UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"EL HOSPITAL INFANTIL PARA GUATEMALA"

TESIS

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

Por

ERNESTINA IGLESIAS VALDES-CRUZADO

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

LAS CRISIS

EL HOSPITAL INFANTIL

Anexos

CONCLUSIONES

RECOMENDACION UNICA

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

1979 año del niño?: y no es que todos los años, meses, semanas, días y horas deben ser una preocupación de los gobiernos hacia sus niños? Preocupación de ese orden demanda acciones concretas y puras, alejadas de las mezquinas y demagógicas posturas de los hombres de hoy, que con dichos lineamientos están forjando a los hombres del mañana a su semejanza, creando una sociedad de valores morales y culturales distintos y contrarios a la propia naturaleza del hombre; es por ello que los niños demandan en silencio la esperanza de una eterna primavera, donde son eternos los verdes campos, los dorados trigales salpicados de vivo colorido y aromas de las flores, acompañados del susurro del viento y del trinar de las aves; donde los niños, como las mariposas alzan siempre el vuelo de la fantasía, pero esta fantasía nunca llega ya que no existe el sol que la alimenta, ya que todo es noche e invierno. La primavera es la petición de los niños, la primavera es el derecho a la salud, a la educación, al alimento, al respeto, a la alegría al vestido, al trabajo de sus padres; primavera también es inculcar al niño las responsabilidades sociales para el "bien común" sin sacrificar su indivudialidad.

Será acaso, una primavera utópica? No habrán adultos que quisieran una Guatemala mejor? y es a ellos que en sus manos pongo este trabajo de tesis, que a no dudar es un desafío, desafío que hay que afrontar de frente, que los niños de hoy no se los agradecerán sino que serán los hombres del mañana, que dirán como Ernesto Sabato "..... ni el individualismo ni el colectivismo son soluciones verdaderamente humanas, pues el primero no ve la sociedad, el segundo no ve al hombre, ambas son abstracciones esencialmente perniciosas para el ser humano. El reino de este ser no es el estrecho angustioso territorio de su yo, ni el abstracto dominio de la colectividad, sino esa región in-

termedia en la que acontece el amor y el arte, la camaradería y el diálogo, la comprensión y el trabajo en común".

Y el Hospital Infantil podrá crear esa región intermedia?, claro que no, sino en parte, ya que cada hombre, cada grupo, deberá contribuir a rescatar los mejores valores humanos y la medicina, que es eminentemente humanística, se ve obligada a ser el primer grupo que dé su aporte para el estudio y solución de las contradicciones que enferman a la sociedad de hoy.

Pero, está preparada para ello, la Medicina de hoy? ¡Claro que no! Ella misma está en crisis, como está en crisis el sistema de la atención de la salud, como está en crisis la sociedad actual. El dilema no es fácil de resolver, ya que si la sociedad está en crisis, es fácil suponer que el sistema de atención también es afectado y por lo tanto la medicina en sí. Pero la sociedad no afectó primero a la medicina y ésta al sistema? Dejemos a los sociólogos y a los filósofos descubrir cuál fue el camino de la contaminación y separemos a la sociedad por un lado y por el otro a la Medicina y al sistema, pero manteniendo ambos unidos y dependientes entre sí. Esto me recuerda a mi niñez, el caminar por las playas, en aquellas mañanas de sol que con sus brazos dorados envolvían de diferentes matices amarillos y blancos a la arena; que se confundían con el más puro de los colores que es la espuma, de aquel mar color de cielo, con olor a arrecifes, y más que voces son murmullos de sus olas, que nos acaricia con su brisa, que nos fortalece el espíritu, que nos hace comprender no sólo a nosotros mismos sino a nuestros semejantes; la arena, la sociedad; el mar, el sistema o la Medicina; la espuma, la Medicina o el sistema, qué sé yo! Lo único que recuerdo es el anochecer, la arena sucia, sin brillo, el mar como manto negro y la espuma gris, olor difícil de describir, ráfagas de viento que golpeaban.... el anochecer trae mar espuma y arena con sus colores acompañados de su aroma y murmullos; la arena contaminada fue limpiada por el mar o el mar contaminado fue descontaminado por la arena. Yo creo que el mar fue el restaurador, el mar es la Medicina, es el sistema de atención.

El hombre es el arquitecto de su propio destino pero dénle materiales y valores humanos, dénle guías para que se encuentre él, para que sea él y que sepa convivir con nosotros y para nosotros y así siempre Guatemala estará vestida con el encaje verde de sus montañas, el verde de la esperanza, la esperanza de su trabajo, el azul de sus mares, mares que son la fe de sus convicciones y el blanco de su amor puro para con él y para con sus semejantes.

LAS CRISIS

Sabemos que nuestra sociedad moderna tiene sus virtudes, pero sus defectos le han provocado una crisis, quizás en parte por el progreso tecnológico que ha ocasionado cambios sucesivos y rápidos, debido al transporte que facilita las migraciones; a las telecomunicaciones o medios de difusión, lenguas, costumbres, actitudes, que por facilidad de dichos medios han ocasionado cambios violentos, que a las sociedades actuales les es difícil absorberlas, modificarlas, adecuarlas a sus modelos. En el pasado eran absorbidas, modificadas, adecuadas o desechadas por una o dos generaciones; actualmente a una generación le es difícil, muy difícil efectuar un proceso de selección y mucho menos de adecuación, no digamos de descharlas, por la cantidad de influencias a que está sometida; sin embargo, tienen las sociedades actuales un denominador común: los choques de diferentes ideologías, la mecanización de los hombres, el desprecio por los valores humanos, la ambición desmedida por el poder y la riqueza, el consumo innecesario y dirigido, el empleo inadecuado de la tecnología, la violencia como norma de conducta; todo esto ha causado trastornos en el sistema de atención, trastornos que demandan cambios substanciales en aquél, pero circunstancias políticas e intereses en juego no permiten modificar al sistema.

Bien dice Sonis: "Gran parte de la crítica se orienta hacia el imperativo de extender a la totalidad de la población las adquisiciones y los adelantos de la ciencia médica evitando diferencias injustas provocadas por razones geográficas, económicas y culturales que establecen privilegios para algunos grupos en lo que hace a la utilización del arsenal de posibilidades que, gracias a los adelantos de la tecnología, la medicina pone a nuestra disposición".

La solución a esta crisis es posibilitar el acceso total

de la población al saber médico. Pero es posible llevar la atención médica integral a la población? es posible a largo plazo? A corto y a mediano plazo sería pertinente fijar prioridades y esto se logra conociendo a la población más afectada, como es el grupo materno infantil que reúne cuatro características fundamentales para cualquier programa de salud, a saber: por su magnitud, por su trascendencia, por su vulnerabilidad, por su costo.

POR SU MAGNITUD:

Guatemala, según el censo de 1973 tenía una población de 5,150,221 habitantes, correspondiendo un 56o/o a la población no indígena y un 44o/o a la indígena. El crecimiento vegetativo es de 2.8o/o. En el medio urbano habitaba un 36.4o/o de la población y en el medio rural el 63.6o/o.

La población no indígena en el medio urbano es de 49.6o/o y en el rural 50.4o/o. La población indígena en el medio urbano es de 19.4o/o y en el medio rural de 80.6o/o. Se observa pues que el grupo más vulnerable es el grupo indígena, ya que por las condiciones de ruralidad están marginadas de los servicios de salud y de los factores condicionantes de la misma.

El grupo materno-infantil de Guatemala representa el 66.3o/o del total de la población, estando compuesto en 45.1o/o de niños menores de 14 años y 21.2o/o de mujeres de 15 a 44 años.

Solamente el grupo de 0 a 4 años representan el 17o/o de la población total.

En 1973 ocurrieron 70,505 fallecimientos, ocurriendo en menores de 14 años el 52.8o/o y en menores de 1 año de vida ocurrió el 26.1o/o. La mortalidad por causas maternas asciende a 2 por mil nacidos vivos; sin embargo, la mortalidad materna, a criterio nuestro es mucho más elevada, ya que solamente un 26o/o del total de fallecimientos durante ese año fue asentada con certificado médico. Cuántos casos etiquetados como muerte por Convulsiones no serían Toxemias del Embarazo?

