmente en las madres menores de 15 años y en las mayores de 35 años, según el análisis de mortalidad materna por grupos de edad como se señala en el cuadro No. 6.

CUADRO No. 6
MORTALIDAD MATERNA POR GRUPOS DE EDAD
AÑO 1973

GRUPO ETARIO	NUMERO DE NACIMIENTOS	NUMERO DE MUERTES	TASA MORTALIDAD MATERNA POR 100,000 NAC/VIVOS.
10 - 14	582	2	343.6
15 - 19	39,338	49	124.6
20 - 24	67,879	74	109.0
25 - 29	50,828	74	145.6
30 - 34	33,743	68	201.5
35 - 39	23,732	85	358.2
40 y más	10,735	61	568.2
Desconocida	667	23	-----
TOTAL	227,554	436	191.6

Fuente: Unidad de Planificación y Estadística.

De la situación de mortalidad descrita anteriormente, se puede decir que ésta es un problema muy serio en nuestro país, especialmente la mortalidad neonatal y materna, que se ven aumentadas por el alto porcentaje de nacimientos que ocurren sin la atención adecuada del parto y en la mayoría de veces en condiciones infrahumanas, en lugares inapropiados, por personal incapacitado y muchas veces inexistente y por la falta de equipo necesario para la atención de los mismos.

Esto señala la necesidad de mejorar la situación a todo nivel del pueblo guatemalteco, así como implementar programas materno-infantiles adecuados a nivel nacional, preparación de nuevo personal paramédico y del ya existente, así como propiamente médico y contar con recursos físicos apropiados y mejor material para la atención al público.

Analizando, desde el punto de vista de desarrollo económico al cuadro No. 7, éste nos da importantes datos. Los departamentos de Santa Rosa, Escuintla, Suchitepéquez, Retalhuleu y Quetzaltenango; tienen las tasas de mortalidad infantil más elevadas, siendo éstas ciudades las que han alcanzado un desarrollo comercial e industrial mayor que el resto de la población.

Esto nos indica que, aunque estos departamentos hayan alcanzado un desarrollo económico aceptable, no han podido bajar sus tasas de morbi-mortalidad; y esto tiene una explicación obvia: las condiciones de vida en éstos lugares —salarios bajos, hacinamiento, servicios de saneamiento ambiental pésimos, falta de viviendas, etc.;—, no se han mejorado en ningún momento, al contrario, se han deteriorado más debido al alto costo de la vida y a las migraciones por parte de los campesinos hacia esas áreas en busca de trabajo; beneficiándose únicamente los terratenientes y grandes comerciantes.

En conclusión, el que se alcance un desarrollo económico

CUADRO No. 7

MORTALIDAD INFANTIL
1970

DEPARTAMENTO	MORTALIDAD INFANTIL		
	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES INFANTILES	TASA POR MIL
Guatemala	33,563	2,748	81.9
El Progreso	3,004	310	103.2
Sacatepéquez	3,491	297	85.1
Chimaltenango	7,811	791	101.3
Escuintla	11,161	1,379	123.6
Santa Rosa	6,945	623	89.7
Sololá	5,518	622	112.7
Totonicapán	7,340	856	116.6
Quetzaltenango	12,891	1,304	101.2
Suchitepéquez	7,942	745	93.8
Retalhuleu	5,078	448	88.2
San Marcos	14,801	1,180	79.7
Huehuetenango	15,799	1,086	68.7
El Quiché	13,131	1,004	76.5
Baja Verapaz	4,444	349	78.5
Alta Verapaz	12,196	720	59.0
El Petén	2,196	154	70.1
Izabal	6,850	452	66.0
Zacapa	4,378	298	68.1
Chiquimula	6,352	409	64.4
Jalapa	4,972	374	75.2
Jutiapa	9,854	751	76.2
Total República	199,625	16,903	84.7

Fuente: Unidad de Planificación y Estadística.

adecuado, no implica mejor nivel de vida para toda la población.

En los Departamentos de Sololá, Totonicapán, Chimaltenango y Sacatepéquez también se registran elevados índices de mortalidad infantil, cuya explicación básicamente reside en el sistema de tenencia de tierra --minifundio-- y su modo de producirla; si agregamos a esto, la escasa atención médica gubernamental y particular en éstas zonas, diremos que la situación se hace caótica y desesperante en el altiplano guatemalteco.

8.2.4 Morbilidad:

La noción de salud es abstracta, y en éste sentido, la plenitud de salud no puede ser objetiva ni expresada cuantitativamente, mucho menos en un país como el nuestro, cuyos métodos de investigación y estadística son muy imprecisos y no fidedignos, no contando además con métodos y medios adecuados para la tabulación y análisis de la información que se obtiene constantemente.

Las estadísticas de morbilidad permiten conocer las causas de la enfermedad que padecen los habitantes de determinada colectividad. Así es como el conocimiento de la morbilidad es importante para determinar los daños a la salud en sus etapas iniciales, cuando aún es posible tomar medidas efectivas contra ellos.

A causa, pues, de la imposibilidad de conocer la morbilidad total del país, por lo anteriormente expresado no se encuentran más datos que la demanda de servicios de salud, generalmente prestados en la consulta externa.

CUADRO No. 8

ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA HOSPITALES,
CENTROS Y PUESTOS DE SALUD MINISTERIO DE
SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
AÑO 1976

AREA DE SALUD DE LA REPUBLICA	TIPO DE CONSULTAS				Cobertura
	Materna	Pediatrica	Gral.	Total	
Hospitales	96,184	113,595	380,235	590,014	
Centros de Salud	122,229	214,295	535,201	871,725	
Puestos Salud	65,978	136,372	273,381	475,731	
TOTAL	284,391	464,262	1.188,817	1.937,470	15.14

Fuente: Memoria anual de estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. División de programación, departamento de Estadística. D.G.S.S.

La atención médica actual, que presta el sistema de salud imperante es bastante pobre, como lo demuestra su cobertura de 15.14o/o del total de la población que llega a la consulta externa, además de ello, Salud Pública otorga 0.4 consultas por habitante por año, siendo los grupos pre-escolar, escolar y materno-infantil los que mayor demanda representan. Los datos anteriores nos indican que éstos grupos son los de mayor prioridad, siendo urgente la necesidad de aumentar la cobertura hacia ellos, puesto que en definitiva son los más vulnerables en la población general.

La morbilidad registrada en todo el país y estudiada en los egresos hospitalarios presenta, en el orden de mayor incidencia, las siguientes enfermedades: Síndrome Diarréico,

enfermedades carenciales, complicaciones del embarazo, infecciones del aparato respiratorio y digestivo, accidentes y envenenamiento y enfermedades del aparato genito-urinario.

La morbilidad en los departamentos, registra entre las causas más comunes las siguientes:

- Enteritis y otras Diarreas.
- Infecciones respiratorias agudas.
- Avitaminiosis y otras carencias.
- Infecciones de la piel.
- Anemias.
- Parasitosis.
- Influenza

Una vez más, se puede observar que la morbilidad anteriormente dicha, tiene sus raíces en la actual estructura económico social imperante, y que para erradicar dichas enfermedades deberá de mejorarse la situación económica de la población, seguida de programas de saneamiento ambiental, y el incremento en en la cobertura de los servicios curativos y preventivos.

8.2.5 Desnutrición:

Hay que ser reales y concientes cuando hablamos de desnutrición, así como de muchas otras situaciones enunciadas anteriormente, y que tienen como origen única y exclusivamente la estructura económica deficiente y precaria que nos rige. Por lo tanto, toda medida encaminada a la solución de éstos problemas deberá llevar como base el cambio de la estructura económica existente; de lo contrario, las medidas tomadas sólo solucionarán a medias los problemas anteriores, retardando el proceso de cambio que se dará en nuestro pueblo para beneficio del mismo.

Hablando esencialmente de Desnutrición, diremos que el

problema es alarmante, siendo más ostensible y dramático en los primeros años de la vida. Se ha demostrado que una limitación en el consumo proteico-calórico es la causa más importante del retardo en el crecimiento pondo-estatural y de la acción sinérgica entre infección y desnutrición. Por éstas causas se pierden o dañan las generaciones futuras.

Hace mucho tiempo que en Guatemala sólo un 20o/o de la población se alimenta o sobrealimenta, y el 80o/o restante de la población se sub-alimenta o muere de desnutrición. Nuestra población debería consumir actualmente más de 170 millones de kilogramos de carne anualmente. La producción anual no llega a los 40 millones y se exportan más de 10 millones, por lo tanto queda menos de 30 millones de kilogramos de carne para el consumo interno. En ese sentido hay un déficit de carne equivalente a 140 millones de kilogramos por año.