Cuántos casos de Anemia y Fiebre fueron diagnosticos de muerte por Paludismo y no por Endometritis? Y otros casos de Hemorragia que fueron realmente abortos?

De qué se enferman y mueren nuestros niños menores de 1 año? (Ver cuadros No. 1 y 2).

Según la DIMIF/77, en menores de 1 año la causa principal de morbilidad y mortalidad fue la Enteritis y otras enfermedades diarréicas con tasas de 64.3 y 17.08 respectivamente por 1,000 nacidos vivos, siguiendo las infecciones respiratorias agudas con tasas de 52.4, muriéndose por neumonías, influenza y bronquitis con tasas de 9.91, 6.30 y 3.81 por mil nacidos vivos. Es importante señalar que morbilidad por deficiencias nutricionales ocupa a esta temprana edad el 4to. lugar y como causa de mortalidad el 7mo. lugar. El Sarampión y la Tos Ferina forman parte del decálogo de muerte en estos niños. Las enfermedades parasitarias e infecciosas de la piel están siempre presentes.

CUADRO No. 1

MORBILIDAD
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
GUATEMALA, 1975

	CAUSAS	TASAS*
1.	Enteritis y otras enfermedades diarréicas	54.3
2.	Infecciones respiratorias agudas	52.4
3.	Otras infecciones de la piel y Tcsc.	14.5
4.	Avitaminosis y otras deficiencias nutric.	13.0
5.	Bronquitis, enfisema y asma	11.2
6.	Infecciones de la piel y Tcsc.	9.6
7.	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	6.3
8.	Otras Neumonías	7.3
9.	Enfermedades inflamatorias del ojo	5.7
10.	Otras enfermedades del aparato digestivo	3.6

FUENTE: DIMIF/77 --- * Tasa por 1,000 nacidos vivos.

CUADRO No. 2

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
EN MENORES DE 1 AÑO
GUATEMALA, 1975

	CAUSAS	TASAS*
1.	Enteritis y otras enfermedades diarréicas	17.08
2.	Neumonías	9.91
3.	Influenza	6.30
4.	Otras causas de morbilidad y mortalidad perinatales	3.85
5.	Bronquitis, enfisema y asma	3.81
6.	Sarampión	3.80
7.	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	3.80
8.	Tos Ferina	2.65
9.	Helmintiasis	1.93
10.	Infecciones respiratorias agudas	1.10

FUENTE: DIMIF/77
* Tasa por 1,000 nacidos vivos.

Los niños entre 1 y 4 años en el año de 1975 se enfermaron y murieron (ver cuadros No. 3 y 4) prácticamente de las mismas causas que en menores de 1 año; únicamente varían de posición algunas causas, con la variante de la introducción de las Anemias y del Paludismo.

CUADRO No. 3

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS GUATEMALA, 1975

CAUSAS	Casos	Tasas
1. Enteritis y otras enfermedades diarréicas	26,847	21.7
2. Infecciones respiratorias agudas	23,162	25.3
3. Otras helmintiasis	13,906	15.2
4. Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	12,878	14.1
5. Infecciones de la piel y Tcsc.	6,963	7.6
6. Bronquitis, enfisema y asma	5,917	6.5
7. Otras infecciones de la piel y Tcsc.	4,891	5.3
8. Anemias	3,118	3.4
9. Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	2,486	2.7
10. Otras enfermedades del aparato digestivo	1,860	2.0

FUENTE: DIMIF/77
TASA: por mil niños de 1 a 4 años.

CUADRO No. 4

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS GUATEMALA, 1975

CAUSAS	TASA*
1. Enteritis y otras enfermedades diarréicas	63.50
2. Sarampión	32.51
3. Influenza	17.37
4. Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	15.83
5. Neumonías	14.24
6. Helmintiasis	10.51
7. Tos Ferina	6.45
8. Bronquitis, enfisema y asma	3.96
9. Anemias	2.51
10. Paludismo	1.63

FUENTE: DIMIF/77
* Tasa por 10,000 niños de 1 a 4 años.

POR SU TRASCENDENCIA:

Qué significado tiene la madre y el niño en nuestra sociedad? Mientras el hombre, padre de familia, labora y bebe, la mujer ayuda a su hombre en sus tareas, produce niños, los cuida, los regaña, los tortura, les brinda cariño, se preocupa de los quehaceres del hogar, es utilizada para el placer, marginada desde niña de una adecuada alimentación, peor que la de sus hermanos, relegada a un segundo término y en ocasiones genera ingresos con su trabajo artesanal o doméstico. Y esos niños no serán el futuro de la nación, no serán los hombres y mujeres del mañana; a ellos son los que hay que inculcarles y proporcionarles horizontes de bondad y felicidad.

Los niños acostumbrados a la situación de hambre, suciedad, sin esperanza, resignados a un "así quiere Dios"; los niños sin sonrisas, los niños con tristeza en sus ojos y violencia en sus corazones, no tendrán ninguna oportunidad.

Queremos para un futuro las sonrisas, la comprensión y el amor, o las tristezas y la violencia?

Todo programa de salud tiende a ampliar su cobertura, necesitando por lo tanto de mayores recursos, pero en nuestro sistema se considera siempre el rendimiento, pues aumentando éste se logra ampliar la cobertura sin incrementar los recursos.

En 1975 según DIMIF (ver cuadro No. 5) de 242,658 partos únicamente el 31.66o/o recibieron una adecuada atención (el 50o/o fue por comadronas) un 61.63o/o por personal empírico y un 6.75o/o sin ninguna asistencia. Cuán lejos estamos de las metas establecidas en Punta del Este (1960), Buenos Aires (1968) y en Santiago de Chile (1972), para alcanzar una cobertura del 60o/o para el presente decenio. Para aquel mismo año en Guatemala los partos fueron atendidos (ver No. 6) en un 79.87o/o en el domicilio y el resto en Hospitales y Casas de salud.

CUADRO No. 5

PARTOS SEGUN ASISTENCIA RECIBIDA, GUATEMALA, 1975

	NUMERO	o/o
Médicos	38,136	15.76
Comadrona	38,577	15.90
Empírico	149,540	61.63
Ninguna	16,391	6.75
TOTAL	242,658	100.00

FUENTE: Salud Materno-Infantil. Situación 1975.

CUADRO No. 6

PARTOS SEGUN LUGAR DE ATENCION, GUATEMALA, 1975

	NUMERO	o/o
Hospital	43,966	18.12
Casa de Salud	4,534	1.87
Vía Pública	336	0.14
Domicilio	193,822	79.87
TOTAL	242,658	100.00

FUENTE? Salud Materno Infantil. Situación 1975.

Respecto a la atención prenatal (ver cuadros No. 5, 7, 8, 9), según DIMIF en 1975, sin incluir el área metropolitana, se atendieron en primera consulta a 50,855 embarazadas, correspondiendo a un 23o/o del total de embarazadas, estando el 77o/o sin recibir dicha atención. Los centros de salud atendieron el 61o/o y el restante los Puestos de Salud; hay que hacer notar que el personal médico atendió el 62o/o de dichas consultas.

CUADRO No. 7

COBERTURA
PORCENTAJE DE COBERTURA EN EL PAIS*
ATENCION PRENATAL, GUATEMALA 1975

EMBARAZOS	o/o
Con atención Pre-natal	23
Sin atención Pre-natal	77
TOTAL	100

FUENTE: DIMIF/77
* Sin incluir área Metropolitana.

CUADRO No. 8

LUGAR DE ATENCION EN PRIMERAS CONSULTAS
GUATEMALA, 1975

LUGAR DE ATENCION	No.	o/o
Centro de Salud	31,022	61
Puesto de Salud	19,833	39
TOTAL	50.855	100

FUENTE: Unidad de Planificación y Estadística, M.S.P. y A. S. DIMIF/77.

CUADRO No. 9

PRIMERAS CONSULTAS, MEDICO Y PARAMEDICO
GUATEMALA, 1975

Tipo de Atención	No.	o/o
Médico	31,530	62
Paramédico	19,325	38
TOTAL	50,855	100

FUENTE: Unidad de Planificación y Estadística M.S.P. y A. S. DIMIF/77.

La atención del puerperio alcanzó únicamente una cobertura del 4.13o/o; ¡Qué lejos está de las metas del 60o/o, fijadas en las reuniones anteriormente mencionadas!

La baja atención del embarazo, del parto y del puerperic trae como consecuencia muertes maternas, y por qué no decirlo, la mayor parte de ellas de causas prevenibles, ejemplo de ello es el alto porcentaje de Toxemias y otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio alcanzando el 85.61o/o del total de muertes en 1974, según la unidad de planificación y estadística del Ministerio de Salud (Ver cuadro No. 10).

CUADRO No. 10

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO
GUATEMALA, 1974

CAUSAS	No.	o/o
Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio	304	74.15
Toxemias del embarazo, parto y puerperio	47	11.46
Otros abortos y los no específicos	32	7.80
Hemorragias del embarazo y del parto	27	6.59
TOTAL	410	100.00

La cobertura en niños menores de 1 año en Guatemala en 1975, realizada por Centros y Puestos de Salud, apenas alcanzó un 22o/o, estando aún lejos de la meta del presente decenio que es un 50o/o (ver cuadros No. 11 y 12).

CUADRO No. 10

ATENCION DE PRIMERAS CONSULTAS EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO POR CENTROS Y PUESTOS DE SALUD, GUATEMALA, 1975.

Lugar de Atención	No.	o/o
Centros de Salud	31,706	53
Puestos de Salud	27,804	47
TOTAL	59,510	100

FUENTE: DIMIF/77.

CUADRO No. 12

COBERTURA DE PRIMERAS CONSULTAS EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO. GUATEMALA, 1975

Primeras Consultas en niños menores de 1 año	Número de niños menores de 1 año	o/o de cobertura
59,510	269,756	22

La atención fue brindada casi por igual en Centros y Puestos de Salud, alcanzando un mayor porcentaje los niños atendidos por médicos.

En niños de 1 a 4 años, la cobertura alcanzó únicamente el 7.98o/o en 1975. Los recursos para lograr esa cobertura contó con 461 Puestos de Salud y con 170 Centros de Salud. Es de advertir que el personal médico se encuentra en los Centros y Puestos de Salud con personal paramédico y estudiantes de Medicina en el Ejercicio Profesional Supervisado.

En 1978 el país contaba con 8,568 camas (Ministerio de Salud Pública), estando 3,948 en la región metropolitana, o sea el 46o/o del total de camas. Camas obstétricas eran 1,095 (12.78o/o), estando en el área metropolitana 348 (31.78 de las camas totales obstétricas). Camas pediátricas 1.851 en el país o sea el 21.60o/o, estando en el área metropolitana el 44.79o/o del total de camas pediátricas en el país.

POR SU VULNERABILIDAD:

Acaso nuestros niños se enferman y mueren por enfermedades no prevenibles? Veamos los cuadros otra vez y diremos que la mayoría son prevenibles por medidas de Inmunización, y Medidas de Saneamiento ambiental y otras evitables ampliando la cobertura de nuestros servicios.

POR SU COSTO:

Nos preguntamos, acaso el futuro de nuestros niños, el futuro de nuestra nación, no valdrá el costo de una buena atención y realmente el costo será sólo del sector Salud? No dependerá también de los otros sectores? ¡Claro que sí!

Las crisis del sistema radican en la poca humanización de sus servicios, la escasa efectividad de sus programas, la inefectividad de ampliar su cobertura y todo es debido:

1. A la inadecuada organización y/o administración del sector salud.
2. La falta de integración de los programas de salud en los programas de desarrollo.
3. Y la no participación de la comunidad en los programas de salud.

En las dos primeras razones sobra el comentario. En la tercera, acaso hemos identificado las necesidades y les hemos dado un valor como los ve la comunidad? o es que los identificamos y los valorizamos a nuestro entender y es por ello que en múltiples ocasiones fallan nuestros programas ya que la comunidad es simplemente un espectador? Identifiquémonos con la población y valoricemos sus necesidades y entonces veremos que la comunidad no será sólo un trabajador más, no sólo del sector salud, sino un factor de desarrollo general, ya que está consciente de sus problemas y comprometida para resolverlos. Ese momento dependerá del sistema de atención para despertarlos y ellos también despertarán a los gobiernos, para que con una voluntad decidida atienda a esas necesidades. Pero ese sistema necesita de profesionales capaces de ofrecer alternativas, no sólo a los gobiernos, sino también a la comunidad; profesionales capaces y valerosos de comprometerse en su aplicación.

Si bien es cierto que la salud es producto del desarrollo, la salud mantiene el desarrollo, la salud lleva al desarrollo, la salud y el desarrollo son como el tic-tac del reloj histórico de cada pueblo; el desarrollo de por sí causa el descenso de la mortalidad y de la natalidad de los pueblos, pero en los países en

vías de desarrollo la natalidad y mortalidad desciende también a causa del impacto de la Medicina.

Sólo conociendo las necesidades de salud, y que ellas están determinadas por las características demográficas, sociales y económicas de la población (sexo, grupos etarios, natalidad, fecundidad, crecimiento, etc.) podemos comprender el riesgo de enfermarse y de morir.

Para satisfacer a esas necesidades están los servicios del sector salud que tienen como característica sus recursos, su cobertura y su rendimiento.

Guatemala con un crecimiento de 2.8o/o anual, como país en vías de desarrollo para 1979 necesitaría solamente el total de las camas ya existentes en el país, es decir, las del Ministerio de Salud Pública e I.G.S.S., pero hay que hacer la salvedad que su distribución y utilización no es adecuada y que las existentes en los departamentos de la república no son accesibles a la mayoría de la población rural.

De todos es conocido también el número de médicos, de enfermeras graduadas y enfermeras auxiliares y su inadecuada distribución.

FACTORES CONDICIONANTES:

Son aquellos que satisfacen necesidades básicas para un bienestar humano y que según sus atributos generales favorecen o limitan los riesgos de enfermar y morir de la población.

Entre estos factores tenemos la disponibilidad de alimentos, el nivel educacional, la vivienda, el ingreso per cápita, agua potable, alcantarillados, etc.

En Guatemala (1974) únicamente en el 18.6o/o del total de niños menores de 5 años, su estado nutricional era satisfactorio, por lo que 81.4o/o presentaban algún grado de desnutrición (ver cuadro No. 13), haciendo notar que 32.4o/o presentaban desnutrición de 2do y 3er. grado. Estos niños, además de su desnutrición padecen de enfermedades infecciosas y parasitarias, que agravan más su desnutrición y por lo tanto son más susceptibles de adquirir nuevas infecciones, desnutriéndose aún más, sino es que fallecen en una de las etapas de ese triste vaivén.

CUADRO No. 13

SITUACION NUTRICIONAL DEL NIÑO, GUATEMALA 1974*

	Número	o/o**
Población total en riesgo (Niños menores de 5 años)	1.106,438	100.0
Normales	205,797	18.6
Población con Desnutrición:		
Primer Grado***	542,154	49.0
Segundo Grado	293,206	26.5
Tercer Grado	65,280	5.9
Total de Desnutridos	900,640	81.4

* Población estimada según censo 1973.
** Evaluación del estado nutricional de la población de Guatemala, INCAP, 1965.
*** Clasificación de F. Gómez.

Se ha estimado que en países pre-industrializados, (Guatemala es uno de ellos), entre el 13o/o y 43o/o de los niños tienen bajo peso al nacer, esto es en poblaciones rurales y urbanas de los estratos socioeconómicos bajos. Se considera que los niños de bajo peso al nacimiento tienen menos probabilidades de sobrevivir durante el primer año de vida que aquellos que nacen con un peso normal. Pero en estos niños su crecimiento fetal está influenciado por la historia nutricional de la madre.

La desnutrición, problema de gran magnitud, no sólo por ese 81.4o/o de niños menores de 5 años desnutridos y por la in-

teracción infección-nutrición, sino también por el efecto negativo que produce sobre el desarrollo y crecimiento (mental y físico) y en el futuro, cuando sea adulto tendrá como resultado una disminución de su capacidad de trabajo y consecuentemente efectos negativos sobre la producción nacional.