CUADRO No. 9
SITUACION NUTRICIONAL DEL NIÑO
GUATEMALA 1974(*)

POBLACION TOTAL RIESGO (niños menores de 5 años)	NUMERO	PORCENTAJE
	1.106.438	100.00
Niños normales	205,797	18.6
Población con Desnutrición	900,640	81.4
Primer Grado(**)	542,154	49.0
Segundo Grado	293,206	26.5
Tercer Grado	65,280	5.9

(*) Población estimada según censo de 1973. Cálculos efectuados en base a la evaluación del Estado Nutricional de la población de Guatemala. INCAP 1965.

(**) Clasificación de F. Gómez.

Del Cuadro No. 9 se deduce que el 81.4o/o del total de niños menores de cinco años existentes en Guatemala padecen algún grado de desnutrición, y teniendo en cuenta que la situación económica del guatemalteco cada día es más precaria, estando los alimentos cada vez más escasos y caros; se puede esperar que la situación esté en un proceso de mayor deterioro, lo cual conlleva un incremento en los niveles de mortalidad y morbilidad.

8.2.6 Vivienda y Hacinamiento:

El problema habitacional y los derivados de él, al igual que los anteriores, no escapa al origen que tienen éstos, como lo es la estructura económica deficiente. El problema habitacional está representado por la escasez de viviendas y sus servicios, dicha escasez repercute más sobre las personas de escasos recursos económicos, agravándose el problema cuánto más precario es el poder adquisitivo de la mayoría de la población, agregando a esto las corrientes migratorias hacia los sectores urbanos por parte de una gran mayoría buscando un "mejor" nivel de vida, formando así los cinturones de pobreza.

Tanto la escasez de viviendas, como su calidad y el número de habitantes por unidad, son factores que gravitan en el estado de salud. El grado de hacinamiento en Guatemala es de cinco personas por habitación en promedio. Las construcciones de las viviendas en los cinturones de pobreza son improvisadas, usando cualquier material de deshecho, y careciendo de las elementales normas sanitarias.

Las viviendas rurales, por lo consiguiente, son antihigiénicas, utilizan materiales primitivos, con limitación de iluminación y una misma habitación llena de diversas funciones, careciendo también de los elementos básicos de saneamiento. Todo esto incrementa el hacinamiento y la promiscuidad.

El déficit de viviendas en el año de 1970, era de 450,000 unidades, y un valor aproximado de 480 millones para resolverlo, y los requerimientos del crecimiento poblacional vegetativo representan alrededor de 25,000 viviendas nuevas por año.

Durante 1965 a 1969 el gobierno se fijó la meta de construir un número de 13,911 viviendas con una inversión de 34.5 millones de quetzales.

CUADRO No. 10

VIVIENDAS CONSTRUIDAS POR EL GOBIERNO Y OTRAS INSTITUCIONES QUINQUENIO 1965 - 1969

INSTITUCION	CASAS CONSTRUIDAS	INVERSION(*)	PORCENTAJE
Gobierno	6,100	14.6	13.6
F.H.A.	3,985	35.5	33.3
Iniciativa Privada	8,089	56.5	53.1
TOTAL	18,174	106.6	100.0

Fuente: Plan de desarrollo Económico 1971-1975.

(*) En millones de quetzales.

Analizando éstos datos tenemos que la construcción anual de viviendas tanto por el Estado como por la Iniciativa Privada es demasiado baja, que ni siquiera cubre las necesidades del crecimiento poblacional vegetativo que es de 25 mil viviendas por año. Además, la construcción de viviendas por parte del gobierno para aquellas personas de escasos recursos es ínfima, ya que se construyeron un promedio de 1,225 casas anuales para éste tipo de población durante el quinquenio 1965-1969. Mientras que el FHA y la Iniciativa Privada construyeron viviendas en número de 2,414.8 anuales durante el mismo quinquenio, a un costo de 92.0

millones de quetzales que sólo pueden ser financiadas por personas con ingresos económicos bastante elevados, favoreciendo así a la clase "alta", así como a las compañías constructoras de las mismas.

En conclusión, la política desacertada por parte de los gobiernos en cuanto a la vivienda, financiando proyectos habitacionales que no están al alcance de la mayoría de la población, hacen que el número en el déficit de las mismas aumente, así como también el número de viviendas primitivas en los barrancos y demás lugares de pobreza, todo ésto empeorado cada vez más por el terremoto que se vivió en 1976.

8.2.7 Saneamiento Ambiental Básico:

El dotar de servicios encaminados al mejoramiento del saneamiento ambiental de una población determinada, definitivamente reducirá los índices de mortalidad y morbilidad de dicha población, pero a su vez se deberá de mejorar el nivel de vida económica y social de los habitantes para lograrlo. En Guatemala, con una desigualdad económica y social demasiado evidente, los servicios encaminados a mantener un saneamiento ambiental adecuado son deficientes y en la mayoría de la población inexistentes; por lo cual es urgente y justificable la construcción de proyectos de abastecimiento de agua, disponibilidad de excretas, de basuras, etc.

8.2.7.1 Agua Potable:

Las enfermedades gastrointestinales constituyen la primera causa de mortalidad y morbilidad de la población infantil en nuestro país, por lo que es de vital importancia mejorar la calidad de agua que consume la población.

Menos del 40o/o de la población urbana cuenta con conexiones de agua potable, correspondiendo un 44o/o a los

habitantes de la Capital de la República y un 38o/o a los habitantes del interior del país.

Existen más de 53 localidades urbanas —cabeceras municipales— que no gozan del servicio del agua potable. El resto de las cabeceras municipales, cuentan con sistemas cuya capacidad es insuficiente e inadecuada para su población; otros con sistemas extremadamente insuficientes y en otros inexistente.

Un ejemplo típico, lo constituye el Petén que es el área más desprovista de servicios de saneamiento ambiental, pues una sola de sus cabeceras cuenta con agua potable.

El porcentaje promedio de población beneficiada es muy bajo, dado que es el 12o/o.

CUADRO No. 11

ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE EN EL AREA URBANA Y RURAL AÑO 1973

TIPO DE POBLACION	POBLACION TOTAL EN MILES	BENEFICIADA	PORCENTAJE
Urbana	2.007,6	875.759	43.0
Rural	3.743,3	478,064	12.0
TOTAL	5.750,9	1.333,823	23.0

Fuente: Unidad de Planificación. SGCNPE/MSP y AS. POB. CELADE

Como se puede analizar en el cuadro anterior, tanto la población urbana como rural cuentan con escasos servicios de abastecimiento de agua potable, por lo que se está muy lejos todavía de alcanzar niveles de cobertura adecuados con respecto a éste servicio y que por lo tanto puedan influir sobre los índices

de mortalidad y morbilidad.

Sin embargo, son muchas las instituciones encargadas del diseño y la construcción de abastos de agua potable, como: El Departamento de Acueductos y Alcantarillados de la Dirección General de Obras Públicas el Instituto de Fomento Municipal, La Municipalidad de Guatemala y otras municipalidades comparten la responsabilidad de la construcción de acueductos urbanos; el Departamento de acueductos y alcantarillados, la división de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Desarrollo de la Comunidad de la Presidencia de la República que se encargan del suministro de agua a la población.

Pero hasta el momento no existe una coordinación adecuada y funcional entre todas éstas instituciones para una mejor y efectiva cobertura de éste servicio. Al contrario, cada quién trabaja por su lado, haciendo pequeñas obras y atribuyéndoselas con fines políticos y sectarios, que en definitiva no representan beneficio para la población.

8.2.7.2 Disposición de Excretas, Aguas Servidas y Basuras.

La disposición de excretas, aguas servidas y basuras, van íntimamente ligadas a los abastos de agua, como servicios encaminados a mejorar el saneamiento ambiental, especialmente en lo que respecta a la transmisión de enfermedades —gastrointestinales—, siendo la mayor y más frecuente contaminación del ambiente la efectuada por las excretas humanas.

El 60o/o de la población deposita diariamente toneladas de desechos en el suelo y el resto por las aguas negras de la población, contaminando ríos, lagos, playas, riberas y otros cuerpos de agua. 99 municipios tienen alcantarillados (30o/o), sirviendo al 20o/o de la población de las cabeceras municipales.

Para lograr mejorar la disposición de excretas de la población rural se necesitaría más de medio millón de letrinas, además de programas informativos acerca del uso y beneficios de las mismas en éste tipo de población, ya que muchas veces se utilizan para otros servicios y no para el fin determinado.

Actualmente no existen plantas de tratamiento de aguas negras en Guatemala.

Con respecto a la recolección y disposición de las basuras y otros desechos sólidos tanto domésticos como industriales y cuya magnitud es del orden de las 2.400 toneladas diarias, es un problema grave en nuestra población, especialmente cuando no parece evidenciarse una actitud vigilante por parte de las autoridades encargadas del buen funcionamiento de éstos servicios —municipalidades y gobierno— frente a los riesgos derivados de la falta o inadecuada recolección y disposición de los desechos.