Se sabe que las 2/3 partes de la tierra cultivable corresponden al 2o/o de las fincas de Guatemala y el 98o/o restante corresponden a las extensiones menores de 10 manzanas, también se sabe que el 70o/o de la producción corresponde al algodón, al café, a la caña, al ganado y que el 70o/o de la producción total es exportada. También se sabe que el minifundio (menores de 10 manzanas), provee los 4 granos básicos que consume el país (ver cuadros No. 14 y 15).

CUADRO No. 14

TENENCIA DE LA TIERRA

FINCA	TERRITORIO NACIONAL
2o/o	2/3
98o/o	1/3

FUENTE: Plan nacional de desarrollo Urbano y regional 1975-1979.

CUADRO No. 15

MINIFUNDIOS - PRODUCCION DE GRANOS BASICOS

Maíz	61.6o/o
Frijol	57.5o/o
Arroz	36.9o/o
Trigo	62.7o/o

FUENTE: Nutrición en Guatemala, Granos básicos y otros alimentos, Lic. Manuel Villacorta Escobar.

La disponibilidad de alimentos para una dieta mínima, estimada para 1980 cuán lejos está de alcanzar el 100o/o (ver cuadro No. 16).

CUADRO No. 16

DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS EN GUATEMALA PARA LOS AÑOS 1965 A 1980 TOMANDO COMO BASE (100o/o) LAS NECESIDADES DE UNA DIETA MINIMA ADECUADA*

(Estimación expresada en términos de porcentaje)

ALIMENTO	1965	1970	1975	1980
Leche	58	64	70	76
Huevos	40	40	41	43
Carnes	42	40	46	45
Frijoles	36	35	34	32
Verduras	50	51	52	52
Frutas	60	61	62	63
Musáceas	140	112	89	71
Raíces y tubérculos	32	33	33	34
Maíz	180	173	163	152
Trigo**	16	15	13	12
Arroz	29	29	29	28
Azúcar y Panela	95	112	122	126
Grasas	58	64	70	76

* Adaptado de: Ramírez, Marco Antonio. Los alimentos en C.A. 1a. ed. San Salvador, El Salvador. Secretaría General de la Organización de Estados C.A.: (ODECA), 1968. Guatemala, Litografía Byron Zadik y Cía., S.C., 1969, vi - 124 págs. (Serie de Monografías Técnicas, 3).

** Grano en términos de harina importada.

EL NIVEL EDUCACIONAL:

En Guatemala según el censo de 1973, el 54.48o/o de la población de más de 7 años era analfabeta siendo más afectados los grupos rurales indígenas y mujeres.

LA VIVIENDA:

Según el Banvi antes del terremoto existía un déficit de 485,000 unidades habitacionales (ver cuadro No. 17); después de éste, un déficit de 571,357 unidades.

CUADRO No. 17

DEFICIT DE VIVIENDA EN GUATEMALA, 1977*

Conceptos	Número de Viviendas		
	Total	Area Metropolitana	Resto del país
Déficit existente antes del terremoto	485,000	112,000	373,000
Destruidos por el terremoto	258,479	58,760	119,719
En mal estado antes del terremoto	172,122	49,956	122,176
Incremento real del déficit	86,357	8,814	77,543
Déficit después del terremoto	571,357	120,814	450,543

* FUENTE: BANVI.

AGUA POTABLE:

Según el "Plan Nacional de Desarrollo Urbano y Regional 1975-1979 el área urbana satisfacía de agua potable a un 77.6o/o y en el área rural el 14.7o/o de la población.

EL ALCANTARILLADO:

Según la misma fuente en el área urbana sólo se cubría

el 45o/o de la población y en el área rural no existía.

EL INGRESO PER CAPITA:

En 1969 el Dr. Julio Penados del Barrio realizó una encuesta en áreas marginales de la ciudad de Guatemala (Fuente: Dirección General de Bienestar Infantil y Familiar), encontrando que el ingreso diario por persona destinado para la alimentación era de 7 centavos.

Según el Consejo Nacional de Planificación Económica 1970, la población por deciles, el ingreso familiar oscila entre 45 centavos (9 por persona) a Q.2.96 (59 centavos por persona) (ver cuadro 18).

CUADRO No. 18

DISTRIBUCION DEL INGRESO FAMILIAR Y POR PERSONA 1970

Población	Ingreso Fam. diario	Ingreso por persona diario
10 o/o	0.45	0.09
10	0.60	0.12
10	0.73	0.14
10	0.82	0.16
10	0.93	0.18
10	1.06	0.21
10	1.21	0.24
10	1.45	0.29
10	1.85	0.37
10	2.96	0.59

FUENTE: Consejo nacional de planificación económica de 1970.

SINTESIS

Guatemala con un crecimiento vegetativo acelerado, con una población rural predominante y en ella la raza indígena, siendo las 2/3 partes, una población materno-infantil y poco menos de la mitad menores de 14 años en la cual ocurren más de la mitad de las muertes por padecimientos prevenibles por medidas sanitarias y de inmunización, estando como componente o principal factor la desnutrición, pesando grandemente los factores condicionantes en los cuales hay que hacer una meditación si hablamos de la desnutrición, tema tan profundamente discutido y conocido en las aulas Universitarias, problema no aislado sino multicausal, por razones económicas y sociales; se ha mencionado en este trabajo, el bajísimo ingreso per cápita, la disponibilidad de alimentos, tenencia de tierra, aunque este último también de por sí es sumamente discutido, ya que poseer poca tierra no forzosamente equivaldría a mayor producción, sino también está ligado a factores educacionales, de crédito, disponibilidad de fertilizantes, etc., es decir, el problema de la desnutrición sólo se atacaría con una Política Nutricional que involucraría otras políticas, así mismo la iniciativa privada participaría en forma activa y decidida en los sectores agrícola, industrial y económico. Estado e iniciativa privada, tendrán que hacer nuevos sistemas, resolver los problemas de tierras poco fértiles, mejorar e introducir sistemas de irrigación, aplicar tecnología agrícola moderna, resolver el monocultivismo, mejorar la capacidad de almacenamiento de alimentos, mejorar los sistemas de mercadeo y de procesamiento de alimentos y poner remedio a los procesos inflacionarios.

Si hablamos del Analfabetismo, habría que tomar en cuenta que este es mayor en mujeres y ellas ocupan un lugar preponderante en la formación de los niños, inculcándoles hábitos de salud. Ahora bien, resolver el problema del analfabetismo compete ya a una política estatal, siendo en el sector salud importante; pero en salud, el nivel educacional depende del grado en que la población comprende los mensajes, y es allí donde se ha fallado ya que no sabemos comunicarnos, empezando que un alto porcentaje de los trabajadores de salud, no saben la lengua de las diferentes comunidades en que laboran.

La vivienda escasa, sin piso en gran mayoría, poco ventilada, elevado el número sin drenajes, sin agua potable; la letrinización pese a esfuerzos en esta década no ha alcanzado sus metas, no por no estar al alcance, sino más bien debido a costumbres antiguas. La vivienda, el agua, drenajes y letrinas, importantes factores para satisfacer medidas higiénicas, son causas de alta incidencia de enfermedades transmisibles y parasitarias. Pero cómo llevar estos factores de desarrollo si se dan tierras, dispersándose más aún la población sin proporcionar la infraestructura sanitaria adecuada a las áreas de asentamiento humano?

Los recursos con que cuenta el Ministerio de Salud Pública, si bien no son los óptimos, cuenta con lo mínimo necesario en lo relativo a números, pero en su administración (planeación, organización, dirección, integración y control) deja mucho que desear y es allí donde radica la baja cobertura. Error sería pretender que el embarazo, parto y puerperio fueran atendidos en Puestos, Centros u Hospitales, ya que éstos no son de fácil acceso para la mayor parte de la población; existe una infraestructura "secundaria", faltando aún, la infraestructura primaria, como ejemplo los Técnicos en Salud y Comadronas. Sólo en estas últimas (ver cuadro No. 19), si se hubiese puesto atención al "Adiestramiento de comadronas empíricas en 1980", en 1980 se estaría cubriendo por comadrona adiestrada a un 56.9o/o de partos, pudiéndose llegar a un 71o/o del total de partos atendidos entre personal médico y comadronas.

CUADRO No. 19

ADIESTRAMIENTO DE COMADRONAS Y RENDIMIENTO PROMEDIO ESPERADO DE COBERTURA (1975 - 1980)*

Año	Comadronas Anual	Adiestradas Acumulado	Partos posibles de atender***	o/o de cobertura
1975	1,500**	1,500**	36,750	17.3
1976	834	2,334	57,183	26.3
1977	835	3,168	77,616	34.5
1978	834	4,002	98,049	42.4
1979	834	4,836	118,482	49.7
1980	834	5,670	138,915	56.9

* Se excluye el Depto. de Guatemala.
** Comadronas adiestradas hasta fines 1974.
*** Promedio de 24.5 partos anuales según encuesta.

Suena contradictorio, la construcción de 2 nuevos hospitales de 400 camas cada uno en la ciudad capital, si en los existentes no se cuenta con lo necesario (administrativo y equipo). Con qué se van a financiar estos dos hospitales? No será para crear más plazas, más burocracia, menos humanización? En síntesis, no todo es responsabilidad de los factores condicionantes de la Salud, sino es el sector salud que no ha rendido lo suficiente, debido, y valga la repetición, a su inadecuada administración, a no hacer partícipe a la comunidad y por no hacer sentir su peso en la toma de decisiones y en la formulación de las políticas de desarrollo del país. Esto es la crisis del sistema, provocada por los mismos médicos, que no han aprendido las palabras de Virchow "la política no es más, que la medicina a gran escala".

Ahora bien, la crisis de la Medicina es provocada por la aplicación inadecuada de la tecnología médica, por la masificación de sus servicios y por la superespecialización, dando por resultado una deshumanización de la medicina.

Si bien es cierto que la tecnología ha sido necesaria y valiosa para facilitar y en ocasiones resolver el diagnóstico y el tratamiento; debido al complejo médico-industrial, se ha desvirtuado el objetivo tecnológico, cayendo hasta en una dependencia tecnológica, siendo el paciente el objeto y no el objetivo de la misma tecnología, debido a esto, muchos hospitales se ven sumidos en monitores, electrolitos, perfiles bioquímicos, etc., provocando un distanciamiento entre el paciente y el médico y éste en lugar de acercarse al enfermo encuentra refugio en los grandes aparatos suministrados por el complejo industrial olvidando o apartando la clínica.

La superespecialización o subespecialización, ha logrado descubrir los misterios de las partes del cuerpo, pero se desvirtuó su concepción, ya que actualmente se ve a esa parte, como parte de una máquina, sin siquiera considerarla como una máquina entera, mucho menos concebirla como individuo y mucho menos éste en relación con su medio, en ocasiones "reparar esa parte" deteriora a la máquina en sí, trayendo consecuencias de desadaptación con su ambiente.

Con la masificación de los servicios se ha logrado aumentar la cobertura haciendo que parte de la población marginada de los servicios de salud, sean ahora beneficiados; pero esa masificación, ha traído como consecuencia la pérdida de la individualidad, perdiéndose aún más la relación médico-paciente, tan necesaria para el uno como para el otro.

Muchos afirman que es una nueva Medicina, pero en realidad es la Medicina Hipocrática, que se ha desconceptualizado, es decir, la Escuela Hipocrática desplazó a la Medicina de los CNIDOS, la cual estaba basada en costumbres, creencias, y la Hipocrática en hechos, signos, síntomas en relación con el ambiente (físico, químico, biológico y social).

Las crisis de la Medicina pues, radican en la deshumanización de la misma.

EL HOSPITAL INFANTIL

Nos preguntamos si en Guatemala es necesario un hospital Infantil, No sería mejor un hospital Materno-Infantil? - Si es infantil de qué tipo? General? De concentración? En - dónde sería su localización? Qué papel desempeñaría? Su funcionamiento?, son preguntas con respuestas discutidas dependiendo de criterios y objetivos.

Se entiende por un Hospital Moderno aquel que trabaja para lograr una salud integral para los miembros de una comunidad y para ello es necesario realizar las siguientes funciones: Promover la salud de sus habitantes; prevenir las enfermedades, curarlas, rehabilitar física, síquica y socialmente, investigar y enseñar. Todas estas funciones están íntimamente ligadas, predominando algunas de estas según el tipo de Hospital de que se trate. Si en Guatemala, sin entrar a analizar -- las funciones de un Hospital, vemos que para este año 1979, - el número total de camas es suficiente (no analizaremos su rendimiento), pero ese número de camas pediátricas en proporción no es el adecuado, ni su distribución tampoco, teniendo actualmente un déficit aproximado de unas 550 camas pediátricas en todo el país (mínimo 25o/o del total de camas); estimándose para 1985 un déficit de 1288 camas pediátricas.

Sólo este déficit nos indicaría la necesidad de construir Hospitales Pediátricos, pero aún así estos hospitales no - contribuirían en el sistema actual a mejorar los standares de - salud de los niños, sino que se convertirían en centros de sólo Medicina curativa, aunque fuesen de alta calidad.

Si bien es cierto que los hospitales especializados contribuyen grandemente al progreso médico, en el sistema de -- atención de la salud integral, dan su aporte principalmente - en el aspecto curativo y es debido a 2 causas: una, aunque inconciente es que se convierte en la institución de una élite de - médicos de la especialidad que ponen sus esfuerzos a la investigación clínica, enseñanza y curación, ignoran o dejan sin atender otros aspectos fundamentales. Pero aún así a ellos, repito, - se debe el progreso en gran parte de la medicina. Y por el otro lado, su financiamiento, generalmente se completa por aportes privados que condicionan sus funciones para ciertas investigaciones, por lo que es difícil incluso de que sean parte total de un sistema de atención médica.

Los hospitales generales con sus diversos departamentos clínicos, son el centro generador de la atención integral, apoyándose desde luego de los servicios primarios, secundarios, -- etc., pero cuán lejos estamos de alcanzar esa meta? Es por ello que el hospital infantil que se propone resolvería los siguientes problemas:

1.- Resolvería en parte la crisis de la sociedad.
2.- Así mismo daría un gran impulso a modificar el sistema - de atención.
3.- Contribuiría a humanizar a la medicina.
4.- Llevaría una medicina integral a los niños de Guatemala.

Estos cuatro puntos son el desafío, que gustosa y gallardamente acepta el hospital infantil, pero, cómo resolver las crisis inicialmente mencionadas y llevar una medicina integral a - los niños? pues siguiendo las funciones de un Hospital, las cuales son:

1.- Promover la salud.
2.- Prevenir las enfermedades.
3.- Recuperar.
4.- Rehabilitar física, síquica y socialmente.
5.- Investigar.
6.- Enseñar.

Promover la Salud, cuando intervienen en forma negativa los factores de desarrollo? Precisamente aquí es donde interviene otra de estas funciones que es la de investigar esos facto-

res y del resultado proponer soluciones concretas y sobre todo factibles. Un buen ejemplo de la infactibilidad de una solución a un problema lo tenemos en lo que respecta a la nutrición. Todo ser humano tiene derecho a satisfacer una de las necesidades básicas como es el alimento, pero tomando en cuenta sólo la ignorancia que al respecto pueda tener nuestro pueblo, sin contar con la falta de disponibilidad y bajos ingresos, se pretende resolver el problema de la desnutrición infantil en Guatemala, al repetirles constantemente en los puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales, el tipo y la calidad de alimentos que necesita un niño, como si sólo su conocimiento resolviera el problema. ¡Todos quieren comer carne, huevos, leche, etc., pero simplemente no los pueden adquirir! Parece irónico que muchos abogan que la industrialización de un país resuelve el problema de la disponibilidad, ya que se tienen los recursos para adquirirlos en el exterior. Se ha visto por el proceso histórico de los pueblos industrializados de hoy, que antes de su revolución industrial sucedió la revolución agrícola (exceptuando Japon y Taiwan). Iniciemos la industrialización pero al mismo tiempo fomentemos la agricultura; existe el Decreto Legislativo No. 40-74, en el que obliga a plantaciones mayores, con más de 100 manzanas (ejemplo Algodón), cultivar un 10o/o de su superficie con granos básicos, no sería más adecuado determinar cultivo de acuerdo al tipo de suelo, extensión necesaria, demanda interna y externa, hacer posibles préstamos bancarios, enseñanza sobre cultivos, facilitación de fertilizantes, semillas de alta calidad y rendimiento, garantizar la compra de los productos, construir caminos vecinales, etc.? En fin, que una política de nutrición, lleva consigo una política industrial y agrícola, resultando así cada sector beneficiado al igual que el consumidor.