En la recolección de basuras en la ciudad capital opera un sistema mixto de administración municipal y de empresas particulares, que cuentan con vehículos inapropiados, en su mayor parte, aunque un regular porcentaje de la disposición final de las basuras es satisfactorio.

En las principales ciudades del interior del país, la recolección está a cargo de pequeñas empresas que utilizan vehículos inadecuados descubiertos, y la disposición final de la basura es deficiente, dado que se hace en botaderos a cielo abierto sin medida alguna de tratamiento o protección. Esto en definitiva contribuye en la proliferación de moscas y vectores, y consecuentemente en las condiciones ambientales.

8.2.2 Pesticidas:

El uso creciente e indiscriminado, en la agricultura, industria y lugares domésticos, de pesticidas; así como la

legislación inadecuada y la irresponsabilidad de las autoridades encargadas del control y vigilancia de éstas actividades, han llevado al país a una serie de contaminación, provocando desequilibrios en el ecosistema, afectando la vida animal, vegetal y humana, especialmente cuando no se usan las técnicas y procedimientos y la vestimenta adecuada, ni para proteger al hombre de éste tipo de pesticidas.

Varios estudios se han realizado al respecto, y a pesar de la magnitud del problema no se hace lo necesario para regular, normalizar y aplicar las medidas convenientes e indispensables, tendientes a prevenir y conservar la vida humana, así como animal y vegetal.

8.2.9 Control de Alimentos:

El control en la producción, elaboración y distribución de alimentos, tanto en calidad como en cantidad, es otro factor que influye en la salud de una población determinada. En cuanto a calidad, el alimento puede actuar como vehículo portador de enfermedades e intoxicaciones; en cuanto a cantidad, se especula y acaparan los alimentos, haciendo más difícil la disponibilidad de éstos en el mercado a la vez que aumentan de precio.

En el país aún no se ha podido establecer un programa nacional de higiene y control de alimentos y las pocas o ninguna acciones que en éste sentido efectúan los Centros de Salud, no tienen ninguna influencia en el mejoramiento de las condiciones en que se llevan a cabo su producción, almacenamiento, transporte, manipulación y expendio. El procesamiento industrial, en un buen porcentaje es malo, por falta de conocimientos tecnológicos, de asesoría efectiva y de control sanitario.

La vigilancia o inspección sanitaria a los locales donde se manipulan alimentos se efectúa en visitas esporádicas y sin objetivos precisos; un poco más de la mitad de los productos

alimenticios que circulan en el país están registrados en el departamento correspondiente; la toma y envío de muestras de éstos productos a los laboratorios centrales para su análisis de control o registro en forma coordinada y permanente no se efectúa.

Las facilidades físicas y económicas son precarias y los recursos humanos son insuficientes para cubrir un país pequeño como lo es Guatemala.

8.2.10 Recursos Humanos:

La disponibilidad de personal suficiente debidamente adiestrado y distribuido, es uno de los factores más importantes que contribuyen al éxito de todo programa de salud enmarcado dentro de una planificación sanitaria adecuada, con miras a la solución de los problemas más perentorios en salud en cualquier población determinada.

Todo lo contrario sucede en Guatemala, ya que, no sólo hay escasa disponibilidad de personal médico, y paramédico, sino que su deficiente entrenamiento y distribución, hacen imposible suministrar un servicio médico adecuado para la población, cuya demanda se hace cada día mayor.

En los cuadros No. 12, 13, y 14, se describe la situación precaria de los recursos humanos en nuestro país. Este análisis hace evidente la baja disponibilidad de todo tipo de personal, lo mismo que su extraordinaria concentración en la ciudad capital.

CUADRO No. 12

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS MEDICOS, GUATEMALA 1971

UBICACION	PORCENTAJE
Capital	69.0
Resto Departamento Guatemala	0.9
Resto del país	13.7
Extranjero	16.4
T O T A L	100.0

Fuente: Folleto de la Facultad de Ciencias Médicas. Dr. Miguel Garcés. USAC.

En 1971 el 69.0o/o del personal médico se encontraba localizado en la ciudad capital, sirviendo a una población que casi llega al millón de habitantes, mientras que el 14.6o/o restante servía a una población de 4.581.300 habitantes en el resto de la república. Lo mismo sucede con el personal paramédico y auxiliar.

La relación médico; enfermera graduada; enfermera auxiliar, es para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1:0.6:3,6.

CUADRO No. 13
PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA POR
CADA 1,000 HABITANTES(*)
RECURSOS/1,000 HABITANTES

Médico	0.25
Enfermeras Graduadas	0.14
Auxiliares Enfermería	0.60

(*) Año de 1971.

El incremento de personal en relación a la población, que demanda un servicio médico adecuado, siempre ha sido mínimo, desde cualquier época en que se quiera analizar éste problema. Esto se debe básicamente, a la política desacertada en lo que a salud se refiere por parte de los gobiernos, los cuales a su vez asignan presupuestos demasiado bajos al sector salud, imposibilitando el adiestramiento y tecnificación del personal médico y paramédico, así como la oportunidad de trabajo de éste en salud pública.

Lo anterior se demuestra por la falta de centros para el adiestramiento de personal paramédico, ya que actualmente sólo existen dos escuelas para la formación de enfermeras graduadas —una en la ciudad capital y otra en Quetzaltenango—, las cuales hacen un promedio de 65 enfermeras anuales; para la formación de auxiliares de enfermería también existen únicamente dos escuelas —una en Mazatenango y otra en la capital— con el mismo promedio anual; no habiendo programas para el adiestramiento de laboratoristas, técnicos en rayos X; aunque si existen centros para el adiestramiento, de técnicos en salud rural, encontrándose localizado en Quiriguá Izabal.

CUADRO No. 14

PERSONAL DE SALUD: MEDICO, ODONTOLOGICO, PARAMEDICO Y ADMINISTRATIVO EN GUATEMALA, 1973

Médicos	1,270	Laboratorista	312
Odontólogos	115	Técnicos en Rayos X	118
Enfermeras	753	Nutricionistas	12
Auxiliares enfermería	3,754	Estadígrafos	38
Inspectores Saneamiento	168	Farmacéuticos	26
Trabajadores Sociales	124	EPS	263
Otro personal	5,112		

Fuente: Folleto de la Facultad de Ciencias Médicas. Dr. Miguel Garcés. USAC.

Todo esto se debe a la importante influencia económica y política que la lumpen-burguesía urbana tiene en la distribución de los recursos, determinando asimismo el que la mayoría de éstos recursos humanos de salud se encuentren centrados en las zonas urbanas, en donde se encuentra la economía de mercado del país subdesarrollado. Por consiguiente, aunque la mayoría de la producción económica es producto de las regiones fuera de las zonas urbanas, es decir, en los sectores agrícolas o rurales, el consumo de los servicios, incluyendo los recursos humanos de salud, es urbano y se concentra principalmente en la capital del país subdesarrollado.

La burguesía influye en la distribución de los recursos por los siguientes medios: (1) imponiendo el "modelo" de mercado en la distribución de los recursos, de la misma manera que realiza la "ideología liberal" de la economía. Los recursos son distribuidos, por lo tanto, según el poder de consumo y no de producción. Este poder de consumo, como se sabe, se concentra en las zonas urbanas; (2) influencia en los medios de producción, es decir, educación médica urbana; (3) control del contenido social y de la naturaleza de la educación médica, debido a que ésta no es accesible a la mayoría de la población; y (4) control de los órganos del estado, altamente centralizados y con sede urbana, de donde resulta que el sector público, controlado por las diferentes ramas del estado, tiende básicamente a apoyar a los sectores privados y de seguro social.

En conclusión, la profunda desigualdad y escasez de recursos humanos de salud en Guatemala, es un síntoma de la mala distribución de recursos en los diferentes sectores de la economía, la cual se debe a la dependencia económica y cultural de nuestro país y al control de la distribución de recursos económicos y sociales por la burguesía.

8.2.11 Automedicación:

He creído conveniente la introducción de éste tema en el

presente trabajo, aunque el mismo es bastante extenso, aquí trataremos de enumerar las consideraciones más importantes, ya que representa un aspecto muy importante tanto en el sector salud, como en la economía de todos los habitantes; debido a que actualmente la venta de productos medicinales genera un comercio de 48 millones de quetzales anuales.⁽¹⁾

Como es del conocimiento de la mayoría, la calidad de los productos medicinales no está plenamente garantizada por el Estado; y si la población necesitada de éstos productos no puede adquirirlos, debido a que su capacidad económica es demasiado baja y los precios de los productos medicinales son elevados; el esfuerzo hecho por el personal médico y paramédico, tanto de Salud Pública como del sector privado dedicados a las acciones de salud, definitivamente no tienen razón de ser.