Si revisamos la vivienda, únicamente en colonias, ya sea privadas o estatales, veamos nada más la recreación; prácticamente no existen áreas en tamaño que vayan a satisfacer esa necesidad.

No es objetivo de este trabano analizar y buscar soluciones a los factores condicionantes de la salud, sino que el hospital infantil velará, estudiará y propondrá políticas concretas y razonables para que sean atendidas y puestas en marcha por aquellos que asumen la responsabilidad de dirigir una nación; así mismo investigar y dar soluciones de todas aquellas causas que contribuyen en el aspecto negativo y hacer resaltar los aspectos positivos que intervienen en el crecimiento y del desarrollo físico, síquico y social de nuestros niños. Esto contribuye en parte a una mejor sociedad, la cual no la disfrutaremos nosotros sino seremos los constructores de una nueva, y las generaciones venideras tratarán de mejorarla. Esto es, pues, resolver en gran parte las crisis de nuestra sociedad.

Llevar una Medicina integral a los niños implica mejorar, modificar el sistema de atención y contribuir a resolver en parte la crisis actual de la medicina. Cómo lograr esto? Es difícil separar estos tres aspectos, ya que están íntimamente ligados; sin embargo, expondremos brevemente el aspecto de la medicina integral; el hospital infantil a través de sus funciones ya mencionadas, haría una excelente medicina de una alta especialización en el aspecto curativo, dando normas de calidad (Diagnóstico-Tratamiento), cuidados, procedimientos, etc., adecuados a cada nivel de atención para toda la república (normas de pediatría general), forzando así que los distintos niveles modifiquen su sistema de atención, mejorando la calidad de los mismos; esto implicaría preparar al personal de diversos niveles, contar con lo mínimo necesario de material, equipo, medicamentos, etc., siguiendo en cada caso una norma de referencia, así pues, el nivel primario (Promotores de Salud o Comadronas) nivel secundario (auxiliares de enfermería) Puestos de Salud, Centro de Salud, Hospital local, Hospital regional y Hospital infantil (o de concentración), según sea necesario, evitando así pérdida de tiempo y disminuyendo costos.

El Hospital Infantil, a través de sus investigaciones, prepararía los programas de enseñanza y el Ministerio de Salud Pública sería el responsable de ejecutarlos, quizás podrían ser las comadronas empíricas el nivel primario, adiestrándolo no sólo en la función obstétrica, sino también en puericultura y educación higiénica, siendo estas personas gente de la misma gente, sangre de la misma sangre, lengua de la misma lengua. A este personal habrá que motivarlo quizás con incentivos económicos

o de otra naturaleza. Este personal haría funciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y curación de determinados padecimientos y haría las referencias oportunas.

El Hospital Infantil evaluaría periódicamente las diferentes actividades para así corregir a tiempo los errores; el Ministerio de Salud Pública llevaría a cabo funciones de supervisión. El nivel secundario básicamente según haya E.P.S., funciones de promoción y curación más amplias, dando supervisión al nivel primario. Los centros de salud, además de las funciones anteriores, con más énfasis en la curación, supervisión y control. Los hospitales locales y regionales, con las mismas funciones pero en mayor grado, siendo los regionales los que dan además de la atención general, atender especialidades y cumplir funciones de investigación y enseñanza a varios niveles de personal paramédico y médico y control del área.

El Hospital Infantil sería el centro rector de la atención integral de los niños con las funciones siguientes:

1) Investigación:

De los problemas médicos, sociales, culturales y todos aquellos aspectos que influyen en el niño, los positivos para encontrar caminos para incrementarlos y los negativos para reducirlos o erradicarlos.

El hospital efectuaría la investigación como coordinador o en colaboración con otros centros hospitalarios, instituciones afines, Universidad, INCAP, Seguro Social, Planificación económica, etc.

2) La Enseñanza:

El hospital en sí, sería el responsable de llevar a cabo la formación de especialistas en Pediatría clínica y Pediatría quirúrgica, ambas con sus subespecialidades, llevar a cabo programas de educación contínua; realizar cursos monográficos, formar enfermeras en la práctica pediátrica, trabajadores

sociales y todo aquel personal médico y paramédico a distintos niveles. Es de señalar que daría las directrices para la enseñanza pediátrica, no sólo a la Universidad, asociación pediátrica, escuela de enfermeras, sino conjuntamente con ellos en los programas de Pre-grado sino los de Post-grado, para ser aplicada a la facultad de Medicina, enfermería y otros hospitales del sistema. Así mismo las normas de adiestramiento para el personal auxiliar de los niveles primarios y secundarios.

En la enseñanza se pondría principal cuidado, sin descuidar el aspecto científico, inculcar la responsabilidad individual y colectiva que se tiene de los niños, como futuro de la nación, dar una medicina individual en función de la comunidad, conocer a fondo a los niños para comprenderlos y desarrollarlos, ser médico y niño, el binomio de la relación Médico-paciente.

3) La Curación:

Para llevar a cabo esta función, diremos que este hospital tendrá a su cargo principalmente aquellos padecimientos de alta especialidad de toda la república, como son los problemas cardiovasculares, principalmente en su diagnóstico y corrección quirúrgica; Nefrología, en lo relacionado a diagnóstico, hemodialisis y transplante; Neurocirugía, principalmente en las enfermedades congénitas y tumorales; problemas Neurológicos de alta especialidad; Cirugía Plástica, Psiquiatría; Cirugía Neonatal; enfermedades Endócrinas; infecto-contagiosas, que ofrezcan dificultad diagnóstica y tratamiento; es decir, un hospital de concentración de alta especialidad; sin embargo para completar su función social y de enseñanza médica y paramédica, tendrá cupo para cubrir un número suficiente de población infantil, para poder satisfacerla en lo relacionado a la medicina y cirugía infantil general.

Para esto se necesita como complemento, o mejor dicho, para poder llevar a cabo una alta calidad médica, de las funciones investigación-enseñanza en relación con la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Se pondrá énfasis en la formación y desarrollo de su personal en la comprensión del papel que juega hacia los niños como individuo y como miembro de una colectividad, incrementando la relación médico-paciente, para hacer de ello la unión necesaria para uno y otro, para que así se sienta satisfecho el personal ya que se busca un objetivo a largo plazo y estos niños que sentirán una atención y relación diferente a la actual, demandarán en el futuro adulto una atención igual, modificando así el sistema de atención; mejorando la enseñanza de pregrado y reforzando cambios de actitud al médico, contribuyendo, por lo tanto, a elevar el nivel científico y académico de la enseñanza y de la atención, a la humanización no sólo de la medicina sino del médico y personal afín.

Esta función desarrollará las normas de diagnóstico, tratamiento y procedimientos a nivel nacional; teniendo bajo su supervisión y control a todos los departamentos de pediatría de los hospitales nacionales. (4 y 5) la promoción de la salud y prevención de enfermedades se desarrollarán en su ámbito de influencia y en forma normativa (a través de las investigaciones y enseñanza) a nivel nacional.

SU ORGANIZACION:

El Hospital Infantil será dirigido por una junta directiva quien fijará las políticas a seguir y tendrá como su ejecutor a la Dirección del Hospital; tendrá un comité que será el de recaudación y presupuesto. Presentará las políticas necesarias al gobierno de la república. La junta directiva tendrá entre sus miembros a un representante de las siguientes instituciones:

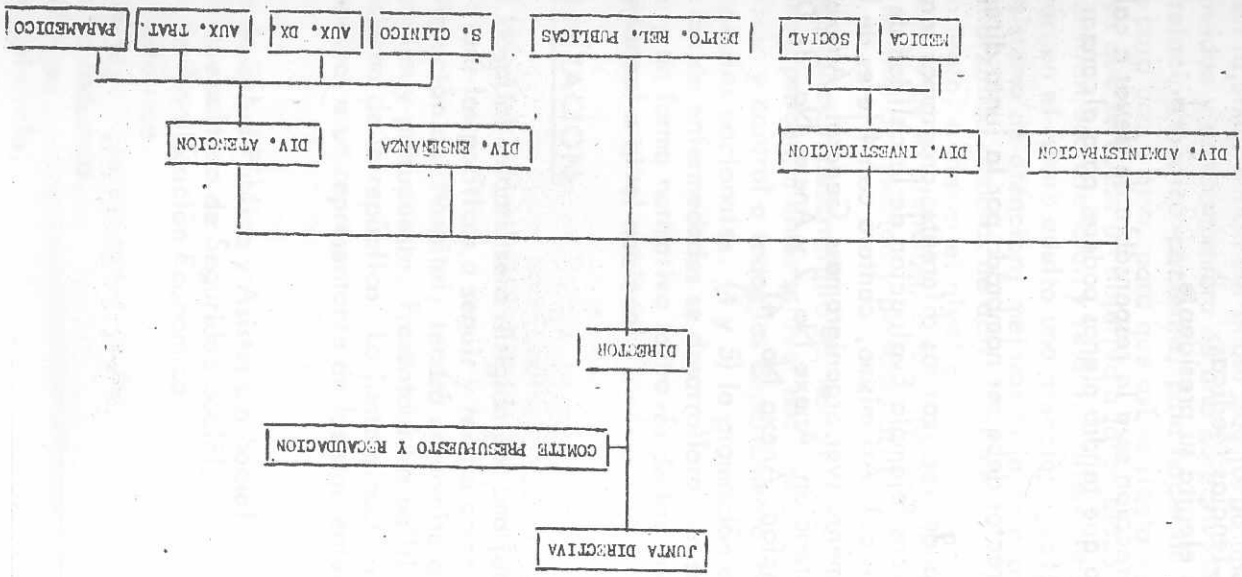
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
Secretaría de Planificación Económica.
Sociedad Pediátrica.
Casa del Niño.
Cámara de la Industria.
Cámara del Agro.
Cámara de Comercio.

Asociación de Periodistas de Guatemala.
Facultad de Ciencias Médicas.
Entre ellas se elegirá su presidente.

La Dirección será la responsable de llevar a cabo las políticas para lo que tendrá plenos poderes para alcanzar el éxito de las mismas.

El Director debe ser nombrado por la junta directiva.

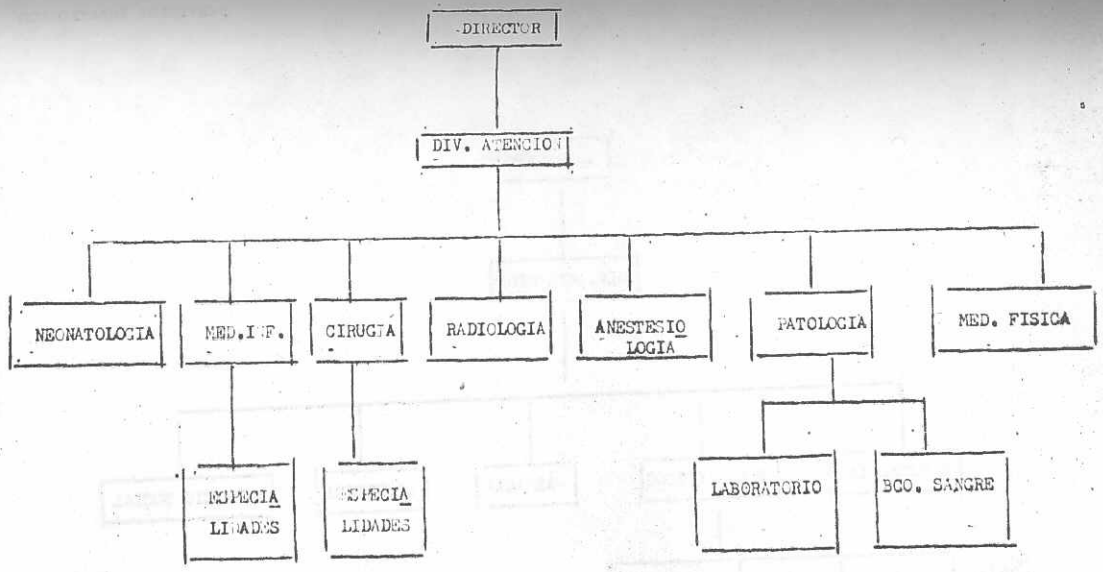
Para poder realizar los diferentes programas tendrá comités específicos (ejemplo Evaluación de la calidad de atención, Presupuesto, etc.). Así mismo, contará con 4 jefes de División y un Departamento (ver organigramas: General, Anexo No. 1; División de atención, Anexo No. 2 y Anexo No. 3; División de Administración, Anexo No. 4).



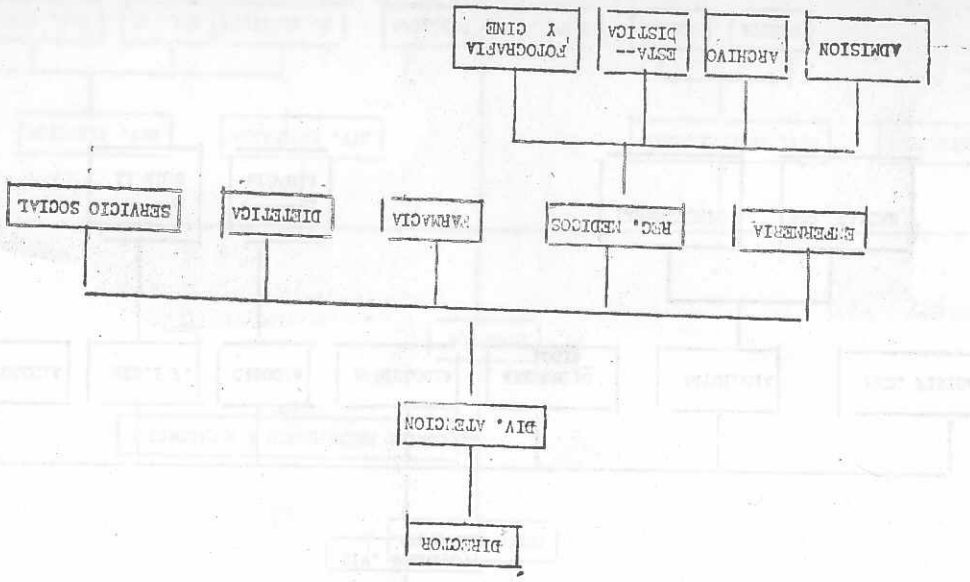
ORGANIGRAMA GENERAL

Anexo #1

SERVICIOS CLINICOS
AUXILIARES DE DIAGNOSTICO
Y DE TRATAMIENTO.