La automedicación o la prescripción médica por personas no facultadas para ello, es uno de los factores más importantes que sostienen económicamente el negocio de los productos medicinales en Guatemala.

Si analizamos la automedicación en nuestro medio, ésta tiene como origen únicamente la situación económica precaria en la mayoría de la población, la cual viéndose con un ingreso per-cápita demasiado bajo y con servicios de salud pública escasos y deficientes; busca una "atención médica" barata, encontrándola en la mayoría de veces en los expendios de productos medicinales al menudeo, los cuales a veces adquieren características de dispensarios.

Derivada de ésta estructura económica, hay una serie de situaciones que también favorecen el incremento de la automedicación, como:

- La ignorancia de la mayoría de la población, que la condiciona a buscar éste tipo de atención médica.
- La falta de leyes que regulen enérgicamente la venta de productos medicinales por medio de receta médica, dejando únicamente ciertos productos medicinales no tóxicos para la venta al público sin ningún requisito.
- La propaganda indiscriminada sobre el uso y las acciones de los productos medicinales, tanto por los medios de comunicación corrientes, como por la literatura médica que traen dentro del envase o empaque de dicho producto; y que debería ser de incumbencia exclusiva del médico o persona calificada.

Es así pues, como éstos factores favorecen la automedicación en nuestro medio, beneficiándose únicamente las compañías farmacéuticas que ven aumentadas sus ganancias cada día; mientras que la población pone en peligro su salud y su presupuesto ante tal situación, que no parece evidenciarse una solución que proteja los intereses de la población.

(1) Diario La Nación, 14 de Abril de 1978. Página No. 4.

CUADRO No. 15

CIFRAS ABSOLUTAS DE MEDICAMENTOS PARA CASA EN
ASENTAMIENTO 4 DE FEBRERO ZONA 5

MEDICAMENTOS	TOMARON		NO TOMARON SUB-TOT.	Total
	S.P.	C.P.		
Analgésicos	163	57	220	490
Antibióticos	64	71	135	575
Vitaminas	85	43	128	582
Otros	43	43	86	625
Antiácidos	43	28	71	639
Anticonceptivos	21	43	64	646
Tranquilizantes	14	36	50	660
Antihelmínticos	14	29	43	667
Antidiarreicos	22	14	36	674
Minerales	7	7	14	696
Cardiotónicos	0	14	14	696
Estupefacientes	0	7	7	703

S.P. Sin prescripción. C.P. Con prescripción.

CUADRO No. 16

CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS CONSUMO DE MEDICAMENTOS
EN LAS FAMILIAS DEL ASENTAMIENTO 4 DE FEBRERO
ZONA 5, SEGUN PRESCRIPCION MEDICA

PRESCRIPCION	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJE
TOTAL	270	100
Con Prescripción	206	29
Sin Prescripción	270	38
No tomaron	234	33

CUADRO No. 17

CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS CONSUMO DE MEDICAMENTOS
EN LAS FAMILIAS DEL ASENTAMIENTO 4 DE FEBRERO
ZONA 5, SIN PRESCRIPCION MEDICA
SEGUN FORMA DE ADQUISICION

FORMA DE ADQUISICION	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJE
TOTAL	270	100
Automedicación	142	53
Farmacéutico	78	29
Familiar	29	11
Amigo	14	5
Visitador Médico	7	2

Fuente: "Encuesta del uso de medicamento con o sin prescripción
médica". Tesis de Graduación. Dr. José Angel Marroquín Toledo.

Los datos de los cuadros anteriores, nos vienen a confirmar lo dicho al inicio de éste apartado. Este estudio se realizó en 710 familias del Asentamiento 4 de febrero de la zona 5 de la ciudad capital, y cuyos resultados fueron:

- Un 23o/o de éstas familias consumen analgésicos del tipo de: Acido acetilsalicílico, Acetaminofén y Derivados Pirazolónicos el 12o/o consume vitaminas de todo tipo y un 9o/o antibióticos; todos sin prescripción médica.
- Con respecto al consumo de medicamentos, el 38o/o de éstas familias lo hace sin prescripción médica; el 29o/o lo efectúa con prescripción médica y el 33o/o no consumían medicamentos.
- La forma de adquisición para el consumo de éstos medicamentos, se efectúa de diferentes formas, correspondiendo a la automedicación el 53o/o, al farmacéutico el 29o/o, a familiares el 11o/o, a amigos o personas conocidas el 5o/o y a los visitantes médicos el 2o/o.

Aunque el número de familias encuestadas no es una muestra bastante grande, los resultados obtenidos de ellas si son un fiel reflejo de la automedicación indiscriminada y la tenencia de productos medicinales por parte de la población, y que está condicionada por los factores explicados anteriormente.

8.3 Asignación y Distribución del Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Para que una planificación Sanitaria se lleve a cabo adecuadamente, en un país cualquiera, deberá de definirse claramente la política sanitaria del gobierno que lleve a cabo dicha planificación, así como la forma general y el alcance del plan para llevarlo a cabo, cumpliendo con la mayoría de objetivos

propuestos en dicho plan; claro está, que una de las bases para que se realice lo anterior lo representan las asignaciones presupuestarias que deberán otorgarse, siempre apegadas a la demanda de servicios que exige la población, así como para mejorar los ya existentes.

Guatemala siempre ha contado con asignaciones presupuestarias bajas en el sector salud, además de la distribución inapropiada de éstas, como se demostrará en los cuadros siguientes. De 1970 a 1978 el presupuesto a aumentado más o menos en un 380o/o, con un promedio anual de 42.2o/o; a simple vista se podría argumentar que dicho presupuesto a aumentado en forma aceptable, sucediendo todo lo contrario, como lo demuestra el cuadro No. 18:

CUADRO No. 18
ESTIMACION DE LOS GASTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO
EN ASISTENCIA MEDICA Y EN SERVICIOS DE SANEAMIENTO
AMBIENTAL, PER CAPITA Y POR PORCENTAJE DEL
TOTAL DE GASTOS DE SALUD

PAIS	AÑO	ASISTENCIA MEDICA		SANEAMIENTO AMBIENTAL		TOTAL	
		Gastos per Cápita \$	o/o	Gastos per cápita	o/o	Gastos per Cápita \$	o/o
Colombia	1970	8.5	91.2	0.82	8.8	9.32	100.0
Nicaragua	1969	14.6	94.4	0.86	5.6	15.46	100.0
Salvador	1970	6.1	94.4	0.36	5.6	6.46	100.0
Guatemala	1970	2.1	95.4	0.10	4.6	2.20	100.0
Guatemala	1978	4.31	78.22	1.21	21.9	5.51	100.0

CUADRO No. 19

ANALISIS DE LA DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO DEL
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
ENTRE PROGRAMAS Y ACTIVIDADES 1970-1978

PROGRAMAS Y ACTIVIDADES	DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GASTO POR AÑO				
	1970	1971	1972	1973	1977
Admón Central	6.94	6.46	13.05	15.61	11.18
Enf. Transmisibles	8.95	8.97	8.96	9.25	6.32
Materno Infantil	0.32	0.74	0.39	0.41	0.53
Servicios Médico hospitalarios	64.78	64.19	60.85	56.96	49.88
Saneamiento Amb.	0.45	0.54	0.21	0.47	11.59
Recursos Humanos	1.17	1.14	1.92	3.31	4.58
Transf. Corrientes	17.30	15.96	14.62	13.99	15.89
T O T A L	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

CUADRO No. 20

PRESUPUESTOS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL 1970-1971

AÑO	MONTO	INCREMENTO o/o
1970	Q. 19.393.225.00	---
1971	Q. 20.216.394.00	4.24
1972	Q. 22.210.007.00	9.86
1973	Q. 23.350.352.00	5.13
1977	Q. 53.695.430.00	9.96

Analizando los cuadros No. 19, tenemos que, en lo que respecta a los gastos de la administración central o sea la burocrasia, ésta se ha incrementado ostensiblemente, ya que en 1970 representó el 6.94o/o del total del presupuesto, mientras

que en 1977 tiene asignado el 11.18o/o, lo que viene a reducir la ya de por si baja asignación, y con ello la raquífica atención médica al guatemalteco.

En lo que a las enfermedades transmisibles se refiere, su asignación ha disminuído, ya que en 1970 era del 8.95o/o del total del presupuesto y ahora en 1978 representa el 5.90o/o. Dentro de éste parámetro de las Enfermedades Transmisibles, para el control y erradicación de la Malaria, el presupuesto se ha incrementado; ya que en 1970 era de un millón de quetzales y actualmente pasa de los tres millones, mientras que la tuberculosis que es una de las enfermedades endémicas que más estragos está causando en la población, tiene una asignación que no llega ni siquiera al cuarto millón de quetzales.

Esto nos pone en evidencia que la lumpenburocracia, dueña de los medios de producción, es beneficiada por las instituciones estatales en lo que a la malaria y otros aspectos se refiere, asegurándoles temporalmente el control y erradicación de ésta enfermedad, por medio de la fumigación indiscriminada de insecticidas en las áreas endémicas, poniendo en peligro la vida de un gran sector de la población que labora en esas latitudes; mientras que, si se mejoraran las condiciones sanitarias de la población —drenajes, disposición adecuada de excretas y basuras, agua potable, etc.— se controlaría mejor y en forma permanente ésta y muchas otras enfermedades como la tuberculosis, enfermedades gastrointestinales, etc., disminuyendo los índices de mortalidad y morbilidad y mejorando el nivel de salud de nuestra población.

El grupo Materno-infantil representa el progreso de todo pueblo en cualquier campo que se le analice, así como también es uno de los sectores más vulnerables en lo que a mortalidad y morbilidad se refiere, y por lo cual se le debe de brindar la mejor protección y atención médica, al igual que el resto de la población. Desgraciadamente en Guatemala no se le da la

importancia que merece a la protección y promoción de éste grupo, ni los medios para su mejor conservación, como se demuestra en el presupuesto irrisorio que tiene asignado. En 1970 representaba el 0.32o/o del presupuesto total; en 1978 es del 0.51o/o. En cuanto a los resultados, quedan únicamente en papelería los proyectos y coberturas que supuestamente las instituciones estatales pretenden alcanzar.

Desde su fundación por los españoles, Guatemala se ha dedicado casi exclusivamente a la medicina curativa, esto es comprensible hasta cierto punto, dada la estructura económico-social imperante, ya que solamente el capital decide cuando uno vive, se enferma y muere según su clase; conservando y consumiendo solamente aquella fuerza de trabajo que le es útil, el resto la elimina, manteniéndolo su condición de poderío.

La inversión en los servicios médico-hospitalarios, es el que mayor incremento ha tenido, especialmente desde 1970 que fue el 64.78o/o del total del presupuesto, y ahora en 1978 representa el 41.74o/o, que también comparado con la demanda actual, es demasiado bajo.

En el rubro del Saneamiento Ambiental la situación también es desastrosa, ya que actualmente tiene un 13.07o/o del presupuesto total, siendo las condiciones sanitarias del país pésimas; como se demostró en el apartado correspondiente. Si nuestras instituciones estatales no pueden solucionar los problemas relacionados con la medicina curativa, mucho menos podrá poner en práctica una medicina preventiva adecuada, ya que la verdadera medicina preventiva, la única que tienen un sentido real, no es aquella que nos propone el capital, sino aquella a la cual el capital se opone.

Y por último tenemos el recurso humano, que como quedó explicado anteriormente, no sólo es escaso, sino técnicamente deficiente con una distribución inadecuada y una

producción ínfima con respecto a la demanda que se tiene de éstos. Si añadimos a esto una asignación presupuestaria precaria, el problema se hace más imposible de solucionar. Actualmente su asignación representa el 2.94o/o del presupuesto total, que comparado con 1970 que fue de 1.17o/o no cambia en nada la actual situación que se vive, de ahí que los proyectos que se planifiquen para solucionarla, no puedan llevarse a cabo.

8.4 LAS POLITICAS DE SALUD

Para que una Planificación Sanitaria sea adecuada, es de vital importancia, que el gobierno defina claramente sus políticas sanitarias, las cuales deben de estar en consonancia con el desarrollo económico social de la población. Además, la eficacia de dicha planificación radica en la máxima utilización de los recursos que un país pueda dedicar al mejoramiento del estado de salud de su población.

Ante tal situación de salud que vivimos actualmente, la planificación sanitaria con que contamos, es de vital importancia, ya que ésta es una de las bases para tratar de elevar el nivel de salud de nuestra población. Lo expuesto hace necesario un análisis de sus políticas y estrategias, para determinar si ésta Planificación Sanitaria está de acuerdo con la realidad económico-social que se vive en la actualidad.

8.4.1 Primera Política: Aumento de Cobertura.

“Es necesaria la extensión de los servicios de salud en cantidad y calidad, orientados especialmente a los grupos más vulnerables, como lo son el binomio madre-niño”⁽¹⁾

“Establecer servicios básicos de salud para los grupos de población geográficamente dispersa”⁽¹⁾

(1) Copiado literalmente del Plan Nacional de Salud 1975-1979, en lo que se refiere a la Política de Salud.

Para que lo anterior se lleve a cabo, "Hay que transformar el sistema actual de prestación de servicios de salud en un sistema armónico, en el que se defina claramente el ámbito de su acción mediante el análisis de las agencias, proponiendo una organización adecuada en función del aprovechamiento máximo de los recursos. Los servicios deberán dispensarse de manera integral con especial énfasis en defensa, promoción y restitución de la salud en niveles de atención progresiva para el individuo, la familia y la comunidad y, sobre todo convirtiendo ésta atención en una función activa y permanente, orientadora en costumbres de la población, para que utilicen prácticas sanitarias que los lleve a mejores niveles de bienestar. Esto es, modificando el concepto de la atención de enfermedad de un acto episódico y ocasional en una práctica"(1)

Definitivamente estamos de acuerdo en la extensión de los servicios de salud y en la protección del grupo Materno-Infantil como acciones prioritarias; ahora, lo que no encaja dentro de ésta política es la forma cómo se persigue aumentar éstos servicios; ya que no basta con la transformación, organización y delimitación de las acciones de salud, para aumentar la cobertura de los servicios de salud.

Falta la base para que se lleve a cabo éste aumento de cobertura en los servicios de salud, y ésta es: la inversión o asignación presupuestaria para la salud, la cual debe ir en relación con la demanda de servicios que exige la población. Actualmente Guatemala invierte Q.4.30 quetzales por habitante por año en atención médica a todo nivel, mientras que en el año de 1970 el Salvador invirtió Q.6.10 dólares por habitante por año en atención médica; como se puede observar la diferencia es obvia.

Solamente mediante una inversión adecuada, apegada a la

(1) Copiado literalmente del Plan Nacional de Salud 1975-1979, en lo que se refiere a la Política de Salud.

realidad sanitaria actual, así como una organización y descentralización inmediata de los servicios médicos, podrá solucionarse en parte y aumentar la cobertura de los servicios básicos de salud, y poder transformar la atención médica en una práctica y no en un acto episódico y ocasional.

8.4.2 Segunda Política: Aprovechamiento de la Capacidad Instalada.

"Para cumplir la política de aumento de cobertura, es necesario adecuar las instalaciones de los establecimientos de salud de acuerdo con la organización del sector y especialmente con lo que se refiere a niveles operativos, entendiéndose por instalaciones los recursos en edificaciones, equipo pesado y equipamiento médico-quirúrgico"(1)

"Esta política estará encauzada a considerar como prioridad la reparación, remodelación y/o equipamiento de los servicios de atención actualmente existentes y en último caso a la construcción de nuevos servicios"(1)

"Esta política está orientada a mejorar el rendimiento y productividad de los servicios, aumentando su eficacia a través de la normalización de actividades y racionalidad en el uso de los recursos"(1)

Si las autoridades estatales hablan de "aprovechar la capacidad instalada", están asegurando que los recursos con que cuentan tanto en instalaciones físicas, equipo diagnóstico y médico quirúrgico, no se aprovechan desperdiciándose gran parte de ello.

Esto es totalmente falso, ya que no sólo se SOBRECARGA la capacidad instalada, sino que no se cuenta con los recursos necesarios para brindarle al público una atención

(1) Copiado literalmente del Plan Nacional de Salud 1975-1979, en lo que se refiere a la Política de Salud.

médica adecuada, llegándose incluso a que el paciente hospitalizado tenga que comprar sus medicamentos para su tratamiento. De ahí la explicación de huelgas y protestas en los últimos meses, por parte del personal de los hospitales de la capital y del interior del país, exigiendo mejores instalaciones hospitalarias, así como equipo de diagnóstico y médico-quirúrgico para poder seguir laborando en mejor forma.

Antes del terremoto de 1976, la capacidad instalada en servicios de salud gubernamental era escaso tanto en cantidad como en calidad, y ésta misma situación de catástrofe vino a ponerlo en evidencia de una forma más real y objetiva. Ahora, que se trata de justificar lo pésimo de los servicios de salud debido al propio terremoto, es algo que no se puede creer bajo ningún punto de vista.

Tanto la remodelación y reparación de los servicios de salud, ocupan en la actualidad el primer lugar en prioridad, dejando en última instancia la construcción de nuevas instalaciones sanitarias; éso no habría sucedido si desde años atrás se hubiera contado con la misma prioridad y capacidad financiera para la remodelación y reparación de éstas mismas instalaciones y por lo tanto la construcción de nuevos servicios de salud no sufrieran más atrasos de lo que se ha presentado.

Esto nos viene a confirmar una vez más las políticas sanitarias inadecuadas por parte de las autoridades estatales, que lejos de beneficiar a la población, representa atraso en éstos servicios.

El cuadro No. 21 nos da a conocer las inversiones que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social está efectuando en toda la república en los servicios de atención médica —hospitales, centros y puestos de salud—, encaminados a la remodelación, ampliación y construcción de nuevas instalaciones, así como al mantenimiento y equipamiento de las mismas. Los

establecimientos de salud en toda la república están divididos en regiones de salud.

La inversión total es de 50.977,000 en un período de seis años —1975-1980; lo cual representa una inversión anual de 8.496,166 quetzales para toda la república. Si se distribuyera equitativamente entre los 22 departamentos y 3 ciudades, la inversión anual, le correspondería a cada uno de ellos 339,846 quetzales y los cuales servirían para la remodelación, construcción, equipamiento y mantenimiento de hospitales, centros y puestos de salud.

8.4.3 Tercera Política: Recursos Humanos para la Salud.

“La producción y programación de los recursos humanos deberá hacerse con base en los programas globales de desarrollo y específicamente de acuerdo a los programas de cobertura y de las necesidades de salud de la población”

“Es imprescindible que los recursos humanos que integran el sistema estén perfectamente conscientes de su papel dentro del mismo”.

“En última instancia, la planificación de recursos humanos y sus perfiles debe ser encaminada hacia el aprovechamiento de la capacidad instalada y la cobertura de las necesidades de salud de la población, la cual constituye el punto central del plan”

“La eficiencia del sistema de Salud Pública puede lograrse con una mayor productividad de los recursos humanos, pero también debe contarse con una base presupuestaria adecuada”(1)

(1) Copiado literalmente del Plan Nacional de Salud 1975-1979, en lo que se refiere a las Políticas de Salud.

REGION DE INVERSIONES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

	Región Metropolitana	Región I	Región II	Región III	Región IV	Región V	Región VI	Región VII	TOTAL
Construcción	7.100.0	6.467.0	6.335.0	185.0	717.5	9.071.6	5.166.0	303.0	33.345.1
Equipo	2.537.0	1.311.0	3.738.5	114.5	348.5	5.688.5	2.570.0	162.5	16.470.5
Mantenimiento	165.9	119.8	253.0	7.6	30.0	380.05	193.55	11.5	1.161.4
Totales Región	9.802.9	7.897.8	10.326.5	307.1	1.096.0	15.140.15	7.929.55	477.0	50.977.0

Fuente: Plan Nacional de Salud.

Total: 50.977.0 (en miles), 1975-1980.

Esta política de recursos humanos se podrá llevar a cabo, como las otras anteriores, únicamente con una aportación económica suficiente, encaminada a la preparación y producción de recursos humanos suficientes tanto en calidad como en cantidad, siempre en relación con la demanda de servicio médico que se tiene actualmente. Además de la descentralización de los recursos ya existentes y los que están en vías de formación.

Pero si se continúa con incrementos económicos bajos, que en última instancia repercute sobre la producción de éstos recursos como lo demuestran las estadísticas siguientes: en 1970 el rubro de recursos humanos representaba el 0.45o/o del total del presupuesto de ese año; mientras que actualmente representa el 2.94o/o, pero la población también ha aumentado en casi dos millones de habitantes; además, según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se necesitan 274 enfermeras graduadas por año y actualmente se están formando 65 anuales que representa el 24o/o de lo necesario. Con respecto a las auxiliares de enfermería la situación es más calamitosa, ya que se necesitan 540 enfermeras anuales y se están formando 65 por año, lo que representa un 12o/o del requerimiento. Si analizáramos la situación de laboratoristas, técnicos en rayos X, promotores de salud, no se encontrarían palabras para describirla, ya que con la palabra pésimo todavía le daríamos un carácter optimista.

8.4.4 Cuarta Política: Política Alimentaria Nacional.

El gobierno de la República, a través de su Plan Nacional de Salud, enfoca el problema nutricional desde dos puntos de vista:

- a) Como un problema social y humano (la buena nutrición como un derecho).
- b) Como un problema económico (la buena nutrición como un factor de desarrollo).

En primer lugar, el problema nutricional en Guatemala, se origina única y exclusivamente en la estructura económica que nos rige —distribución inadecuada de los medios de producción—, derivándose de la misma una serie de problemas sociales, culturales, políticos, etc., que vienen a agudizar más dicha situación; y no caer en falacias: la buena nutrición como factor de desarrollo, ya que mientras no se mejore la situación económica de todos los guatemaltecos, jamás saldremos de la desnutrición en que vivimos, y por lo tanto el desarrollo económico tan ansiado nunca estará a nuestro alcance.

Siguiendo con la política alimentaria nacional, ésta se propone los siguientes objetivos:

- a) Alcanzar el óptimo estado nutricional de toda la población.
- b) Alcanzar una producción y disponibilidad adecuadas de alimentos y nutrientes para la población (por ejemplo: cumplimiento de la ley de granos básicos).
- c) Aumentar la demanda efectiva y lograr el consumo adecuado de alimentos en toda la población, especialmente en los grupos vulnerables de la misma.
- d) Asegurar una buena utilización biológica de los alimentos y nutrientes que consume la población.

Todo lo anterior se llevará a cabo mediante las siguientes estrategias:

- a) Asegurar una producción y disponibilidad de nutrientes, cuyas áreas de acción son la producción, el almacenamiento, la industrialización, la comercialización y el fortalecimiento de los alimentos, además incluye estrategias para donaciones y comercio exterior y para los

casos de emergencia nacional.

- b) Asegurar una buena distribución y consumo de alimentos, en especial por parte de los grupos más vulnerables mediante, la redistribución del ingreso, estabilización de precios de alimentos y educación nutricional.
- c) Asegurar una buena utilización biológica de alimentos y nutrientes; mediante, la prevención de enfermedades infecciosas, evitando así pérdidas de alimentos por la mala utilización; además mejorar el saneamiento del medio, el control de infecciones y parasitosis, la higiene y control de alimentos y el control de enfermedades infecto-contagiosas prevenibles por vacunación.

Tanto los objetivos, así como las estrategias que propone la política alimentaria gubernamental, en buena parte resultan falsas y en su totalidad imposibles de cumplir, por los siguientes hechos:

- Distribución desigual de los medios de producción, estando éstos concentrados solamente en un 10o/o de la población.
- Sistemas obsoletos de monoproducción de productos agrícolas: algodón y café, beneficiando económicamente a un sector reducido de la población.
- Inadecuada e insuficiente producción de productos alimenticios, para consumo interno, especialmente: maíz, frijol, arroz, trigo, verduras, etc.; debido a que éstos son cultivados en pequeñas áreas de tierra —minifundio—, mientras que las grandes extensiones de tierra se dedican al cultivo de productos de exportación —latifundio—.
- Inadecuada estabilización y control de precios en los productos alimenticios, especialmente en los últimos meses,

lo cual ha llevado a un aumento exagerado de éstos, favoreciendo la escasez y la baja calidad de los mismos.

8.4.5 Quinta Política: Calidad Ambiental

Entre las medidas que se tomarán para mejorar la calidad ambiental, según el Plan Nacional de Salud, están las siguientes:

- a) Conocer y determinar bien el problema de la contaminación en nuestro medio, para lo cual se debe fomentar el estudio e investigación en este campo.
- b) Impulsar las acciones específicas ya conocidas de efecto benéfico para el hombre como son: la dotación de agua potable, alcantarillado, y disposición de excretas; disposición de desechos sólidos, vivienda y control de alimentos, haciendo un esfuerzo por lograr la mayor cobertura tanto en el medio urbano como rural.
- c) Acelerar el proceso de concientización de la población en cuanto a la importancia del ambiente para el hombre y el efecto de las acciones de éste sobre el ambiente.
- d) Propugnar toda acción que tienda a evitar la contaminación del ambiente en la medida de lo factible.
- e) Traducir ésta política en una adecuada asignación presupuestaria.

Analizando el primer inciso de ésta política, diremos que de sobra se sabe y se ha determinado que las condiciones ambientales en que vive la población son demasiado pésimas, por lo cual, el fomentar estudios e investigaciones en éste campo, no es más que caer en duplicidad de esfuerzos y gastos innecesarios que disminuirían el ya raquímo presupuesto con que se cuenta. Solamente en el pensamiento de aquellas personas con intereses

creados y políticas sectarias cabe la idea de que el problema de saneamiento ambiental es desconocido en nuestro medio.

El inciso b de ésta política encuentra su explicación y factibilidad en el inciso e; ya que para dotar a una población determinada de servicios adecuados de saneamiento ambiental básico, se debe de contar con una asignación presupuestaria adecuada. Actualmente el gobierno invierte en éste tipo de servicios Q.1.21 quetzales por habitante por año, lo cual hace imposible alcanzar las metas que se han propuesto en éste plan quinquenal, como lo son: dotar al 80o/o de la población urbana de servicios de agua potable y al 33o/o de la población rural; dotar de alcantarillados al 50o/o de la población urbana y al 33o/o de la población rural de letrinas; y finalmente dotar al 70o/o de las ciudades de 20,000 o más habitantes de sistemas adecuados para la recolección, transporte, procesamiento y disposición final de desechos sólidos.

Con respecto al inciso C, sería un proceso educacional encaminado a señalar la importancia del ambiente para el hombre y viceversa; mientras que el proceso de concientización debería de implantarse para todas las autoridades sanitarias del país, para que tengan una visión más objetiva y real de la situación de salud que vivimos y en base a ello elaborar proyectos factibles con bases presupuestarias adecuadas, encaminados a la solución de los problemas de salud que viven todos los guatemaltecos.

ANALISIS

La profunda desigualdad en la distribución de las riquezas en nuestro medio, repercute en la mala distribución de los recursos en los diferentes sectores de la economía, especialmente en el sector salud; lo cual se debe a la dependencia económica y cultural, y al control de la distribución de los recursos económicos y sociales por la burguesía nacional y extranjera.

Resultaría ser poco realista, el esperar hoy en día en Guatemala una distribución más equitativa de la riqueza nacional que, considerando la profunda desigualdad en la distribución de los recursos en general, es resultante de la también desigual distribución de los mecanismos de control económico y político.

En nuestro país subdesarrollado, se necesita de una sociedad de igualdad para lograr una distribución justa de nuestros medios de producción. Además de ello, de una medicina netamente socializada, en la cual el Estado sea la única institución encargada de la salud en nuestro medio. Así se logrará terminar con la escasa posibilidad alimentaria de la población, la falta de educación, la escasez de viviendas y en general la insalubridad en que se desarrolla, hoy en día, la vida de la mayoría de nuestros habitantes, y que determinan su mala nutrición, el elevado índice de morbilidad y mortalidad, especialmente infantil, la baja expectativa de vida, y al final, el bajo rendimiento productivo.

Finalmente, la persistencia de la actual distribución inadecuada de nuestras riquezas y medio productivos, y que es la principal causa de la actual mala distribución de los recursos dentro y fuera del sector salud, no se considera insuperable. Ya que un estímulo o causa, quizá, lo constituirá indudablemente el creciente descubrimiento de parte de las mayorías despojadas, de la existencia de formas adecuadas para la distribución de esos recursos, y de nuevas estrategias para determinar el cambio.

10. CONCLUSIONES

- 1o.- La causa fundamental que determina el subdesarrollo en nuestro país, en especial en el sector salud, es la estructura económico-social imperante.
- 2o.- La medicina guatemalteca a través de la historia, ha servido a diversos intereses. Durante la época indígena, la medicina fué bastante empírica y ritual, aunque con conocimientos acertados en las distintas ramas de la medicina. No se conoció la medicina lucrativa. Durante la Colonia, la medicina fué netamente curativa, dedicada únicamente a la conservación de las Fuerzas Productivas de esa época. Desde la vida independiente hasta nuestros días, podemos decir que la medicina se ha vuelto lucrativa, además de conservar y regular la Fuerza Productiva que únicamente le va a ser útil al capital.
- 3o.- El proceso Legislativo Sanitario, está regido única y exclusivamente por el sistema económico-social actual.
- 4o.- No existe ningún medio para el control de calidad de los productos medicinales en Guatemala.
- 5o.- Actualmente la forma de registro de los productos alimenticios es muy deficiente, lo cual favorece el no registro y el aumento de circulación de éstos productos, que se efectúa especialmente por las ventas callejeras.
- 6o.- El control de calidad de los productos alimenticios es deficiente, ya que en la mayoría solamente se efectúa el control antes que el producto salga al comercio, después los análisis subsiguientes son esporádicos y a veces inexistentes.
- 7o.- El actual Código Sanitario de Guatemala, que tiene 42

años de vigencia, ya no se adapta a las necesidades de salud del país.

- 8o.- El control de los precios de los productos medicinales por la comisión encargada, es deficiente, subjetiva y parcial; no sólo por el tipo de requisitos que se piden para autorizar el incremento al precio, sino que los integrantes de dicha comisión aprueba casi en un 100o/o todas las peticiones de incrementos de precios.
- 9o.- La atención actual que presta Salud Pública en servicios de atención médica es deficiente y precaria en todos los aspectos: Recursos Humanos, Instalaciones Físicas, Equipo Médico-Quirúrgico, etc.
- 10o.- El presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se ha incrementado en los últimos años, pero no en relación al incremento poblacional existente, ni mucho menos en relación con las necesidades en salud que el pueblo presenta; por lo cual éstas asignaciones presupuestarias resultan demasiado bajas. Agregando a esto, está la distribución desorganizada de éstos presupuestos, haciendo que la Administración Central de dicho Ministerio tenga una asignación presupuestaria del 11.18o/o del presupuesto total para el año de 1977.
- 11o.- En nuestro país, a través de los años se ha practicado casi en forma exclusiva la medicina curativa, actualmente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social invierte cerca del 50o/o de su presupuesto en éste tipo de medicina. Las actividades encaminadas a la protección y promoción de salud casi no se conocen en nuestro medio, y lo poco que se ha hecho para incrementarlas, no han tenido significación ni mucho menos repercusión alguna en la población guatemalteca. Esto se debe a la falta de políticas sanitarias adecuadas, a la falta de programas y

proyectos encaminados al fomento de éstas actividades; y sobre todo a la falta de recursos económicos, que hace imposible la realización de éste tipo de medicina.

11. RECOMENDACIONES

El cambio de las Estructuras Económicas, Sociales y Políticas en nuestra población, por una Estructura en la que el Modo de Producción se identifique con los intereses de los grandes sectores de la población, en la medida básica y fundamental para la solución de los problemas de salud existentes, y en los demás sectores de la economía. Por lo tanto, las medidas que se enumeren a continuación, son secundarias, pero que unidas ayudarán a resolver los problemas de salud actuales:

Económicas:

- 1o.- Distribución en una forma equitativa y racional de los medios de producción, para terminar con el sistema de distribución actual: Minifundio y Latifundio; y con ello, el beneficio de la mayoría de la población.
- 2o.- Incrementar la producción de productos alimenticios para consumo interno —maíz, frijol, arroz, trigo, verduras—, tanto en calidad como en cantidad; para una mejor disponibilidad de éstos en el mercado, estando al alcance de todos los habitantes.
- 3o.- Establecer una adecuada estabilización y control de los precios de los productos alimenticios, mediante una producción y legislación adecuadas, sancionando drásticamente aquellos que acaparen o especulen con dichos productos.

Servicios de Atención Médica:

- 1o.- Que el Estado sea la única institución encargada de la salud de la población guatemalteca, prohibiendo terminantemente la medicina lucrativa.
- 2o.- Incrementar los servicios de atención médica, tanto

curativos como preventivos —instalaciones físicas, recursos humanos, equipo, etc.—, por el Estado; bajo bases presupuestarias y políticas sanitarias adecuadas, en relación con la demanda de éstos servicios que exige cada día más la población.

- 30.- Elaborar proyectos y programas de atención médica, con especial énfasis, en la promoción y protección de la salud en el grupo materno-infantil; así como, aquellos encaminados al mejoramiento del Saneamiento Ambiental del país, especialmente en el área rural.

Legislativos:

- 10.- Elaborar, planificar y aprobar un nuevo Código de Salud, que se adapte a las necesidades existentes; y por lo tanto, beneficie a la mayoría de la población guatemalteca.
- 20.- Revisar el Decreto 1,325 relacionado con la "Ley de Abaratamiento de Medicinas", ya que lejos de representar un beneficio para el pueblo, favorece el incremento en el precio de los productos medicinales.
- 30.- Elaborar, planificar y aprobar nuevas disposiciones legales, encaminadas al control en la venta y consumo de productos medicinales de uso delicado; las cuales deberán ser vedadas al público exclusivamente bajo prescripción médica. Elaborar una lista de dichos productos, y hacerlas del conocimiento de Farmacias y Ventas de productos medicinales de cualquier categoría.
- 40.- Exigir a las autoridades sanitarias respectivas el cumplimiento de éstas disposiciones, especialmente en lo referente a tiendas o negocios autorizados, que se dedican a la tenencia o venta de productos medicinales que no están autorizados por la Dirección General de Servicios de

Salud:

De los Productos Medicinales.

- 10.- Que tanto los productos medicinales fabricados en el país, como los importados, reciban menos del 50o/o de ganancia, y por lo tanto el precio de los productos medicinales baje.
- 20.- Que el control de los precios de los productos medicinales, sea facultad exclusiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- 30.- Que se construya urgentemente un laboratorio destinado al control de calidad de los productos medicinales, tanto importados como los producidos en el país; para evitar la producción o importación de productos medicinales de dudosa o nula efectividad terapéutica.
- 40.- Que se brinde el apoyo necesario a todo nivel, a la instalación de una Droguería Nacional, encaminada a la elaboración de productos medicinales básicos en cantidad y calidad adecuadas, para el consumo en los servicios públicos de atención médica.
- 50.- Con respecto a los requisitos solicitados para la autorización en los precios de los productos medicinales, además de los ya establecidos, se reformarán, anularán o aumentarán los siguientes:
 - a) Excluir de éstos requisitos, la Carta Explicativa cuando se solicita un alza en el precio de cualquier producto medicinal, ya que ésta no constituye una justificación para incrementar el precio, además de ser subjetiva y parcial.

- b) Para autorizar un alza de precios es necesario que haya transcurrido, por lo menos, más de dos años desde la última autorización. Esta medida, por sí sola, al igual que todas las anteriores, no favorecerá el alza en los productos medicinales.
- c) Se aceptará únicamente un 20o/o en el alza del precio en cualquier producto medicinal que sea importado. Si es de fabricación nacional, el incremento al precio del producto determinado, será hasta de un 10o/o sobre el actual autorizado.
- d) Si se trata de productos medicinales de fabricación nacional, se deberá de presentar un listado de tres productos similares, fabricados en el país o en el área Centroamericana, con los precios más bajos autorizados actualmente, para que en base a ello se fije el precio al producto determinado.
- e) Si se trata de productos importados, el transporte de cualquier producto medicinal desde el país de origen hasta puerto guatemalteco, deberá ser única y exclusivamente por barco, no aceptándose otro medio de transporte.

De los Productos Alimenticios:

- 1o.- Que se mejore el control de calidad de los productos alimenticios, mediante la ampliación y/o remodelación de las dependencias dedicadas a éstas actividades —instituciones físicas, recursos humanos, equipo, etc.—, favoreciendo así, que dicho control se efectúe en forma periódica —cada 2 ó 3 meses— y organizada para cualquier producto alimenticio.
- 2o.- Que se obligue, por parte de las autoridades sanitarias

encargadas, a través de las leyes vigentes, al registro de los productos alimenticios elaborados por las fábricas y similares. Esto además, contribuirá al control y regulación de su venta en las calles, plazas y vías públicas.

De la Educación Médica:

- 1o.- Al enfrentar el presente y el futuro de nuestra escuela de medicina, debemos orientarla hacia una medicina Socializada, a través de la formación de médicos investigadores, médicos y maestros y médicos prácticos; con gran capacidad creadora, investidos de una alta sensibilidad moral y con los elementales principios éticos; y no caer en la formación de médicos rutinarios y pragmáticos que son verdaderos comerciantes del dolor humano y de una receta médica, que ha menudo tienen numerosas "clientelas", representando así un verdadero peligro para nuestra sociedad de por sí explotada, desnutrida, y olvidada por la situación económico-social existente.

BIBLIOGRAFIA

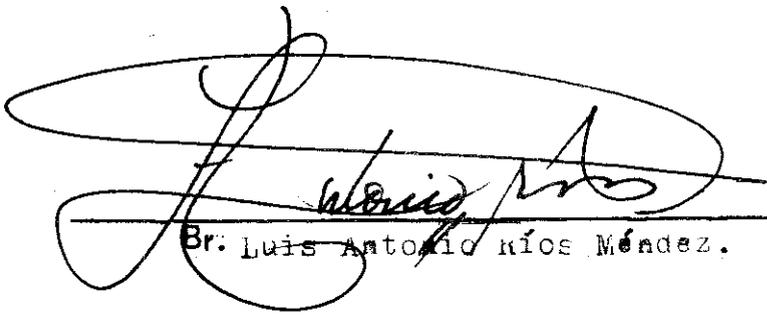
- 1.- AGUILAR LEON, Juan Rodolfo. CONSIDERACIONES SOBRE LA LEGISLACION DE SALUD PUBLICA EN GUATEMALA. Tesis de graduación. 1969. pp. 176.
- 2.- AZURDIA ALFARO, Roberto. RECOPIACION DE LEYES DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA. Tomos No. 48, 51, 53, 55, 59, 63, 64, 66. Tipografía Nacional.
- 3o.- FUENTES Y GUZMAN, Francisco Antonio de. RECORDACION FLORIDA. Guatemala, Ministerio de Educación Pública. Tipografía Nacional, 1950. 127 pp.
- 4.o- GOMEZ PADILLA, Julio. CAPITULOS DE INTRODUCCION A LA ECONOMIA. Editorial EDUCA. 4a. edición 1970. pp. 211-238.
- 5o.- MACCACARO, Giulio A. LA MEDICINA DEL CAPITAL. Seminario sobre Teoría y Práctica de la Medicina Comunitaria en Centroamérica. Santa Bárbara de Heredia, San José de Costa Rica. Mayo de 1975. pp. 21.
- 6o.- MARROQUIN TOLEDO, José Angel. ENCUESTA DEL USO DE MEDICAMENTOS CON O SIN PRESCRIPCION MEDICA. Tesis de graduación. Junio de 1978. pp. 60.
- 7o.- MARTINEZ DURAN, Carlos. LAS CIENCIAS MEDICAS EN GUATEMALA, ORIGEN Y EVOLUCION. 2a. edición. Tipografía Nacional, 1945. pp. 579.
- 8o.- MARTINEZ PELAEZ, Severo. LA PATRIA DEL CRIOLLO. Editorial EDUCA. 3a. edición, 1975. pp. 59-70, 75-85.
- 9o.- NAVARRO, Vicente. EL SUBDESARROLLO DE LA

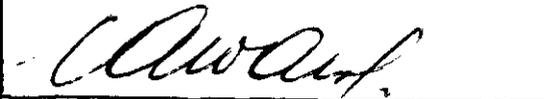
SALUD O LA SALUD DEL DESARROLLO. The Johns Hopkins University. Documento de estudio. Facultad de Ciencias Médicas. USAC. Impreso en artes gráficas de la Facultad de Medicina. pp. 33.

- 10.- PIEDRA-SANTA ARANDI, Rafael. A PROPOSITO DE LAS INVERSIONES EXTRANJERAS. Revista ECONOMIA No. 10. Facultad de Ciencias Económicas. Enero-Abril de 1966. pp. 16-20.
- 11.- ----- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO ECONOMICO DE GUATEMALA, 1975-1979. Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica, República de Guatemala.
- 12.- POPOV, G. A. PRINCIPIOS DE LA PLANIFICACION SANITARIA EN U.R.S.S. Cuadernos de Salud Pública No. 43. Organización Mundial de la Salud.
- 13.- ----- PRESUPUESTO DE INGRESOS Y EGRESOS DEL ESTADO, 1970-1978. Ministerio de Finanzas Públicas. Dirección Técnica del presupuesto. República de Guatemala.
- 14.- ----- REGLAMENTO DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Y SUS DEPENDENCIAS. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud. Febrero de 1976.
- 15.- REMESAL, Antonio De, Fray, HISTORIA GENERAL DE LAS INDIAS OCCIDENTALES, Y EN PARTICULAR DE LA GOBERNACION DE CHIAPAS Y GUATEMALA. 3a. edición. Guatemala, editorial José de Pineda Ibarra. 1966.
- 16.- SOTO AVENDAÑO, Arturo. CONSIDERACIONES DEMOGRAFICAS GUATEMALTECAS. Documento de Estudio. Facultad de Ciencias Médicas. USAC. Noviembre

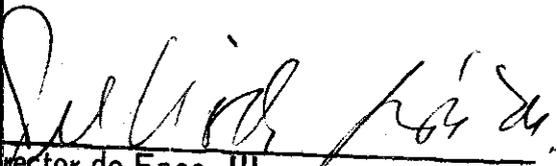
de 1974.

- 17.- VALDEZ V. Ramiro B. EL NUEVO SECRETARIO O PEQUEÑO PRONTUARIO JUDICIAL. Contempla el Código de Sanidad vigente de la República de Guatemala. 3a. edición 1953. pp. 116-150.


Br. Luis Antonio Ríos Méndez.

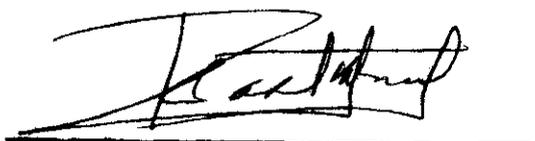

Asesor
Dr. Carlos Waldemar Cordón.


Revisor
Dr. Héctor Nuila.


Director de Fase III
Dr. Julio de León.


Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.


Decano
Dr. Rolando Castillo M.