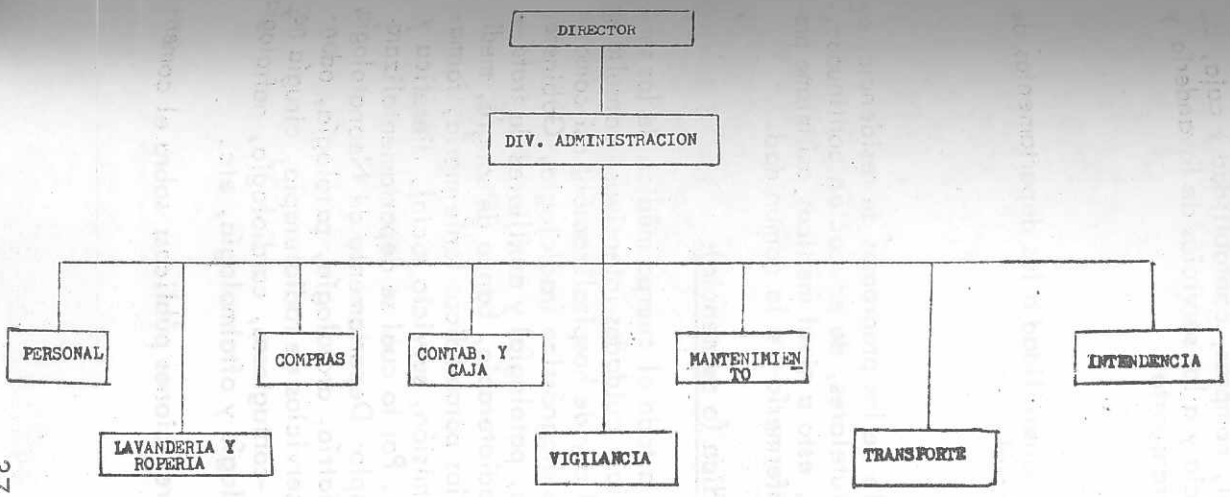


ANEXO #2



ANEXO #3

SERVICIOS PARAMEDICOS



ANEXO #2

ANEXO No. 4

Divisiones:

División administrativa, que tendrá a su cargo a los departamentos de Personal, compras, contabilidad y caja, mantenimiento, intendencia y a los servicios de lavandería y costurería, vigilancia y transporte.

División de Investigación:

Tendrá bajo su responsabilidad a los departamentos de investigación médica y social.

División de Enseñanza:

Será la responsable de los programas de residencia, cursos monográficos, cursos tutelares, de educación continuada, de educación en servicio, esto a nivel médico, así mismo programas de educación a enfermería y a la comunidad.

División de Atención Médica (o asistencia):

Tendrá a su cargo a todo el cuerpo médico de los servicios clínicos (Emergencia), cuidados intensivos, consulta externa, atención a domicilio y de hospitalización) así como a los servicios auxiliares de diagnóstico (radiología, Gabinete, laboratorio, radioisótopos, patología) y auxiliares de tratamiento (anestesiología, radioterapia, banco de sangre, medicina física) y a los servicios paramédicos (enfermería, farmacia, archivo clínico y admisión, servicio social, dietética y fotografía y cine médico). Por lo cual se departamentalizará adecuadamente. Por ejemplo: Departamento de Neonatología, medicina, cirugía, psiquiatría, ardiología, patología, odontología, anestesiología, servicios de radioterapia, cirugía neonatal, ortopedia, infecto-contagiosas, cardiología, nefrología, neumología, gastroenterología y oftalmología, etc.

Departamento de relaciones públicas: sobra el comentario.

Su Localización:

De preferencia en la ciudad de Guatemala, y con un área de influencia de 100,000 habitantes, siendo la responsable de la salud de todos los niños de esa área, estando o no protegidos por el seguro social, por lo que se entraría en arreglos con dicha institución.

Demandaría 70 camas pediátricas a la cual se le agregarían 10 de cirugía neonatal, 30 de cirugía general y ortopedia, 10 de psiquiatría y aproximadamente 40 de alta especialidad, siendo un total de 160 camas: en lo posible habilitar 15 de servicio privado para agenciarse fondos. Ampliándose en un futuro hasta 240 camas.

Su construcción sería de 7,875 metros^2, (45 metros^2 por cama) a 8,750 metros^2 (50 metros^2 por cama) y su costo de construcción variará entre (Q.300.00 por metro cuadrado) --- Q.2.362,500 a Q.2.625,000 agregando entre Q.800,000 y Q.1.000,000 de equipamiento, siendo estas cifras máximas. Su presupuesto de funcionamiento anual oscilaría entre ------ Q.1.600,000 a Q.2.000,000.

El hospital podría atender un promedio anual de 5,430 niños hospitalizados y a 36,000 consultas anuales con un promedio diario de 150.

CONCLUSIONES

1.- La crisis de la sociedad contribuye a la crisis del sistema de atención y por lo mismo provoca la crisis de la Medicina.

2.- El grupo poblacional materno-infantil es el de mayor magnitud y trascendencia, por lo que demanda formular políticas específicas y efectuar programas realistas y concretos para satisfacer a dicho grupo en lo individual y en lo social.

3.- La cobertura en salud de dicho grupo no alcanza las metas decenales establecidas por lo inadecuado de su administración, lo que implicaría cambios sustanciales en el sistema de atención médica.

4.- Los factores que intervienen en el desarrollo actúan en forma negativa en el grupo más vulnerable como es el materno-infantil.

5.- El Hospital Infantil a través de sus funciones, sería el organismo rector de las actividades, para lograr los cambios de una sociedad en el futuro y modificar el sistema de atención, brindando una medicina científica y humana a los niños.

RECOMENDACION UNICA

En vista que un hospital de esta capacidad y por sus funciones a realizar, se tardaría un mes para su programa médico-social, 1 mes para el programa médico-arquitectónico, 4 meses para el diseño y desarrollo del proyecto, 24 meses para su construcción y preparación de su personal y 1 mes de prueba haciendo un total de 31 meses, es de desear que cuanto antes se promulguen favorablemente las autoridades sanitarias a iniciar la organización y construcción de este hospital.

BIBLIOGRAFIA

1.- Aguilar L. Juan R., Dr. Magnitud y trascendencia del problema nutricional en Guatemala. 1975. Documento de estudio Materno-Infantil. Fase III. Facultad de Ciencias Médicas, 1977.

2.- Bairoch, Paul. El tercer mundo en la encrucijada. Alianza Editorial S. A. Madrid, 1973.

3.- Barquen Calderón, Manuel. Dirección de hospitales. 3ra. Edición. México, 1972.

4.- Berlinguer, Giovanni, Mario Veguetti y Col. Medicina y sociedad. Editorial Fontanella S. A. Barcelona, 1972.

5.- Bobenridh, Manuel A. El hospital moderno como centro de educación y adiestramiento. Educación Médica y Salud. Vol. 6, No. 2, 1972. OPS/OMS.

6.- Bravo, Alfredo Leonardo. Los sistemas de salud, el hospital docente y la salud de la comunidad. Educación Médica y Salud. Vol. 6, No. 2, 1972. OPS/OMS.

7.- Censo de población 1973. Dirección General de Estadística, 1975.

8.- Delgado, Antonio, Dr. y María O. Gabarra, Enfermera. Bases para la utilización de comadronas tradicionales adiestradas en los programas de salud materno-infantil y familiar en el área rural. Trabajo presentado en el III Seminario Nacional de Salud Materno-Infantil y familiar de Santa Elena, Petén. 28-30 de noviembre, 1974. OPS/OMS.

9.- Lamas L. Francisco. El hospital: sus derechos y sus deberes frente a la sociedad. Revista Ibero-Americana de Seguridad Social, año XXIV. No. 5. Editorial Hijos de E. Minera. Madrid, 1975.

10.- Molina, Abril, Julio, Dr. y Col. Documentos de análisis de mortalidad infantil y hospital infantil. Doc. Personales.

11.- Penados, del Barrio, Julio, Dr. Factores negativos que disminuyen el ipacto de servicios médicos. San José de Costa Rica, 1977.

12.- Retana, Otto, Dr. y Col. Salud materno infantil. Situación 1975, Guatemala, C.A. Mimeografiado Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1976.

13.- Sonis, Abraham y Col. Medicina sanitaria y administración de salud. Tomo I y II. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, 1971 y 1978.

14.- Viteri, Fernando E., Moisés Behar y Jorge Alvarado. El problema de la desnutrición proteínico-calórica en el istmo centroamericano. Revista del Colegio Médico. Vol. 21, No. 3, Sept. 1970.

15.- Waldheim, Carlos A. Dr., Annette M. de Fortin y José Rómulo Sánchez. Salud materno infantil. Doc. de Estudio. F.F. C.C. M.M. Fase III, 1977.

16.- Waldheim, Carlos A., Dr. Salud Materno Infantil. Documentos de estudio. F.F. C.C. M.M., Fase III, 1978.

Br. Ernestina Iglesias Valdés-Cruzado

Asesor Dr. Roberto A. Pérez Bran

Revisor Dr. Carlos Waldheim

Director de Fase III Dr. Julio de León N.

Secretario General Dr. Raúl Castillo

Vo.Bo.

Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo.