362.104125
V726b
1968
F. Med.

Ej. 2

082292

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

"BREVE ESTUDIO DE LA MEDICINA RURAL EN EL SALVADOR"

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA

POR

Carlos Alberto Villatoro B.

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

NOVIEMBRE DE 1968.

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
BIBLIOTECA GENERAL
SAN SALVADOR

UES BIBLIOTECA CENTRAL
INVENTARIO: 10122890

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Rector:

Dr. José Maria Méndez

Secretario General:

Dr. Ricardo Martínez

FACULTAD DE MEDICINA

Decano:

Dra. María Isabel Rodríguez

Secretario:

Dr. Ricardo Alberto Cea

DEDICATORIA

A mi madre, que ha sabido acrisolar toda la ternura y el cariño de la tierra;

A mi padre, ya fallecido, verdadero orientador y forjador de mi carácter;

A mi esposa, fuente inagotable de inspiración y ayuda;

A mis familiares, sin cuya ayuda y aliento este trabajo no se hubiera podido llevar a feliz término

A mis profesores, con verdadero agradecimiento;

A mi Patria: Centro América;

Y a todas aquellas personas que en una u otra forma me ayudaron en la realización de este trabajo, especialmente a la señorita Blanquita Vilanova, quien gentilmente me prestó su desinteresada colaboración.

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA MEDICA:

Dr. Benjamín Mancía
Dr. Andrés Amador V.
Dr Carlos A. Vásquez

CLINICA QUIRURGICA:

Dr. Salvador Infante Díaz
Dr. Enrique Muyshondt
Dr. Francisco Guillermo Rodríguez Pacas

CLINICA OBSTETRICA:

Dr. Antonio Lazo Guerra
Dr. Narciso Díaz Bazán
Dr. José Isaías Mayén

CLINICA PEDIATRICA:

Dr. José Luis Guardián de Nueda
Dr. Romeo Fortín Magaña h.
Dr. Francisco Rodríguez Porth

JURADO DE TESIS

PRESIDENTE: Dr. Ramón Lucio Fernández

PRIMER VOCAL: Dr. Alberto Aguilar Rivas

SEGUNDO VOCAL: Dr. Eduardo Navarro Rivas

PLAN DE TRABAJO:

1— INTRODUCCION

2— HISTORIA

3 —LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MEDICA RURAL DEL PAIS EN LA ACTUALIDAD:

a)—CONDICIONES SOCIO-AMBIENTALES.

b)—MEDIOS CON QUE SE CUENTA.

c)—RESULTADOS OBTENIDOS.

4— LA ATENCION MEDICA RURAL EN EL FUTURO.

5— PROYECCIONES SOCIALES

6— RESUMEN Y CONCLUSIONES.

7— COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES.

8— BIBLIOGRAFIA.

Dr. Carlos Alberto Villatoro B.

PROLOGO

La inspiración, ese duendecillo inquieto que a veces agita sus alas ante nosotros, sin sentirlo, me ha llevado a estudiar, aunque de manera breve, uno de los grandes problemas en que se encuentran el médico y el pueblo salvadoreño.

Las páginas que siguen talvez podrían haberse dedicado a un estudio científico o de investigación de más envergadura. Pero reflexionando un poco, me dí a pensar en que muchas veces los trabajos sobre temas científicos son, por así decirlo, resonancia de algo que ya se presentó alguna otra vez.

¿Acaso se hace Patria únicamente cuando se investiga la repolarización de una fibra cardíaca, o cuando se descubre que la presión del líquido amniótico oscila en las distintas edades del embarazo, o cuando tal o cual tumor dió metástasis a las suprarrenales?

Bien sabido es que nuestro pueblo adolece desde hace muchos años, de serias deficiencias múltiples que si no se tratan de corregir a tiempo, serían capaces de estrangular los niveles de salud de la población que a costa de grandes esfuerzos y sacrificios se han alcanzado hasta estos momentos. ¿Alguna vez nos hemos puesto a pensar en esa tremenda interrogante de que se gasten varios millones de colones anualmente y que la salud de la población casi siga siendo la misma? ¿Qué es lo que realmente está sucediendo? ¿Cuál es el factor clave que debemos de reforzar para que esto no suceda más o que por lo menos suceda en menor grado?

Estas y otras preguntas cabe hacerse sobre éstos tópicos... ¡Y talvez queden sin respuesta satifactoria!

He querido con este trabajo dar a conocer mis ideas, algunas ideas de otras personas y la realidad en que se encuentra un problema de carácter nacional, o si se quiere, latinoamericano, si no mundial.

Y héme aquí que, pensando en las múltiples facetas que presenta el mismo, he logrado reunir algunos datos, algunas estadísticas y algunas experiencias con cuyo material he elaborado este corto trabajo, con la esperanza de que talvez algunos conceptos o ideas en él vertidos, puedan arrojar alguna luz para mejorar la salud de nuestra enferma y doliente población.

Esos son mis sinceros deseos.

- — INTRODUCCION

Los valores humanos son polifacéticos, como lo es también la manera de expresarlos. Y precisamente de la manera de expresarlos es que surgen las grandes realizaciones. No basta, así mismo, tener ideas y proyectos brillantísimos si no se han de realizar a completa cabalidad. Pero para ello se necesita esfuerzo y dedicación, trabajo y sacrificio..

Revisemos cómo, en un esfuerzo titánico, algunas personas con alto sentimiento patrio han luchado y se han sacrificado desde hace varias décadas porque la medicina salvadoreña llegue a aquellos núcleos de población que más la necesitan.

La población de El Salvador es eminentemente agrícola.

Así ha sido por muchos años y así será durante muchos años más, y está constituida en su mayor parte por la clase más pobre. Los niveles de educación, a pesar de que han tenido muchos adelantos, aún nos dejan un alto porcentaje de analfabetismo. Por otra parte, nuestro país, a pesar de ser tan pequeño en extensión territorial, es uno de los más densamente poblados del continente americano y el ritmo de crecimiento de la población ha seguido aumentando poco a poco de una manera alarmante.

De esta manera, el médico que egresa de nuestra Facultad de Medicina, tiene que enfrentarse forzosamente con una gran cantidad de problemas socioeconómicos y culturales inherentes a las situacioes anteriores, que muchas veces entorpecen el noble cometido que le ha encomendado la sociedad.

Nuestra Facultad de Medicina tiene fama, con justa razón, de ser una de las escuelas con un plan didáctico más completo entre varias escuelas de categoría similar.

Al estudiante se le prepara de una manera integral, comenzando por conocer las condiciones soció-económicas y ambientales del país, hasta la elaboración científica de un diagnóstico y un tratamiento de muchos cuadros clínicos más o menos severos. Pasa por un entrenamiento teórico-práctico que le da amplias capacidades para enfrentarse con las distintas situaciones y problemas de la práctica diaria de la medicina. Y es más: este entrenamiento es dirigido más que todo para el ejercicio de la profesión en áreas puramente rurales.

Así, cuando el estudiante de medicina concluye su práctica clínica en los centros hospitalarios centrales, ya se encuentra familiarizado con métodos y procedimientos que le permitirán trazarse un plan de trabajo definido y bien orientado de acuerdo con las posibilidades y condiciones de la comunidad en que trabajará.

Sin embargo, y a pesar de ello, existen hoy día algunas deficiencias entre la población y el médico que la atiende (desconección con el medio, falta de entendimiento y colaboración, etc.) que hacen que el nivel de salud permanezca muy por debajo de lo que quisiéramos, deficiencias que aún permanecen palpables y entorpecen nuestros sistemas sanitarios y que de no corregirse a tiempo llevarían a un estancamiento peligroso de nuestras actividades en las áreas rurales. ¿Qué podemos hacer, entonces, ante semejante situación?

Este es uno de los tantos problemas con que nos encontramos y para ser sinceros, no sabemos con absoluta certeza cómo resolverlo.

Considero que no sería justo si se pusiera a alguien frente a un problema de esta naturaleza sin darle mayores datos al respecto. Veamos, entonces, algunas de las compilaciones que he obtenido en el presente estudio, y talvez entonces podamos enfocar más ampliamente estas situaciones y lleguemos a encontrar un camino que nos oriente hacia la resolución de las mismas.

2 — HISTORIA

Definición de "medio rural"

¿Qué podemos entender como "medio rural" en nuestro estudio? El doctor Andreas Korchoff nos dice al respecto: "El medio rural es muy difícil de definir, muchos autores al referirse al medio rural se expresan en diferentes formas. En el conocido libro de Saneamiento Urbano y Rural por Elhers y Steel, no dan límites entre lo urbano y lo rural".

El doctor C. L. González afirma: "Suele hacerse una distinción entre los servicios urbanos y los servicios rurales de sanidad. Esta limitación es siempre arbitraria. No existe ningún criterio universalmente aceptado para establecer una línea divisoria entre zonas rurales y zonas urbanas".

El doctor Ceferino Alegría manifiesta: "Ninguna definición es satisfactoria y todas caen al ser sometidas a un análisis imparcial por lo cual consideramos que lo que se entiende por medio rural desde el punto de vista de la asistencia médica, fluctúa mucho en los diferentes países americanos y aún para cada región dentro de un mismo país, en atención a una serie de factores entre los que se encuentran: posibilidades económicas, insuficiencia del personal médico, condiciones locales, etc."

En Venezuela se considera como medio rural "aquellas poblaciones que no pasen de diez mil habitantes, donde la ocupación primordial es la agricultura y el saneamiento es dirigido por un médico rural". Sin embargo, en la actualidad, los autores venezolanos sostienen que las poblaciones rurales son aquellas que constan de hasta cinco mil habitantes. En Chile se considera como rural a toda aquella población aislada hasta de veinte mil habitantes y en recientes publicaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana he encontrado que muchos países entienden por área rural aquella que no pasa de dos mil habitantes y hay aún otros que como el Profesor Wilson G. Smillie, manifiestan que para propósitos de salud pública, "debe considerarse como una unidad rural aquélla que tiene una población de 25.000 a 50.000 habitantes".

Es muy cierto que éstas y otras definiciones que he encontrado al respecto difieren mucho en cuanto a una definición de tipo generalizado sobre lo que es una zona rural, y que en realidad es muy difícil llegar a un acuerdo sobre el tema, ya que los distintos expositores toman en cuenta muy variados aspectos para expresar lo que ellos entienden por "medio rural".

Sin embargo, revisando algunas otras opiniones me he encontrado con una, que a mi modo de ver y para fines de Salud Pública, es una de las más aceptables: "Los límites del ruralismo no hay que buscarlos en nada material y es inútil tratar de hallar una cifra estadística ni un apartado en el cual la ciudad acabe y el campo comience. El límite verdadero sólo se encuentra en las condiciones espirituales y morales, en las características de cada agrupación".

Debemos de tener en cuenta que la definición anterior es más que todo de tipo filosófico-social y que debido a ello nosotros nos vemos obligados a tratar de encontrar una definición que refleje de manera integral cuál es el medio rural que tenemos en nuestro país.

A este respecto creo que la más indicada es la que sustentaban inicialmente los autores venezolanos, pues Venezuela como país latinoamericano que es, confronta una serie de circunstancias muy similares a las de El Salvador. Además, nuestras poblaciones que tienen diez mil habitantes o menos, presentan algunas características que se acercan más a lo rural que a lo urbano.

Entenderemos, pues, que el "medio rural" a que se referirá este trabajo serán "aquellas poblaciones que no pasen de diez mil habitantes, donde la

ocupación primordial es la agricultura y el saneamiento es dirigido por un médico rural".

La historia de la Medicina Rural en El Salvador es muy oscura y compleja. Mucho antes que existieran en el país algunas instituciones de tipo académico-científico, la medicina del país se encontraba en manos de personas extranjeras, o nacionales que habían estudiado fuera de nuestras fronteras patrias y que, por lo tanto, se encontraban un poco desconectadas del ambiente de la población en esos años.

Además de lo anterior, el nivel cultural de nuestro pueblo, permitía la respetada y tradicional práctica de brujos, curanderos y hechiceros a un nivel mucho mayor que la práctica de la medicina científica.

Corolario obligado de estas situaciones fué que un gran porcentaje de nuestra población estuviera sufriendo durante décadas el azote de las enfermedades, habiendo sido afectadas más que todo, las áreas rurales.

Según recopilaciones sobre la Historia de la Medicina en Centro América hechas por el doctor Carlos Martínez Durán, encontramos que en el segundo viaje de Colón a nuestro continente lo acompañaban algunas personalidades científicas de la época, tales como don Diego Alvarez Chanca quien fue el primer naturalista que descubrió la fauna y flora americanas: don Antonio Pineda y Ramírez, también naturalista que vivió durante algunos años en la ciudad de Guatemala, y algunas otras personas que poco a poco iniciarían los importantes movimientos científicos, precursores del establecimiento de la medicina en estas regiones.

Años más tarde, en 1787, estos movimientos ya habían alcanzado cierto grado de organización pero aún adolecían de grandes defectos, incluso en estos pequeños puestos de avanzada, como lo demuestra las siguientes observaciones: "Año tras, año, dicen, se amontonaban en la audiencia cientos de quejas y peticiones de los naturalistas, empeñados en hacer historia personal antes de iniciar su investigación metódica", lo que nos demuestra que, como casi todos los españoles que vinieron a la conquista, también los naturalistas venían con cierto espíritu aventurero para tratar de explotar al máximo las condiciones naturales de los territorios recién descubiertos.

Este comportamiento fue sustituido posteriormente por verdaderos sentimientos de profesión científica, pero en esta ocasión sucedió que "todo el entusiasmo del naturalista y de la sociedad se estrelló ante la inercia del pueblo ajeno a la ciencia".

"El 25 de Mayo de 1795, el Rey de España expidió en Aranjuez una curiosa cédula que llevaba como título "Real Orden sobre el específico para precaver el Mal de los siete días (Tétano por infección del cordón umbilical) en los niños". Esta era una enfermedad endémica que ocasionaba grandes estragos en todas las poblaciones infantiles de América. El descuido de las parteras y aún la absurda costumbre de colocar estiércol sobre el ombligo, eran las causas del entonces ignorado tétanos".

Pocos años después se creyó encontrar el remedio para tan terrible enfermedad, y entonces "en cuanto el rey se entero del descubrimiento despachó reales órdenes a todos los pueblos de las Indias a efecto de que pusiesen en uso el maravilloso específico, el cual consistía en poner sobre el cordón umbilical, inmediatamente después de cortarlo, Aceite de Palo conocido también con los nombres de Aceite de Canimás y Bálsamo de Copaiba. El sencillo remedio ha hecho desaparecer el incurable mal".

Estos pasajes nos demuestran en forma inequívoca algunos aspectos de la medicina de esa época: primero, que los principios de asepsia eran totalmente desconocidos, a tal grado que en lugar de combatir las infecciones éstas eran provocadas por los mismos sujetos que atendían a los enfermos; segundo, que

la población ya se preocupaba por encontrar aquellos elementos atenuantes de las enfermedades de mayor incidencia de ese entonces, y tercero, que ya había cierto grado de aplicación de una medicina preventiva rudimentaria.

En estas condiciones tan primitivas, las personas que ejercían la medicina en el Nuevo Mundo no tenían, la mayoría de veces, ni permiso o licencia para dedicarse a tales prácticas y los charlatanes encontraban un medio rico y adecuado para ejercer la medicina a su completo albedrío, a tal grado que los "dentistas" y barberos eran los que prácticamente tenían en sus manos los principios de tratamientos y curación de la población colonial.

En nuestro país, esta situación iba a durar durante unos cincuenta o sesenta años más, hasta que gracias a los adelantos económicos, sociales y culturales que traería consigo nuestra independencia de España, irían a revolucionar nuestros aletargados sistemas, para abrir prometedores horizontes en la vida futura del país.

Nuestra Escuela de Medicina, fundada en 1847, trabajó como todo movimiento en gestación, de manera un tanto deficiente en sus inicios, pues no se contaba con material didáctico ni humano suficientes para que la formación de futuros profesionales médicos fuera la más integral posible y adaptada a las necesidades de salud de la población.

De ahí que los pocos médicos que egresaban de nuestra Alma Máter salieran poco saturados de conocimientos, no por la capacidad en sí que ellos tenían, lo que posteriormente iría a tener consecuencias desagradables en la población enferma. Incluso el médico así egresado podía radicarse donde a él mejor le pareciera y no se le exigía ninguna práctica compensatoria al Estado, que era el que había costeado su preparación especializada durante sus años de estudiante en la naciente Escuela de Medicina.

Fácilmente comprendemos, entonces, cuáles serían las condiciones en que se encontraban los niveles de salud en esa época: una población pobre, numerosa e ignorante amalgamada con un médico deficientemente entrenado no es, ciertamente, una garantía que responda de que la salud de una comunidad esté rindiendo de manera eficiente su alto cometido. A estas condiciones agreguemos que la gran mayoría de profesionales se encontraban ejerciendo en los lugares un poco más civilizados y que una buena parte de la población quedaba privada de los servicios de la medicina.

Sin embargo y a pesar de todo lo que se diga, un gran mérito indiscutible tienen ellos: el de haber sido los nobles pioneros de una tarea inmensa y penosa cuyos frutos llevarían posteriormente a la población sufrida nuevos alicientes y un futuro lleno de esperanzas, a pesar de contar con pobres recursos, en un ambiente completamente inhóspito y luchando contra toda clase de dificultades que hacían en verdad, que la tarea fuera más difícil y poco halagadora.

Esa fue la aurora radiante y el despertar de muchas inquietudes y proyectos que estaba destinada a redimir y ennoblecer a todo un pueblo doliente, que pugnaba en lucha titánica y desigual, por vencer la enfermedad y el dolor humanos...

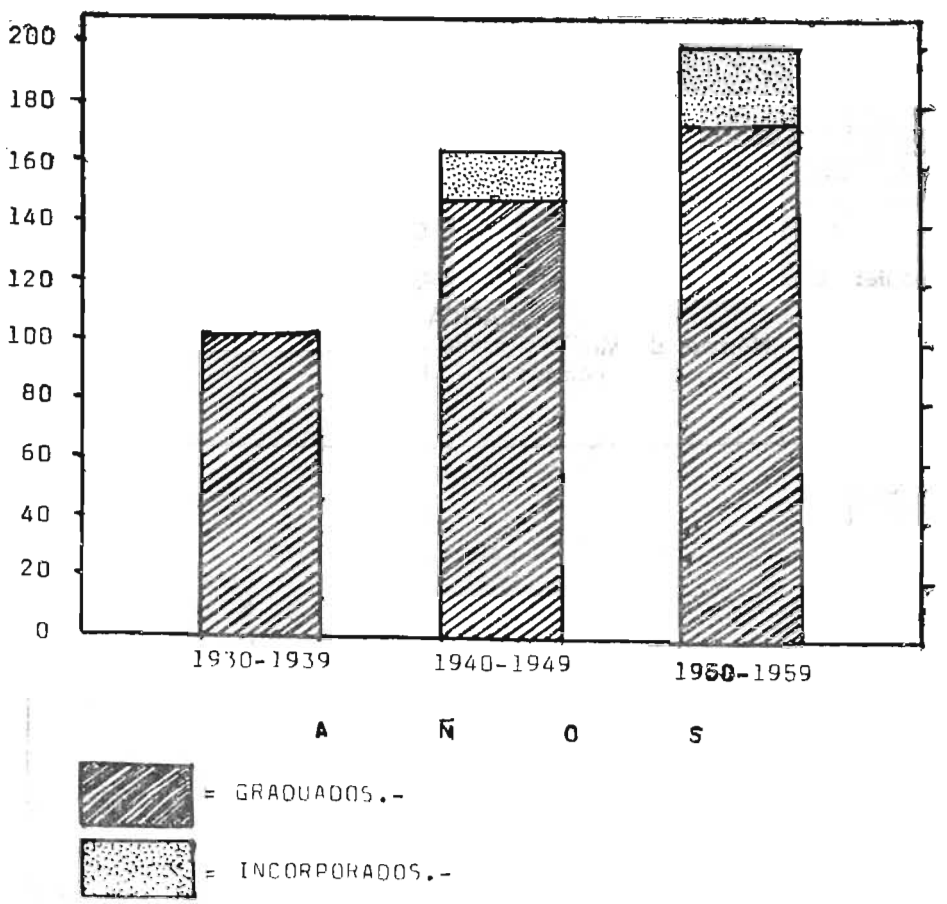
La labor tesonera de nuestros educadores siguió adelante y de esta labor ellos verían con satisfacción sus primeros frutos. Poco a poco se fueron sustituyendo unas técnicas por otras, la importación de catedráticos extranjeros se hizo vital y necesaria, los profesores, conscientes del problema, fuéronse preocupando porque los futuros médicos salieran mejor preparados para que aquellos que fueran a prestar sus servicios a las zonas rurales fueran una garantía para la salud de sus pacientes. Se organizó una biblioteca que hizo uso de intercambios y adquisiciones de volúmenes modernos a los cuales el estudiante tendría fácil acceso, y algunas instituciones extranjeras aportaron

todo un caudal de ayuda y orientación sin los cuales la tarea hubiera sido aún más difícil de realizar.

En suma, los adelantos se sucedían lenta y penosamente, pero las metas necesarias aún no se lograban alcanzar, pues el número de egresados que iría a ejercer en las áreas rurales aún permanecía muy bajo, al igual que los médicos graduados que se encontraban trabajando en esos años. (Véanse gráficas 1, 2 y 3).

GRAFICA 1

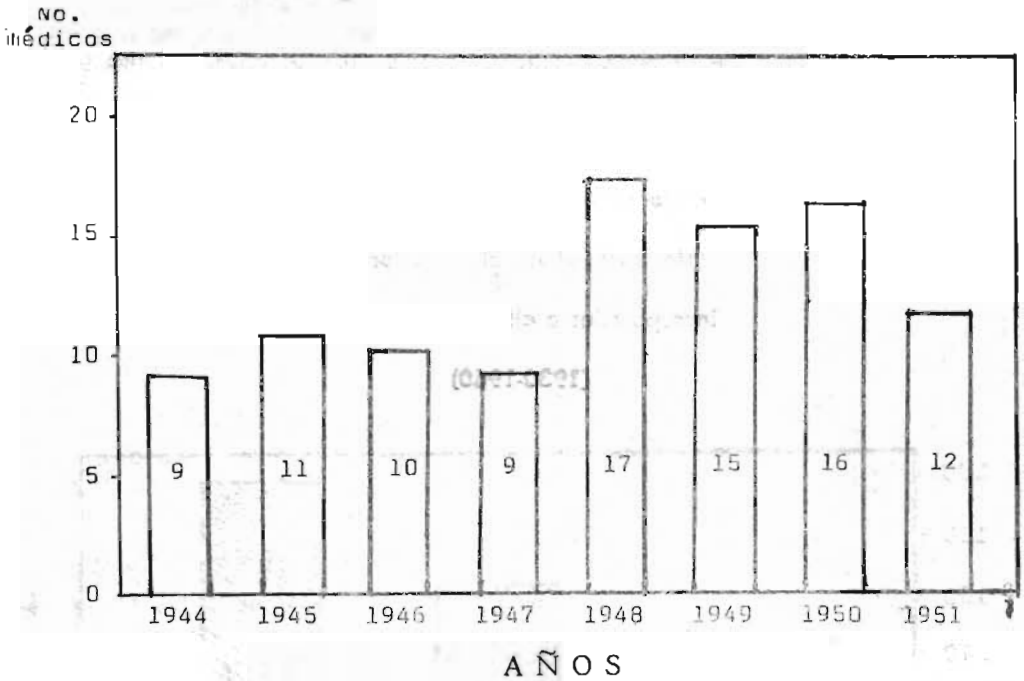
Número de Médicos graduados en la Universidad de El Salvador e incorporados a ella, por decenios. (1930-1960)



NOTA: en el decenio 1930-1939 no aparecen "incorporados" debido a que no se logró encontrar el registro de los mismos en esos años. En el siguiente decenio, éstos aparecen registrados a partir de 1944.

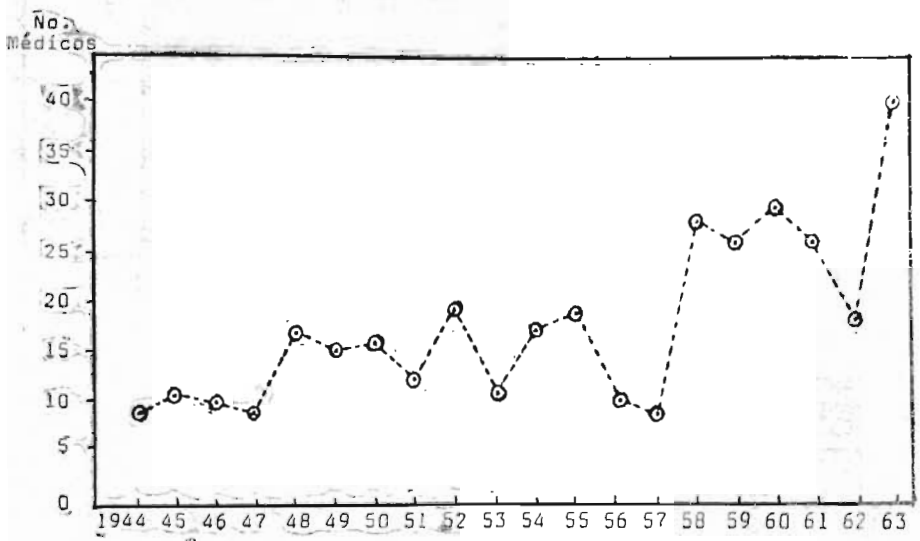
BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

GRAFICA 2
Distribución de Médicos
graduados cada año en el período de 1944-1951



Fuente: Universidad de El Salvador — Departamento de Estadística.

GRAFICA 3
Número de Médicos graduados anualmente en el período de 1944-1963.



Fuente: Universidad de El Salvador — Departamento de Estadística.

Consecuencia de esto: la casi totalidad de la población rural no disfrutaba de los buenos servicios de la medicina científica, población que alentaba la esperanza de que, con los nuevos métodos y reformas, la Escuela de Medicina lograra egresar un mayor número de médicos que aliviaran en parte, el problema de la salud de esas comunidades.

Sin embargo, por un fenómeno comprensible relacionado con nuestras estructuras sociales y económicas, el médico recién graduado tendía a quedarse ejerciendo la profesión en aquellas zonas que por tener mayor densidad de población, representaban para ellos mayores ingresos económicos y la población más necesitada se veía, entonces, obligada a seguir soportando el azote de las enfermedades. Este fenómeno se deriva principalmente de una serie de circunstancias que hacen que el médico escoja las zonas urbanas para trabajar, ya que las rurales representan aislamiento científico y social, menores diversiones, menores posibilidades de adquisición, etc. Similar situación se observa en nuestros días actuales, pero con la diferencia de que ahora la centralización de la medicina se ve compensada con un mayor número de médicos egresados y titulados que ejercen fuera de las ciudades más pobladas.

Por otra parte, los servicios de sanidad central aún se encontraban en período de organización y funcionamiento, hecho que venía a agravar aún más el problema de que la medicina no llegaba, o llegaba de manera muy escasa o empírica a las zonas rurales más remotas.

Así las cosas, llegamos al año de 1948 en que ya las personas interesadas en estos problemas sentían demasiado palpable el bajo nivel de salud que confrontaba la población, y se pusieron a considerar que en realidad el país lo constituían no sólo las regiones de mayor densidad de población, sino que habían muchas regiones que hasta esa fecha se encontraban en completo abandono en lo que a condiciones sanitarias se refiere.

Para tratar de resolver este problema, se tuvo la idea de que el alumno que terminara sus estudios académicos de medicina debería de prestar sus servicios profesionales en esas regiones por lo menos durante cierto tiempo, antes de que se le extendiera su título legal de doctor en medicina.

A tal efecto, en el Libro de Actas de la Junta Directiva de la Escuela de Medicina del año 1950, en el acta número uno, a folios 146, numeral XVII, se se logró establecer que: "...el Servicio Social es obligatorio desde el presente año, para la promoción de Estudiantes de Medicina de 1949. Y se pone en conocimiento de los Representantes estudiantiles ante la Junta Directiva, que para hacer sus seis meses de Médicos y Rurales y les sean válidos, es indispensable que hayan aprobado sus tres doctoramientos privados".

Esta disposición, desde luego, favorecía grandemente las zonas rurales afectadas y fue, en verdad, un paso acertadísimo hacia la conquista de mejores condiciones de salud de la población.

Sin embargo, el problema no estaba completamente solucionado, porque las comunidades favorecidas con esta sdisposiciones lo eran únicamente durante seis meses al año, pero ¿qué sucedía durante los seis meses restantes? Obviamente, las condiciones de salud de la población volvían a su antigua forma de carencia de servicios médicos adecuados y por consiguiente, las enfermedades

volvían a enseñorearse en las comunidades rurales, de por sí ya duramente castigadas.

Por otra parte, se debe de tener en cuenta, o por lo menos debemos de presumir que en ese período tan corto de servicio social, las prestaciones médicas esenciales no eran muy eficientes, debido a las siguientes razones:

1º—El estudiante que llegaba a la comunidad no siempre iba con verdaderos deseos de llevar salud a esa población, sino que tenía la idea de que únicamente estaba cumpliendo con un requisito sin el cual no podría obtener su grado académico;

2º—En tan escaso tiempo, el estudiante no podía darse perfecta cuenta de las más importantes deficiencias de salubridad en la comunidad;

3º—Si se lograban identificar esas deficiencias, el escaso tiempo de que se disponía no permitía que se corrigieran en su totalidad;

4º—La medicina que se ejercía en ese entonces tenía un carácter eminentemente curativo y sintomático, dejando aparte las labores de Medicina Preventiva (Aún no establecida la cátedra en esa época), tan necesaria para la salud del pueblo, y

5º No había una comunión ni un entendimiento completo entre médico y población.

. . . . .

En este aspecto, el doctor C. L. González, de la O. M. S. (Cuadernos de Salud Pública Número 29, página 23) nos dice: "...un contacto permanente con la población que se ha de atender. Tal contacto es esencial en razón del carácter duradero de las funciones de estos servicios (rurales o periféricos) y de **la necesidad de conocer bien a la población** para que las actividades de educación sanitaria y fomento de la salud tengan verdadera eficacia. Los contactos esporádicos con la población no son, por supuesto, el mejor medio de dispensar una asistencia sanitaria fundamental; además, impiden sentar sobre bases firmes la ampliación ordenada de los servicios sanitarios generales en el plano local".

De esta manera, nos encontramos con que a pesar de los logros y realizaciones obtenidas, siempre quedaban algunas lagunas que había que llenar a costa, si es que se quería que esa situación no siguiera siendo la misma, o que por lo menos mejorara un poco más.

Fue entonces que en el año de 1950, la Ley Orgánica de La Universidad Nacional contempló por primera vez, un hecho trascendental y notable: el estudiante egresado de la Facultad de Medicina debería de prestar sus servicios profesionales durante el término de **un año** en los medios rurales antes de que obtuviera su título legal de Doctor en Medicina.

En 1951 esta disposición quedaba definitivamente establecida, al grado de que apareció publicada en el Diario Oficial número 21, Tomo 150 del 31 de Enero de 1951, dándole así un carácter legal y permanente.

Con todas estas medidas y esfuerzo tras esfuerzo, se habían logrado alcanzar algunas metas y objetivos por largo tiempo esperados y los planes ge-

nerales de salud tendientes a solucionar tan graves problemas estaban por fin en marcha: la actitud de las personas que instituyeron el Servicio Social obligatorio sería la chispa vivificante y redentora de tanto compatriota perdido en las tinieblas de la desesperación, de la enfermedad y de la muerte...

Por este tiempo también, el Ministerio de Salud Pública había organizado sus dependencias en una forma más completa, y los servicios de salubridad y saneamiento ya comenzaban a trabajar integral y eficientemente en campañas que abarcan, por primera vez en la historia patria, casi todo el territorio nacional, prefiriendo aquellas zonas que se encontraban más apartadas de los centros urbanos del país, es decir, las zonas rurales que más merecían la preocupación de las autoridades respectivas.

El 15 de Marzo de 1957, por resolución número VI de la Junta Directiva de la Escuela de Medicina, en su sesión del 31 de Enero del mismo año, se instituyó la importante cátedra de Medicina Preventiva e Higiene, completamente necesaria tanto para el estudiante en servicio social como para la población a la cual él iría a impartir sus conocimientos médicos, además de que con esta disposición el Plan de Estudios de nuestra Escuela quedaba más integralmente establecido.

La Facultad de Medicina crearía poco tiempo después las cátedras a tiempo completo, la estructuración en Departamentos especializados y la importación de algunos valores intelectuales, sin cuya ayuda y cooperación no se hubieran podido llevar a cabo las importantes reformas didácticas que se encontraban en proyecto en aquel entonces.

Y en esas condiciones llegamos hasta nuestros días actuales. Sin embargo, habiendo revisado algunos trabajos publicados haces seis o siete años antes de que se escribiera este trabajo, me he encontrado con el alarmante hecho de que, desde entonces, hemos adelantado muy poco en nuestro cometido humanitario.

Si bien es cierto que aún cuando en la actualidad hemos llegado a conquistar algunas metas, hay otras que han permanecido un tanto deficientes.

Aunque la Escuela de Medicina no haya tenido hasta ahora contactos muy frecuentes con sus estudiantes egresados en Servicio Social, estos contactos sí los ha tenido la Dirección General de Salud por medio de "supervisiones" periódicas de algunos funcionarios a los servicios sanitarios en que laboran dichos estudiantes, lo que sirve para orientar y encauzar los planes de salud emanados de ella.

Creo que sería provechoso desde todo punto de vista que nuestra Escuela verificara este tipo de control de sus alumnos y que además se exigiera al estudiante que terminó su año de Servicio Social una pequeña "memoria" de las actividades que él realizó en ese año, pues de esta manera se orientarían mejor las futuras actividades de saneamiento rural, en completo beneficio de la comunidad atendida.

También debería de instituirse un "Cursillo de Adiestramiento" de poca duración antes de que los estudiantes egresados vayan a las zonas rurales del país pues la mayoría de las veces se marcha con la idea equivocada de aumentar un poco los ingresos económicos a base de una población desnutrida, hambrienta y analfabeta.

¿Acaso es noble pensar que con el hecho de haber inaugurado un nuevo servicio de salud en una población ya se hizo más que suficiente por esa comunidad? ¿Acaso es lógico pensar que con la llegada de un médico a un área rural determinada ya se resolvió el problema de salud en esa zona?

Más adelante analizaremos también algunos otros factores que influyen de manera vital y poderosa en estas situaciones, pues tenemos que reconocer que no solamente sea culpa de personas determinadas, sino que en ellas interviene todo un caleidoscopio de razones que hacen que los problemas de la medicina rural se vean acentuados en detrimento de nuestros sistemas sanitarios y de la población que necesita de atención médica adecuada.

3— LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MEDICA RURAL DEL PAIS EN LA ACTUALIDAD

a)—Condiciones socio-ambientales

La organización de la sociedad de nuestro país, como es bien sabido, comprende tres clases fundamentales con ligeros matices transicionales entre una y otra. Estas clases sociales son: la clase alta, la clase media y la clase baja. Entre ellas mismas existen marcadas diferencias en todos los aspectos.

Sin embargo, esta división social tan acentuada, ha evolucionado de tal manera que las castas "feudaloides", las "buenas familias" y la "alta sociedad" de hace treinta o cuarenta años han sido sustituidas en parte por una casta menos privilegiada pero mucho más numerosa, que a su vez ha provocado importantes transformaciones en la clase baja.

Ortega y Gasset nos dice en "la rebelión de las masas": "La muchedumbre, de pronto, se ha hecho visible, se ha instalado en los lugares preferentes de la sociedad".

Esto, en realidad, es una consecuencia lógica de la evolución de las sociedades humanas, las cuales tienden a buscar la manera de perfeccionarse y prepararse más para la desigual lucha que sostienen contra la vida moderna y las contínuas exigencias del medio en que se desenvuelven.

Como consecuencia de ello nos encontramos ante una numerosa y pujante población cuyas necesidades, de por sí ya muy elevadas, aumentan día a día. Y entre estas necesidades se encuentra la conservación de la salud.

Por otra parte, siempre influye en nuestra sociedad el alto crecimiento demográfico que se registra en el país, crecimiento que trae consigo el aumento de la población enferma.

Es evidente, entonces, que debido a esta serie de fenómenos se tienen que aumentar necesariamente las prestaciones médicas, para satisfacer mayores demandas que a pesar de todo, aumenta cada vez más.

La tendencia de las sociedades humanas actuales, es a formar grandes grupos de población físicamente saludables y aptos para el trabajo, lo que por supuesto, determina en gran parte el grado de desarrollo de un país.

De que estos núcleos humanos tengan tales características, depende del Estado respectivo, a través de organismos especializados y creados para tales fines.

Pero es indudable que para que estos fines se logren alcanzar se necesitan grandes erogaciones de tipo económico por parte de aquél, para que los programas de salud que irán en beneficio de la población lleguen a realizarse. Si las sumas presupuestarias destinadas a tales efectos son muy bajas o insuficientes, el resultado será, por consiguiente, también bajo.

El doctor Bryan Abel-Smith nos dice al respecto: "Considerada desde el punto de vista general del producto nacional bruto, la significación de la renta nacional es bastante volátil, ya que en su magnitud influyen mucho las variaciones de la política fiscal nacional y el nivel del consumo del capital es decir, las depreciaciones". Y más adelante continúa: "Así, el desarrollo de los servicios hospitalarios suele anunciarse por un aumento de las inversiones netas en hospitales o equipo. Ahora bien, continúa, en un presupuesto sanitario determinado, un aumento de las inversiones netas en hospitales, sólo puede lograrse a costa de una disminución del nivel de los gastos de mantenimiento (personal, medicinas, etc.) de los servicios sanitarios".

Es evidente que estas observaciones nos llevan a formular algunos comentarios de tipo económico-estatal que serían muy extensos para dar cabida en estas páginas. Pero sí es necesario reconocer que en nuestro país, las depreciaciones y la política fiscal han contribuido de manera decisiva para que los niveles de salud se mantengan aún en condiciones poco favorables.

Por otra parte, si se quisiera lograr el aumento de prestaciones médicas en detrimento de una baja en los gastos de mantenimiento, nos veríamos forzados a admititr que aunque dichas prestaciones aumentaran considerablemente, se correría el riesgo de que ellas fueran de baja calidad y de pobre rendimiento, debido a que, lógicamente, es preferible contar con los servicios de un centro de salud bien equipado y funcionalmente mejor que no con muchos de tales centros mal equipados y deficientes en prestaciones asistenciales.

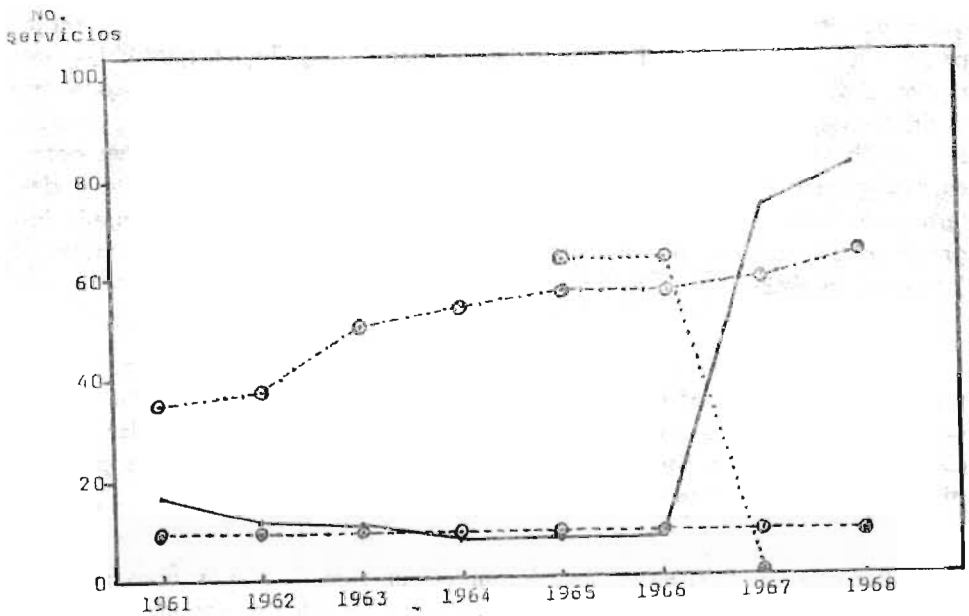
El doctor Smith dice posteriormente: "Los servicios sanitarios pueden mejorarse en años ulteriores, no solo empleando limitados recursos en la construcción de nuevos locales y en la adquisición de equipo nuevo, sino también dedicando una parte del presupuesto sanitario en la formación de personal". Actualmente y durante los últimos años, la política que ha seguido el Ministerio de Salud Pública de nuestro país ha sido orientada hacia la adquisición de mayor número de servicios sanitarios mejor equipados, con personal más entrenado y a un costo lo más bajo posible: ha sido ésta una labor muy encomiable del Departamento de Planificación Sanitaria de la Dirección General de Salud.

Debido a lo anterior, nos encontramos que en un período de ocho años dichos servicios han aumentado considerablemente. (Ver gráfica 4).

GRAFICA 4

Distribución de Servicios de Salud

(1961-1968)



Centros de Salud
Puestos de Salud fijos
Unidades de Salud
Puestos de Salud de Unidades móviles Rurales.

Fuente: Dirección General de Salud — Sección de Estadística — 1968.

Anexo 1

Notas explicativas a la gráfica 4

1º Se nota claramente en la gráfica anterior el escaso número de Puestos de Salud fijos que había en los años de 1961-1966. Esto es debido a que durante esos años algunos de los Puestos de Salud ya existentes se transformaron en Unidades de Salud.

2º En el año de 1966 se nota una elevación pronunciada en el número de Puestos de Salud fijos y una marcada disminución de Puestos de Salud de

Unidades Móviles, hasta el año 1967. Esto se debió a que en 1966 (30 de Octubre) los Puestos de Unidades Móviles se incorporaron a los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social dejando de ser un programa aparte.

3º En esa misma gráfica "Puestos de Salud de Unidades Móviles" se refiere a aquellos servicios que carecían de atención médica permanente.

4º En el año de 1968 se observa un aumento real de servicios catalogados definitivamente como "Puestos de Salud", según la actual denominación aceptada por el Ministerio de Salud Pública.

A estas situaciones, no obstante, el doctor Smith hace un comentario muy interesante: "Un país, dice él, que gasta más en estos servicios, ¿alcanza por ello un nivel de salud más alto? ¿Hasta qué punto el aumento de los gastos entraña en un país un mejoramiento del estado de salud? ¿Qué hay que entender por "nivel de salud"? ¿Cuál es la calidad de los servicios médico-sanitarios de los diferentes países? . . ."

Es muy difícil, francamente, poder contestar debidamente a todas estas preguntas, ya que ello requeriría un análisis extenso y la intervención de toda una dependencia administrativa para evaluar proyectos, realizaciones y millares de datos estadísticos, pero en realidad nos dejan a nosotros con un interesante tema de reflexión que valdría la pena de analizar, ya que de estos y de otros temas análogos depende en gran parte el futuro de la salud del país.

Las actividades que tienden a mejorar el ambiente de la población se han encontrado, ciertamente, con problemas similares que han sido superados lenta y penosamente, y aunque todavía no se logran alcanzar resultados óptimos tenemos un alto índice de seguridad de que en años posteriores, los esfuerzos conjuntos de la población y el Estado lleguen a obtener mejores condiciones ambientales que sean un baluarte contra las enfermedades.

Uno de los esfuerzos que merecen especial atención es el advenimiento del Plan Decenal de Salud, en el cual se observa el propósito genuino de mejorar las condiciones de salud de la población, ya que gran parte del mismo comprende proporcionar más y mejores servicios médico-sanitarios en las áreas rurales, que son, en realidad, las más necesitadas.

En el año de 1964 el doctor J. Manuel Gavidia, hacía la observación de que "el sector rural de la población, mayoritario de El Salvador, es castigado duramente no sólo por la desnutrición y las enfermedades, sino por la falta de asistencia médica y la carencia de facilidades sanitarias". Esto quiere decir que, analizada la situación actual, los esfuerzos que se han realizado por mejorar las condiciones de salud se han visto poco recompensados en los últimos cuatro años. Sumado a estos resultados, hemos tenido el factor agravante de las pésimas condiciones higiénicas, ancestrales y casi hereditarias, en que vive la población rural.

En una encuesta hecha en 1953 por Jean Ambrossini, de la O. I. T. sobre nuestra población rural, encontró que la vivienda típica del campesino salvadoreño estaba constituída por una o varias de las siguientes características:

65% tenían techo de tejas.
70% tenían piso de tierra.
24% tenían paredes de adobe.
32% eran de paja y hojas.

En nuestros días, dieciocho años después de realizado este estudio, estas condiciones no han experimentado ninguna variación significativa y el solo hecho de contemplar estos resultados nos explica cuán difícil es tratar de mantener saludable a este sector de población, y también el por qué de muchos fracasos de programas de salud teóricamente bien planifacados.

Agreguemos a estas condiciones los múltiples problemas de saneamiento ambiental y del estado de desnutrición, los cuales determinan decididamente que estos programas rindan resultados positivos: los servicios de agua potable en las zonas rurales son sumamente deficientes, lo mismo ocurre con la disposición de excretas y basuras. Las vías de comunicación, el alumbrado eléctrico, la promiscuidad, y muchos otros factores aumentan el problema ambiental. La alimentación de estas personas es completamente inadecuada, limitándose a la ingesta de comestibles que tienen una mínima proporción de los elementos básicos indispensables para mantener el cuerpo humano en condiciones favorables... Todos estos factores unificados, vienen a dar por resultado que este sector de población se encuentre formando un campo altamente propicio para la adquisición o diseminación de enfermedades, con predominio de las infecto-contagiosas, gastrointestinales, parasitarias y del sistema respiratorio, que anualmente dejan su saldo trágico de muertes, especialmente en la población infantil.

Indudablemente, estas condiciones no son los únicos factores desencadenantes de la situación precaria que confrontan las áreas rurales, pues el aspecto económico, cultural y la tenencia de la tierra, así como muchos otros, entran a formar parte principal de estos problemas.

Aunque sea difícil de creer, el médico que ejerce en estas zonas ha tenido importante participación en los mismos, ya que ha permitido, hasta cierto punto, que tan lamentables situaciones se hayan postergado hasta nuestros días.

Creo que sería conveniente que al estudiante de Medicina en Servicio Social se le lograra interesar más en el aspecto de saneamiento ambiental y que de este modo tratara de llevar a cabo algunas actividades que se orientaran más hacia la práctica de la medicina preventiva, con alguna preferencia sobre la medicina curativa.

De este modo, combatiendo las malas prácticas de higiene, mejorando el medio ambiente, orientando e instruyendo a la comunidad, etc., se lograría hacer una buena labor para prevenir las enfermedades. Creo que esta sería una de las mejores formas de cambiar el panorama de salud de la población. El medio ambiente rural de nuestro país se ha mantenido casi incólume a través de largos y penosos años, y este mismo ambiente persistirá, sin ser pesimismo, durante muchos años más. Esto significa que el médico que trabaja en las áreas rurales seguirá luchando contra uno de los más grandes problemas que confronta la salud pública en el territorio nacional.

Mientras tanto, las autoridades correspondientes ponen todo su empeño en que ese ambiente ,tan determinante, se mejore lo más posible en todos sus aspectos, porque saben que ello sería un gran paso en beneficio de los connacionales afectados, y que es una de las maneras más adecuadas de lograr niveles de salud un poco más elevados.

Pero es preciso reconocer que esa mejoría del ambiente tiene que ir, necesariamente, a la par del incremento de la educación y de la cultura, porque serviría de poco hacer una dotación completa de dispositivos de basuras, excretas, etc., etc. si estos servicios no se han de usar debida y adecuadamente. Bástenos recordar un poco que hay mucho casos de personas que pudiendo hacer sus deposiciones fisiológicas en un inodoro, lo hacen exactamente a la par del mismo, o que teniendo al alcance de su mano un basurero, las basuras las arrojan fuera de él.

¿Será esto un acto de negligencia o de irresponsabilidad?

En parte sí. Pero creo que el nombre adecuado es ¡falta de educación.

Mucho se ha escrito y se ha señalado respecto al medio ambiente rural e incluso ha sido motivo de frecuentes preocupaciones de algunos organismos que ven con creciente interés los problemas que han venido presentando,

década tras década, los medios rurales.

Sin embargo, y a pesar de ello, es poco lo que en verdad se realiza para solucionar tales problemas. Y es que, de hecho, aún no se ha atacado formalmente este interesante aspecto, el cual ha sido dejado poco a poco en el olvido por casi todas aquellas instituciones de las que depende en mayor o menor grado la resolución del mismo.

En el Primer Congreso Nacional de Ingeniería, celebrado en la ciudad de San Salvador en Julio de 1968 hubo una exposición presentada por el ingeniero civil Juan Ramón Martínez C. quien bajo el título de "Ruralismo" aborda una vez más el problema que confrontan las zonas rurales del país y hace ver muy claramente las grandes repercusiones de todo tipo que ellas ejercen en las zonas urbanas. En dicha exposición se señalan las causas modificantes entre ambos medios y se pone de manifiesto el afán que tienen las comunidades rurales de disfrutar de las mismas prerrogativas que tienen las urbanas, tales como mejoramiento de salarios, mejores diversiones, mejor vivienda, mayores posibilidades de adquisión, etc. etc. Todo esto, como él señala, hace que el medio rural se "desintegre" provocando un "agigantamiento" de los centros urbanos, los cuales se miran entonces asediados por los ya conocidos "cinturones de miseria" que son y seguirán siendo motivo de preocupación para las ciudades más pobladas.

Esta fuga de personas tiene también marcada influencia en el medio rural mismo y se ha venido observando hace ya muchos años con la fuerte posibilidad de seguir existiendo mientras no se mejore el ambiente de las zonas rurales.

En otro estudio presentado en la "Crónica de la O. M. S." del mes de Junio de 1968 sobre el mismo tema, se hace notar que muchas de estas personas cambian su "pobreza rural" por una "pobreza urbana" al verse incapacitados o defraudados al obtener un trabajo que ellos no pueden desempeñar o al no alcanzar los demás objetivos que motivaron su éxodo a la ciudad.

De esta forma, las ciudades se ven obligadas a soportar nuevos problemas engendrados por estos movimientos de población.

El ingeniero Martínez sintetiza así estos problemas:

Emigración Rural

- Creación de zonas de tugurios.
- Aumento del desempleo.
- Disminución de Víveres y ligera alza de precios.
- Aumento demográfico urbano.
- Aumento de la escasez de la vivienda.
- Aumento de los vicios de la sociedad (raterismo, hamponismo, prostitución, alcoholismo, mendicidad, contrabando, etc.)
- Aumento de las servicios de vigilancia (policía, bomberos, etc.)
- Aumento en la demanda de los servicios públicos (hospitales, agua, electricidad, transportes, recreación, educación, etc.)
- Aumento en el control de epidemias.
- Desembellecimiento de la ciudad.

Todos esos factores se inter-relacionan uno con otro y hacen que el ambiente en que viven estas personas se mantengan en pésimas condiciones altamente propicias para que tanto los vicios sociales como las enfermedades germinen admirablemente.

El problema ambiental rural no es fácil de resolver. Pero es importante señalar que ello depende tanto del Estado como de las comunidades locales para que, unificando esfuerzos, se llegue a solucionar adecuadamente.

Actualmente se nota en forma clara que aqu;l se ha preocupado mucho por el problema urbano, pero el rural, por qué no decirlo?, apenas lo comienza solucionar aunque con mínimos esfuerzos. El campesino necesita de mejores viviendas, mejores salarios, servicio de agua, electricidad, diversiones, etc. para poder evitar de esta manera ese éxodo de población.

Recordemos que en la mayor parte de los casos el campesino se siente importante y con deseos de colaborar cuando nota que otras personas ajenas a su medio se preocupen de su bienestar físico y social.

De ahí que solamente en las épocas electorales salga a flote toda esa efervescencia adormecida que si se empleara con fines más concretos sería capaz de rendir insospechados frutos.

En el aspecto de educación higiénica, me parece que una de las medidas adecuadas para poner en práctica en las zonas rurales, sería la propuesta por el doctor Pacheco Araujo en 1949. Este profesional sugería en ese entonces "ilustrar al campesino mediante una bien organizada campaña de educación higiénica, sobre las normas a que debe sujetarse para preservar su salud". Y seguidamente daba un esquema de la manera como podría realizrse esta campaña:

1—Conferencias dictadas
- ante el público
  - Talleres
  - Oficinas
  - Otros centros de reunión.
- En escuelas
  - a maestros
  - a niños
  - a padres de familia

2—Anuncios en diarios y periódicos?
3—Carteles fijados.
4—Folletos repartidos.
5—Películas proyectadas.
6—Por la radio.
7—Programas especiales.

El 70%no saben leer. . . . . .

Particularmente creo que gran parte de estas actividades son fácilmente realizables a un costo mínimo, y el resultado es de esperarse que sea bueno y provechoso.

Con estas campañas nosotros habríamos avanzado un poco más hacia la resolución del problema ambiental, y con esto a la vez, abrir amplias brechas para la buena marcha de los programas de salud.

Es muy cierto que las condiciones ambientales del país se han visto modificadas desde hace algunos años por una serie de actividades que han determinado una situación bastante favorable para la salud de la población rural. Una de estas actividades han sido los programas y realizaciones de la medicina preventiva que desde hace algún tiempo atrás se han puesto en práctica como postulados normativos de esta rama de la Medicina.

No sería necesario enumerar una por una todas estas realizaciones, pero debemos de reconocer que de ellas ha dependido el bienestar de numerosos

grupos familiares que antes eran diezmados por muchas enfermedades.

Los hábitos de higiene personal y colectiva que eran sumamente inadecuados han sufrido grandes transformaciones fundamentales, hasta convertirse en fuertes y sólidas barreras contra dichas enfermedades: el solar de atrás del rancho va siendo reemplazado por económicos pero eficientes inodoros de foso; el mesón oscuro e insalubre, por construcciones más funcionales e higiénicas; el campesino ha abandonado parcialmente a brujos y curanderos y acude ya con más frecuencia a Unidades y Puestos de Salud. .

En Síntesis, sabemos nosotros que el medio ambiente que rodea a la población rural, con toda su corte de problemas, es uno de los factores más importantes que debemos de controlar debidamente para lograr aumentar el bienestar social de la población; sabemos también que ese ambiente determina en alto grado que los logros de los programas de salud alcancen elevados índices de objetividad, y que determina también la salud futura que en él se desenvuelve. Por consiguiente, nuestros planes de acción tienen que ser constantemente dirigidos hacia la superación del saneamiento ambiental, si queremos obtener mejores perspectivas y mejores resultados prácticos en las zonas rurales del país, hecho que redundaría enormemente en el beneficio colectivo y el engrandecimiento de la Patria.

b) Medios para ejercerla

En nuestro país, los servicios encargados de velar por la salud de la población rural son las Unidades y Puestos de Salud, creados desde hace varios años para tal fin.

Estos servicios son las dependencias terminales del ramo de Salud Pública y Asistencia Social y dependen de la Dirección General de Salud a través de Direcciones y Sub-direcciones regionales, las cuales son las encargadas de controlar, dirigir, orientar y proveer de medicamentos y material indispensable a dichas terminales.

Cada unidad de Salud tiene un Director, que es generalmente un estudiante de medicina en servicio social, supeditado a las normas y programas que emanan de la Dirección General de Salud a través del Director Regional correspondiente.

Los Puestos de Salud son atendidos por el director de la Unidad, según la jurisdicción política a la que ellos pertenezcan.

Por regla general, la atención médica en los Puestos de Salud se realiza durante un día a la semana en horas de la mañana. Si hay dos o tres puestos en una mismo jurisdicción, serán necesarios dos o tres días a la semana los que el médico falte a su respectiva Unidad, distribuyendo el tiempo preciso para atender dichos Puestos.

En la actualidad tenemos en el país 64 Unidadesy 82 Puestos de Salud, que prestan activamente sus servicios a las respectivas comunidades.

Si consideramos que tenemos 246 municipios que podríamos catalogar como "rurales" según la definición dada al principio en este estudio, encontraremos que estos centros asistenciales son hasta cierto punto insuficientes para atender las grandes demandas de asistencia médica de la población, a pesar de que en los últimos cinco años se han inaugurado aproximadamente 90 servicios de prestaciones médicas.

Esta falta de servicios se ha ido supliendo poco a poco (ver gráfica 4) a través del tiempo, de tal manera que en un determinado período de años ya contaremos con un número bastante grande de tales centros, lo que lógicamente traerá consigo un aumento de la atención médica.

Veamos ahora algunos aspectos generales de estos centros asistenciales, que por su localización topográfica, por su ambiente y por el tipo de comunidad a la que prestan sus servicios, responden, con muy ligeras variaciones, a un patrón similar en casi todas las áreas del país.

LOCAL: Unidades de Salud:

El local que ocupan estas dependencias, pertenece generalmente al Estado. Este local es bastante amplio y llena casi todos los requisitos para que el trabajo del personal en todas sus actividades, se lleve a cabo en forma adecuada.

Comprende las siguientes partes: consultorio médico, consultorio odontológico (no en todas), sala de espera de consulta externa, sala de exámenes ginecológicos, sala de atención de partos, salas para internamiento de pacientes masculinos y femeninos (no en todas), farmacia, bodega, sala de personal, sala para entrevistas con la enfermera, dormitorios para personal, servicios sanitarios y zonas verdes. En algunos lugares existe también sala de pediatría y Servicios de Recuperación Nutricional infantil.

La distribución y arquitectura de los edificios construidos en los últimos años, contemplan mejores y mayor número de habitaciones, lo que los hace más funcionales y elegantes, además de ordenados e higiénicos.

PUESTOS DE SALUD:

Estos locales son más pequeños que los anteriores, pues constan únicamente de dos habitaciones por regla general, las cuales son destinadas, una a consultorio médico y la otra para Farmacia y sala de curaciones. Carecen por completo, la mayoría de ellos, de dormitorios para la enfermera auxiliar que los atiende, pero están dotados de sus servicios sanitarios correspondientes. Tienen muy pocas zonas verdes.

PERSONAL:

Las Unidades de Salud constan del siguiente personal: un médico director, dos enfermeras graduadas, dos enfermeras auxiliares, una enfermera vacunadora rural, una secretaria, un inspector sanitario y un ordenanza.

En este aspecto cabe hacer algunas importantes consideraciones: el personal de enfermería, tanto graduadas como auxiliares, se encuentra en algunos aspectos, deficientemente preparado, de tal manera, que algunas veces las menores precauciones de asepsia son olvidadas o desatendidas por completo, lo que evidentemente compromete la salud del paciente atendido. Esta misma situación se observa también en el personal de otros servicios similares.

La doctora Doris E. Roberts comentaba esta situación en 1965 al manifestar: "La amplitud del servicio depende de la preparación del personal", y más adelante agrega: "La consecuencia de ese planeamiento (campañas Anti-TB, paludismo, etc.) ha sido la formación de un personal especializado, falto de una amplia preparación básica, que sólo tiene una aptitud restringida para participar en los planes de asistencia a la familia y en los servicios sanitarios integrados, puestos a la disposición de la colectividad". Similares observaciones hacía un año después (1966) el doctor C. L. González al manifestar: ". . en ninguna parte se dispone de recursos para tal empresa (aumentar los servicios sanitarios) y menos que en parte alguna en las zonas rurales de la mayoría de los países en vías de desarrollo, donde los servicios sanitarios periféricos son (si es que existen) generalmente rudimentarios, están atendidos por un personal auxiliar insuficientemente preparado, no disponen de medios adecuados de trabajo y, por añadidura, están faltos de dirección e inspección adecuada",

con lo que se infiere que este problema se ha venido sucediendo desde hace varios años, sin que haya sido mejorado de una manera apreciable.

En 1950, Hermann J. V. Grimmer Jr. consultor técnico de hospitales del Instituto de Asuntos Interamericanos, ("Programa General de Hospitales en El Salvador" Arch. Col. Méd., Vol. 3 Nº 4, Dic. 1950), refiriéndose a la formación de futuro personal de enfermería, decía: "...la enseñanza no está bien planeada y no incluye todo lo que debiera, de manera que el resultado final es de enfermeras solamente educadas y entrenadas en parte".

Es evidente que esta misma situación no se observa tan agudamente en nuestros días, debido al interés que han puesto las autoridades respectivas y a la creación de una moderna y bien equipada Escuela Nacional de Enfermería, que viene funcionando muy bien desde hace ya varios años. Pero aún así, insisto, el personal actual de enfermería sufre de algunas deficiencias que, al corregirse aumentarían, ipso facto, las garantías de salud de la población rural.

Los Puestos de Salud son atendidos por el médico y una enfermera auxiliar, que en algunos casos, también se encuentra con una preparación deficiente. Y es a este nivel precisamente, donde creo que debería de hacerse hincapié en que dicha enfermera estuviera un poco más entrenada, pues es la persona que tiene en sus manos de manera directa, la salud del campesinado, ya que élla atiende a este tipo de pacientes durante la mayor parte de las horas laborables de la semana.

Aunque se procura lo más posible llevar un poco de Medicina Preventiva a estos núcleos humanos, generalmente los proyectos quedan truncados algunas veces por razones fáciles de comprender. De ahí que la enfermera deba de tener, necesariamente, conocimientos básicos de esta materia para aplicarlos a la comunidad respectiva, ya que el tipo de medicina que ejerce el médico en estos lugares es eminentemente sintomático-curativo.

La labor desarrollada por el inspector de saneamiento se mira enormemente entorpecida la mayor parte de veces por la falta de cooperación de la comunidad misma, que por una u otra razón, impide que esta labor tenga la efectividad deseada.

Por estas y otras razones, los programas de saneamiento y las actividades preventivas que se han planeado, quedan bastante incompletos, en detrimento de la comunidad. Y es éste un ejemplo más de cómo la falta de educación de un pueblo se sobrepone a todo esfuerzo humano por llevar un poco más de salud a los seres necesitados, creando una barrera casi infranqueable que persistirá, dolorosamente, por muchos años.

EQUIPO Y MANTENIMIENTO:

Al referirme a esta parte, debo aclarar que trataré casi exclusivamente del suministro de medicamentos y demás equipo médico-quirúrgico con que están dotados los servicios de Unidades y Puestos de Salud. También describiré, aunque de manera breve, las fuentes de ingresos económicos que sirven para el mantenimiento de los mismos. ya que esto representa en cierto modo, el movimiento positivo de la colectividad que disfruta de los servicios médicos.

Tanto Unidades como Puestos de Salud son provistos de equipo Médico-quirúrgico y de medicinas por el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección General de Salud y de las Direcciones Regionales correspondientes.

Para ello, el director de la Unidad de Salud elabora un pedido mensual de medicamentos e instrumentos necesarios, los que, por supuesto, serán aquellos que más frecuentemente se emplean en las prescripciones médicas diarias.

Además de esto se solicitan medicinas de tipo especializado, tales como tonicardíacos, occitócicos, productos obstétricos, diuréticos, etc. No está demás decir también que los Centros de Salud reciben, por razones obvias, una cantidad de medicamentos muy superiores en cualidad a los recibidos en las Unidades y Puestos de Salud, de ahí que el médico neófito se encuentra muchas veces desarmado para tratar algunos cuadros clínicos que ameritan el empleo de medicinas específicas. En ocasiones, también, no se recibe el medicamento indicado en el pedido, generalmente por la falta de existencia del mismo en la Dirección regional o se recibe en cantidades bastante limitadas por la misma razón.

En cambio, por razones difíciles de explicar, a veces se dispone de medicinas que en realidad serán de poco uso en la consulta diaria, lo que ciertamente, es un aspecto negativo para el pueblo y erario nacionales, pues son productos que después de cierto tiempo serán rechazados por encontrarse en malas condiciones.

Algunos otros organismos tales como U.N.I.C.E.F.; casas y laboratorios particulares, instituciones autónomas y otros, proporcionan el aporte de medicamentos o aparatos que significan una valiosa ayuda para el mejor desempeño de las labores médicas.

Otro de los medios con que se cuenta para la adquisición de medicamentos es la ayuda económica que proporcionan los Patronatos de las Unidades y Puestos de Salud. Dichas entidades tienen a su cargo la recaudación de fondos por medio de la Consulta médica, recibiendo la contribución de un colón a cada paciente (el que puede darlo), además de que realizan otras actividades a base de la comunidad, tales como bailes, rifas, "veladas", etc. Por supuesto que según la inicativa del Patronato así serán los ingresos económicos disponibles para satisfacer mejor las demandas de la Unidad de Salud y de los pacientes mismos.

El equipo médico-quirúrgico de que se dispone es francamente deficiente, pues muchas veces faltan incluso aquellos instrumentos más básicos y necesarios para la atención de pacientes heridos o golpeados, tales como agujas e hilos de sutura, que indudablemente colocan al personal encargado de atender a estos pacientes en situaciones difíciles y comprometidas, llegando muchas veces a emplear material distinto al requerido por los diferentes tejidos a reparar.

El material estéril se prepara en cantidades escasas; las agujas hipodérmicas responden a un solo tipo de calibre; los antisépticos locales se encuentran en cantidades muy pequeñas; los "campos" quirúrgicos escasean a menudo. . .

De esta manera, fácilmente comprenderemos que en cada operación de cirugía menor que se practica se pone más en peligro la vida del paciente y las infecciones, tan temidas, son muy frecuentes.

En los Puestos de Salud el problema se agudiza aún más, ya que en ellos se carece casi totalmente de instrumentos y material quirúrgico. Y nuevamente aquí tenemos que hacer la observación de que es en estos pequeños puestos asistenciales donde se deberían de tener mejores condiciones de trabajo, pues de todos es conocido que la mayor incidencia de pacientes de cirugía menor en las áreas rurales, se encuentra, precisamente, en el campo.

La atención materna se lleva a cabo en condiciones bastante aceptables en estos servicios periféricos, aunque aún se observan algunas prácticas erróneas, condicionadas más que todo por la escasez de materiales e intrumentos adecuados.

Esto se sucede principalmente en el personal auxiliar, pero también vale decir que hay algunos elementos que sí trabajan de acuerdo a las técnicas

modernas y observando los principios de la asepsia. La atención del parto en cantones y caseríos reviste problemas aún mayores, pues se encuentra a cargo de comadronas que carecen por completo de entrenamiento adecuado y que trabajan en pésimas condiciones de higiéne. Actualmente se está haciendo énfasis en pequeñas charlas de adiestramiento para estas personas en las Unidades de Salud respectivas donde se imparten principios de atención del parto, de asepsia, complicaciones, etc. etc.

Es muy rara la Unidad de Salud que cuenta con sus servicio propio de ambulancia para el transporte de pacientes que ameritan un tratamiento más enérgico o más específico. Estas se encuentran confinadas a los Centros de Salud y a los Hospitales departamentales a los cuales hay que solicitarlas cuando se las necesita.

Por lo general, no hay ningún inconveniente en obtener el servicio de ambulancia, pero muchas veces del centro asistencial al que es solicitada no la mandan, o porque se encuentra en mal estado de funcionamiento, o porque antes de enviarla exigen como requisito previo que el paciente referido lleve por lo menos dos o tres donantes de sangre en caso de que sea necesaria una transfusión sanguínea.

Pero, ¿en qué situación se miran entonces los campesinos que muchas veces ni siquiera tienen un colón para dar la contribución al Patronato, mucho menos para conseguir donantes de sangre en su cantón de origen, con recursos económicos sumamente pobres, a distancias a veces muy grandes y a altas horas de la noche?

Según los principios éticos de la Medicina, una vida humana sea quien sea, con requisitos o sin ellos, es el mayor premio que puede recibir un médico cuando lucha contra la enfermedad y creo que el médico consciente debe de sacrificar algunos formalismos cuando esa vida se encuentra en peligro de sucumbir.

La atención médica en las áreas rurales, como ya he señalado anteriormente, se concreta a dar tratamiento sintomático-curativo, salvo algunas excepciones (control) materno infantil, vacunaciones, control de contactos, etc.).

Esta manera de trabajar es fácil de comprender si tenemos en cuenta que tanto Unidades como Puestos de Salud carecen por completo de los servicios de un laboratorio clínico que ayude a establecer los diagnósticos con más exactitud y prescribir por consiguiente, el tratamiento adecuado: el médico rural tiene que hacer muchas veces verdaderos malabarismos de diagnóstico que a la larga resultan en pérdida de tiempo e inseguridad para el paciente.

Cosa muy distinta sería si se pudiera contar con un pequeño laboratorio clínico auxiliar al frente de un tecnólogo médico graduado para trabajar siquiera en las pruebas y exámenes más esenciales.

Esto, sin duda alguna, sería una gran ayuda para el médico y una ga- los organismos estatales correspondientes, en el afán de mejorar un poco más rantía más para la salud del paciente.

En cuanto al aspecto preventivo en las zonas rurales, es justo decirlo, se está realizando mucha labor efectiva en pro de la prevención de enfermedades. Esto, en realidad ha sido uno de los mayores pasos que han verificado la salud de la población rural.

Es francamente satisfactorio observar que las campañas masivas de prevención, como son aquellos contra la Tosferina, difteria, tétanos, Paludismo, poliomilitis, rabia, tuberculosis, enfermedades venéreas, etc. hayan alcanzado niveles tan prometedores, pues ello significa un gran esfuerzo y una dedicación ejemplares cuyos frutos ya comenzamos a observar y que, sinceramente, nos trae la esperanza de que en un futuro no muy lejano la incidencia de enfer-

medades endémicas e infecto-contagiosas se verán reducidas a una mínima expresión en nuestro país.

Otra de las mejores ayudas que tenemos en los medios rurales son, sin duda alguna, los equipos o circuitos de Unidades Móviles que prestan sus servicios en aquellos lugares que, por estar muy aislados o tener un número de habitantes muy pequeño, carecen por completo de organismos asistenciales permanentes.

Estas Unidades Móviles fueron auspiciadas en gran parte por proyectos de ayuda extranjera (A. I. D.) pero también nuestro Gobierno tomó parte activa en el establecimiento de dichas Unidades. A partir de 1966 pasaron a ser exclusivamente sostenidas económicamente por el Gobierno de El Salvador.

En la actualidad se encuentran funcionando en el país la cantidad de doce circuitos de Unidades Móviles, repartidas de la siguiente manera:

Región Occidental	2 circuitos.
Región Central	2 circuitos.
Región para-central	4 circuitos.
Región Oriental	4 circuitos.
Total	12 circuitos.

Entre todos ellos cubren un total aproximado de 75 poblaciones que antes se encontraban en completo abandono sin recibir cuidados ni servicios médicos.

Cada Unidad Móvil está presidida por un médico, una enfermera, un promotor-inspector, un motorista, un equipo de medicamentos bastante completo, así como también de una ambulancia que les sirve para trasladarse a las regiones más inhóspitas de su zona asignada. Los Puestos de Salud visitados por la Unidad disponen también de una auxiliar de enfermería encargada de dicho Puesto.

Por razones que son fáciles de comprender, las Unidades Móviles se concretan a administrar casi exclusivamente medicina curativa, aunque también se llevan a cabo labores de vacunación rural. Esta clase de funcionamiento, en parte incompleto, se debe a que estos equipos no permanecen mucho tiempo en un determinado lugar ya que tiene que satisfacer demandas muy superiores en poco tiempo de trabajo.

Es innegable e indiscutible que el beneficio que la población campesina ha alcanzado con estos servicios asistenciales, que tienen que "buscar y encontrar" a los pacientes, ha sido muy grande y prometedor. En realidad, creo que este tipo de servicios médico-rurales son los más adecuados para la población campesina, ya que la atención médica que ellos prestan llega a beneficiar de manera directa a "ese sector de población mayoritario de la nación salvadoreña", aunque según estudios evaluativos en otros países han llevado a algunos técnicos en la materia a considerar estos servicios como poco funcionales con un costo bastante elevado, que no compensa las sumas invertidas en ellos.

El programa de asistencia odontológica, que en algunas zonas está bastante bien organizado, es otra de las realizaciones en beneficio de las comunidades rurales.

Si bien es cierto que algunas de ellas carecen por completo de tales prestaciones, en muchas otras poblaciones ya se están planificando actividades para conseguir los servicios odontológicos.

La labor del odontólogo en estos servicios abarca a los niños en edad escolar, y a las pacientes gestantes los cuales no contribuyen económicamente por la consulta. El resto de los pacientes reciben estos servicios profesionales a cambio de una módica cuota asequible a la mayoría de ellos, la cual se destina, así mismo ,para gastos de mantenmiento de equipo y accesorios.

Estos servicios son, a la par que deficientes en material, escasos en rendimiento, ya que la mayor parte de la población no está lo suficientemente educada para acudir a ellos.

Las Clínicas de Recuperación nutricional, que no funcionan en todas las Unidades de Salud, son servicios que tienden a combatir la desnutrición infantil de la localidad.

Estas entidades, cuyo sostenimiento corre a cargo de la comunidad favorecida y de la Unidad de Salud respectiva, constan de pequeños pabellones en los cuales, una administradora, una niñera y una cocinera, atienden alrededor de veinte niños que adolecen de desnutrición de grados I, II y III cuyas edades oscilan entre 18 y 36 meses (1½ a 3 años).

Este pequeño personal es remunerado por los organismos locales fundados a tal efecto. El mantenimiento de las Clínicas recibe la ayuda extranjera que consiste en proporcionar algunos alimentos (trigo, leche, aceite, harina, etc.) y a una persona encargada de la administración, remunerada por ella, la cual posee suficientes conocimientos sobre nutrición y que, generalmente, es un miembro del Cuerpo de Paz de los Estados Unidos.

Los niños admitidos, de ambos sexos, tienen que pertenecer exclusivamente al área local donde se encuentra el servicio de Recuperación, debido a que la población de los cantones y caseríos se ve imposibilitada para llevar a sus pequeños a dicho servicio.

Los niños bajo tratamiento son atendidos dietéticamente con alimentos preclasificados que llenan los requerimientos necesarios para que la recuperación nutricional se verifique en forma completa, rápida y sistemática. Esto se comprueba por medio de frecuentes y periódicos registros de talla y peso, y también por el grado de desarrollo intelectual que hayan alcanzado los niños durante el tratamiento.

Es obligación del médico adscrito a la Unidad de Salud de realizar controles clínicos y parasitológicos de estos pacientes, así como también proporcionar y poner en práctica medidas de prevención de enfermedades, cuantas veces sea necesario.

Los problemas económicos y administrativos se resuelven en conjunto, entre médico, administradora y la comunidad, representada por un Patronato específico.

Sumado a estas actividades, la Dirección General de Salud ha puesto en práctica en algunos departamentos del país un Plan Piloto de Nutrición que se lleva a cabo en las Unidades de Salud por medio de un personal de enfermería previamente entrenado para ello.

Las finalidades de este Plan Piloto son más que todo de tipo "preventivo" de la desnutrición, más que curativo de la misma. Es decir, que las actividades se orientan principalmente al adiestramiento de grupos de madres de familia, con el objeto de que ellas aprendan a conocer los valores energéticos de los alimentos que ingieren diariamente así como también a preparar comidas adecuadas con alimentos asequibles a sus posibilidades económicas.

El programa incluye visitas domiciliares, demostraciones prácticas, charlas, proyecciones, etc. y consta así mismo, de un grupo "testigo" que sirve para evaluar resultados finales.

De acuerdo a lo anterior, podemos notar que en el aspecto Nutrición se está trabajando intensamente para ayudar a la niñez salvadoreña y que, en

realidad, es una de las actividades que merecen más elogio y reconocimiento ya que de la niñez depende el futuro de nuestra nación y el avance económico, social y cultural de todo el país.

Un hecho notable y sumamente interesante, de trascendencias incalculables y beneficiosas, que se está poniendo en práctica en algunas zonas rurales, es la campaña de Planificación familiar que a mi modo de ver, es una de las mejores soluciones al gran problema de la superpoblación que confronta la República de El Salvador y muchas otras naciones latinoamericanas.

Este movimiento, completamente nuevo entre nosotros, representa en sí la preocupación ciudadana por la creciente explosión demográfica que ha registrado el país hasta los días actuales, la que, de no corregirse con medidas adecuadas sería capaz de provocar importantes fenómenos de tipo sociológico y económico, como ya los comenzamos a sentir.

La atención de la campaña se concentra en aquellas personas que tienen una familia numerosa y que a pesar de ello siguen procreando. Se les imparten charlas educativas referentes más que todo al peligro que entraña el constituir un grupo familiar numeroso sin tener las posibilidades económicas para sostener dicho grupo y el riesgo que corre esa familia de llegar a perecer por falta de recursos.

Sería largo enumerar todas las actividades que se desarrollan en esa campaña, pero tenemos que reconocer que es una labor altamente patriótica y de mucho mérito, y que a la vez sea una lástima que dicha campaña no se haya puesto en práctica todavía en todas las regiones de la república.

La promoción de la comunidad respectiva para que se interese por la preservación de la salud, es una labor que corresponde al médico-director local.

De la actividad que éste despliegue en charlas aducativas, solución de problemas sanitario-comunales, etc., etc. dependerá en gran parte que se obtengan mejores niveles de salud en esa localidad, lo que posteriormente se traduciría en una baja incidencia de enfermedades de tipo endémico. Este es un aspecto importante que deberíamos de tomar en cuenta al planear las futuras actividades médicas rurales, pues de este sencillo hecho depende mucho de lo que podamos adelantar en favor de la salud en general.

Observaciones hechas en páginas anteriores, nos llevan forzosamente a reconocer que en la actualidad muy poco se ha realizado en este campo, y que debido a estos fenómenos es que la Medicina Rural en El Salvador adquiera características estacionarias. El interés del médico rural de preocuparse por la salud colectiva de la población debería de ser requisito obligatorio establecido para que se le pusiera al frente de un servicio de salud pública, en bien mismo de la colectividad.

Esta observación me lleva a reflexionar que la noble misión de sacrificio que antiguamente era tradicional en el médico rural, ha quedado como un romántico pasaje en la Historia de la Medicina que se ha diluído lentamente a través del tiempo, y que la medicina nacional está ahora sufriendo de una ligera crisis de carencia de valores éticos, morales y humanos...

Preocupa profundamente, en realidad, que hayamos llegado a estas situaciones de carencias filosóficas, ya que todas ellas determinan importantes factores en el avance progresista de la nación.

Hemos contemplado ya, algunos aspectos con que contamos en la actualidad para practicar la medicina rural en nuestro país. Evidentemente han quedado muchos temas que tratar, los que merecerían capítulo aparte, dada la extensión de los mismos.

Considero que se me preguntará, y con justa razón, el por qué me he referido exclusivamente a los aspectos negativos de estas situaciones. A estas preguntas y a muchas otras que se hagan trataré de dar respuesta en las página

que siguen. Hasta ahora me he limitado a exponer la situación actual de nuestra medicina rural. Que el lector saque conclusiones propias de tal situación, ya que no sería justo ni honesto que a través de mis palabras se formaran juicios equivocados o desorientadores que lo llevarían a la duda de que si serán o no ciertas estas observaciones anotadas.

Dejo, pues, al lector inquieto, interesado en estos problemas, y me traslado a otro de los puntos más interesantes que hoy me ocupan.

c)—Resultados obtenidos

Ahora que hemos tratado de bosquejar, aunque en forma panorámica, algunos aspectos de la salud actual de nuestra población, nos encontramos ante la tarea, un tanto difícil, por cierto, de evaluar de la manera más honesta los resultados que se han alcanzado con todas las medidas disponibles con que ha contado la Dirección General de Salud hasta la fecha para mantener y promover el bienestar físico de los habitantes del país. Y ello es difícil porque se requiere información amplia, análisis, y ante todo, ecuanimidad.

¿Qué, entonces, hemos logrado hasta el momento en la ardua tarea de mantener saludables a más de tres millones de salvadoreños? Veámoslo.

Aspectos positivos:

En primer lugar, la orientación sanitaria llevada a las áreas rurales, ha permitido que esta población se vaya desposeyendo de aquel temor al médico y a los centros asistenciales que predominaba en años anteriores, para ir dejando poco a poco a brujos y curanderos.

Esto, naturalmente, es un avance positivo de la población misma, pues con ello la medicina científica tiene la gran oportunidad de ser dispensada a un número mayor de personas con la seguridad de que los niveles de salud aumentarán considerablemente.

No podemos negar que aún quedan muchas costumbres tradicionales bastante arraigadas y que muchas personas aún acuden a la supuesta ayuda que les proporcionan los curanderos, y ésto, junto con otras circunstancias agravantes, hace que los índices de mortalidad permanezcan elevados en el país.

Como hacía notar en párrafos anteriores, las campañas de educación sanitaria han tenido bastante éxito en sus realizaciones a tal grado que han logrado modificar en parte las tasas de mortalidad y morbilidad, lo que nos indica que este tipo de campañas son bastante efectivas para la promoción de la salud en nuestro medio y en las comunidades rurales, aunque la mortalidad por las enfermedades de los sistemas respiratorio y gastrointestinal se mantenga aún elevada.

Por otra parte, las prestaciones médicas han aumentado en calidad y cantidad y muchas poblaciones rurales que anteriormente carecían de todo servicio asistencial ahora cuentan con pequeños pero funcionales equipos médicos que han llevado una valiosa ayuda al mantenimiento de la salud a dichas poblaciones. (Véase gráfica 3).

Las campañas masivas contra la malaria, la tuberculosis, y la desnutrición han cubierto al país en casi su totalidad y han llevado a cabo una meritoria labor que habla en pro de los esfuerzos de la nación por la lucha contra estas enfermedades. Las prácticas de medicina preventiva que se han estado realizando en los últimos años han aportado una gran ayuda a la erradicación de algunas otras enfermedades y a la difusión de las prácticas de higiene, labor que se hace evidente al comparar hechos y cifras estadísticas de años anteriores con los adelantos que se han alcanzado en la actualidad.

Las planificaciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social han sido dirigidas hacia una mejor distribución de las prestaciones médicas, para que éstas lleguen a los lugares que más las necesiten, habiéndose observado muy buenos resultados, principalmente en las áreas rurales.

El servicio social que presta el estudiante de medicina durante un año, ha resuelto en parte el problema de la centralización de la medicina y es uno de los mayores adelantos con que ha contado la salud pública del país, gracias a la mutua colaboración entre el Ministerio respectivo y nuestra Escuela de Medicina, pues con ello se ha logrado llevar los servicios asistenciales a muchas regiones que antes carecían de ellos, y que por lo consiguiente, no contaban con la ayuda necesaria para aliviar sus dolencias. (En Guatemala, donde las tradiciones indígenas son predominantes y las prácticas de curandería legendaria son mucho mayores que en nuestro país se ha comenzado hasta hace poco a instituir el servicio social obligatorio de los alumnos egresados pero lo hacen únicamente durante dos meses al año).

Así mismo, el personal destinado a todos los servicios médicos rurales ha aumentado considerablemente y la preparación del mismo ha experimentado cambios radicales para que el trabajo que ellos rindan sea más amplio y efectivo.

La división de las dependencias de la Dirección General de Salud en Direcciones Regionales ha facilitado enormemente el control y aprovisionamiento de las dependencias menores, así como también ha contribuido a hacer más efectiva la administración de los programas sanitarios que antes eran inefectivos e incompletos. Al mismo tiempo, esta disposición permite de una manera bastante precisa evaluar las labores de Unidades y Puestos de Salud, conocer las necesidades de la población, orientar más definidamente la política de salud a nivel local y, lo que es más importante, proporcionar información detallada a los organismos superiores del Estado sobre las condiciones de salud de cada región, para que éstos puedan tomar medidas pertinentes o concebir nuevos planes paro aumentar o mejorar esos niveles de salud.

En síntesis, todos estos avances nos indican que la labor, a pesar de no contar con muchos puntos de apoyo, ha sido notablemente fructífera hasta el presente y que ella representa el esfuerzo combinado de muchas ideologías que tienden a mantener saludables a los habitantes del país.

Sabemos que existen algunas deficiencias en todos estos sistemas descritos las cuales, demasiado evidentes, se tratan de solucionar con la mayor rapidez posible y que han sido motivo de preocupación de parte de la ciudadanía en general. Veamos algunas de ellas.

Aspectos negativos:

Tenemos que reconocer que si bien la incidencia de algunas enfermedades tales como el Paludismo, Tuberculosis pulmonar, Sarampión, Tétanos, Tosferina, Difteria, Poliomielitis, etc. han disminuido considerablemente en los últimos años, hay otras que, por una u otra razón permanecen alarmantemente con una incidencia igual o superior que anteriormente: tales son las enfermedades de los sistemas gastrointestinal y respiratorio.

¿A qué factores será debida esta alta prevalencia?

Según algunas experiencias personales y de otros estudios que he consultado, notamos sin sorprendernos mucho, que estas enfermedades disminuyen o son menos frecuentes a medida que la población afectada va subiendo en la escala social de las comunidades. Esto quiere decir indudablemente que dos aspectos fundamentales, la educación y el aspecto económico, son los mayores determinantes del problema, aunque existan otros factores de menor importancia causal.

Es lógico suponer, entonces, que si queremos lograr una baja en la incidencia de estas enfermedades, tendríamos obligadamente que modificar de

manera un tanto radical los aspectos cultural y económico actuales de la población mayoritaria del país, que es la clase campesina.

Esto, evidentemente, sería una tarea a largo plazo y talvez nunca se llegarían a alcanzar niveles óptimos, pero al menos debemos de asumir que se necesitaría de reformas básicas en nuestros sistemas político-sociales para que ello se lograra realizar en menos tiempo.

Al parecer, existe en el ámbito nacional una especie de incertidumbre que flota tenuemente en el ambiente, sobre la política que ha seguido el Ministerio de Educación en los últimos años. Algunos sectores intelectuales han visto con creciente preocupación los deficientes sistemas con que se educa a la juventud de hoy día. Da la impresión de que se le está dando preferencia al insípido materialismo y se descuida mucho la enseñanza de valores morales, éticos, cívicos y filosóficos que más tarde llegan a tener fuerte repercusión en la sociedad misma y por consiguiente, también en la salud de esa sociedad.

De la misma manera, nuestros sistemas económicos permanecen en una inestabilidad casi permanente, al grado de que la desproporción entre el Capital y el Trabajo se mantiene estacionaria, dando por resultado que el ingreso anual per cápita aún continúe demasiado bajo

No pretendo querer transformar los sistemas educativos y económicos del país, pero considero que es muy importante el señalar estos aspectos que son altamente determinantes en el futuro de la nación, más que todo en el de la salud.

Otros factores que determinan en menor intensidad la prevalencia de las enfermedades tenemos que buscarlos en la población misma y en la manera que se ha educado médica e higiénicamente a las comunidades rurales.

Para que las campañas educativas tengan un mayor éxito se debe de comenzar por un entrenamiento especializado de las personas encargadas de llevarlas a cabo, tratando al mismo tiempo de que esos cargos se adjudiquen por capacitación personal y haciendo énfasis en los sentimientos de **responsabilidad y patriotismo,** pues creo que de esta manera podríamos obtener mejores resultados prácticos.

Las actividades educativas deberían de ser más frecuentes y periódicas con el objeto de "saturar" a la población rural de los conocimientos básicos sobre higiene personal y colectiva.

Sabemos que esta población se ha revestido desde hace muchos años de un manto de conformidad, indolencia y despreocupación, lo que por supuesto forma una barrera formidable con que se encuentra el educador sanitario.

Es contra este negativismo tan pernicioso que debemos de combatir, ya que es otro de los factores determinantes de la buena o mala marcha de los programas de salud. Esto se puede lograr perfectamente con la colaboración de todo el personal de Unidades y Puestos de Salud a un costo mínimo: bastaría la buena voluntad de dicho personal para que se comenzaran a poner en práctica grandes planes de educación higiénica.

Algunas veces se observa también la falta de apoyo de las autoridades locales, lo que hace que las labores de salubridad se vean más entorpecidas. Actualmente contamos con muchos municipios que han pasado por alto las obligaciones que tienen de apoyar totalmente los planes de salud local y los trabajos de saneamiento ambiental se realizan con múltiples dificultades, amén de que los resultados muchas veces son muy pobres o escasos.

Uno de los problemas que más a menudo se presentan es el control de basuras y de carnes, los que requieren una acción enérgica conjunta entre el municipio e inspector sanitario.

Compréndase la importancia que tiene el mantener bien controlados los depósitos de basuras, verdaderos crisoles donde germinan múltiples enfermedades, para que debamos preocuparnos porque este control sea lo más efectivo posible.

En Unidades y Puestos de Salud se está trabajando un poco más que en años anteriores, a pesar de que muchas veces no se cuenta con los elementos necesarios para ejercer una medicina verdaderamente científica.

Por ahora, no nos cabe duda alguna de que se han logrado muchas realizaciones y grandes adelantos en el mejoramiento de la salud pública de la actualidad, con relación a la situación de la misma hace veinte o treinta años.

Pero, ¿hemos adelantado, en realidad, lo suficiente como para poder decir que hay un balance positivo en favor de la salud de la poblacion? Hasta el momento lo único que podemos aseverar es que si bien se han logrado muchos resultados prácticos, aún queda mucho camino por recorrer y muchas deficiencias por corregir.

No basta la buena voluntad de todo el personal que trabaja en ello para salir victoriosos en tan titánica lucha, pues se necesita de la integración de muchos factores para que se lleguen a alcanzar realizaciones mayores y más efectivas.

4—LA MEDICINA RURAL EN EL FUTURO

Basados en algunas observaciones anteriores, podemos atrevernos a predecir, en parte, lo que será la medicina rural en años venideros. Así, nos es bastante fácil inferir que si las condiciones actuales se postergan, lógicamente tendríamos los mismos problemas y las mismas deficiencias que sufrimos en los días actuales, para los años futuros.

Afortunadamente, el Miniterio de Salud Pública y Asistencia Social a través de sus dependencias más inmediatas es capaz de cambiar fundamentalmente esas situaciones por medio de nuevas y mejores planificaciones, para lo cual está poniendo todo su empeño desde hace ya varios años.

Haciendo a un lado el sentido pesimista que a veces nos embarga, y analizando los adelantos actuales de nuestra medicina, tenemos la firme convicción de que esa medicina mejorará notablemente en los próximos cinco años: ya hay más consciencia en el personal que labora en Salud Pública en sus distintas dependencias y se han asentado principios éticos y morales sobre la sólida base del engrandecimiento de nuestros país y de la ayuda que nos debemos unos a otros como seres humanos que somos.

El panorama futuro de la Salud Pública del país se nos muestra bastante halagador y lleno de esperanzas. Contamos para ello con la experiencia de los años pasados, con evaluaciones estadísticas prometedoras y con un personal que tiene las mejores intenciones de trabajar larga e intensamente para que se consigan mejores niveles de salud en la población rural.

Para que nosotros podamos comprender un poco cuáles son los elementos que determinarán los alcances de los futuros planes de salud, y qué aspectos deberían de ser enfocados con más acuciosidad para mejorar un poco más las prestaciones asistenciales, es necesario que revisemos algunos importantes datos sin los cuales nos sería difícil hacernos una idea del futuro que espera a la medicina rural en años venideros.

Según censo de 1961, el país contaba con una población total de 2.510.984 habitantes, con una población urbana de 966.899 y una población rural de 1.544.085.

Para esta población de más de dos millones y medio de habitantes se encontraban ejerciendo legalmente la profesión médica alrededor de 532 mé-

dicos, entre áreas urbanas y rurales de todo el país. Si dividimos la población total entre el número total de médicos de ese año, el resultado es que a cada médico le correspondía atender la cantidad de 4.719 habitantes. A este agreguemos que estos 532 médicos se encontraban distribuidos de la siguiente manera:

Cuadro 1	Nº Médicos	%
San Salvador	387	72.7
Población "urbana" (Más de 10.000 Hab.)	122	22.9
Población "rural" (Menos de 10.000 Hab.)	23	4.4
TOTALES	532	100.0

(Ver cuadro detallado).

Según estas observaciones la situación de aquel entonces era la siguiente:

Población "urbana" ..... 966.899 hab. ..... 509 médicos.
Población "rural" ..... 1.544.085 " ..... 23 médicos.

Esto daría por resultado que en la población urbana había 1 médico para cada 1.899 habitantes, en tanto que para la rural, más numerosa, había 1 médico para cada 57.134 habitantes. (?) Nótese por estos datos la gran paradoja que existía en cuanto a la distribución de profesionales médicos para las dos grandes áreas de población del país en aquel año. Esto nos da una idea bastante clara del franco abandono en que se encontraban las zonas rurales.

En la actualidad el país cuenta con una población de más de tres millones de habitantes y con 769 médicos legalmente inscritos en el Consejo Superior de Salud Pública, de los cuales no todos se encuentran ejerciendo la profesión (fallecidos, becados, en el exterior, no ejercientes, etc).

Cuadro 2

Distribución numérica de médicos autorizados para ejercer, según lugar de su residencia. Consejo Superior de Salud Pública — Abril de 1964.

Población	Nº médicos	Población	Nº médicos
San Salvador *	387	Soyapango *	—
Santa Ana *	51	La Unión *	3
San Miguel *	14	Quezaltepeque * *	2
Sonsonate *	9	Sensuntepeque * *	3
Santa Tecla *	10	Chinameca * *	3
Villa Delgado *	—	Berlín * *	3
Mejicanos *	—	Zacatecoluca *	4
Ahuachapán *	10	Gotera * *	1
San Vicente *	6	Suchitoto * *	2
Chalchuapa *	5	Chalatenango * *	1
Usulután *	7	Atiquizaya * *	1
Santiago de María * *	5	Metapán * *	1
Cojutepeque *	3	La Libertad * *	1
TOTAL	532 médicos.		

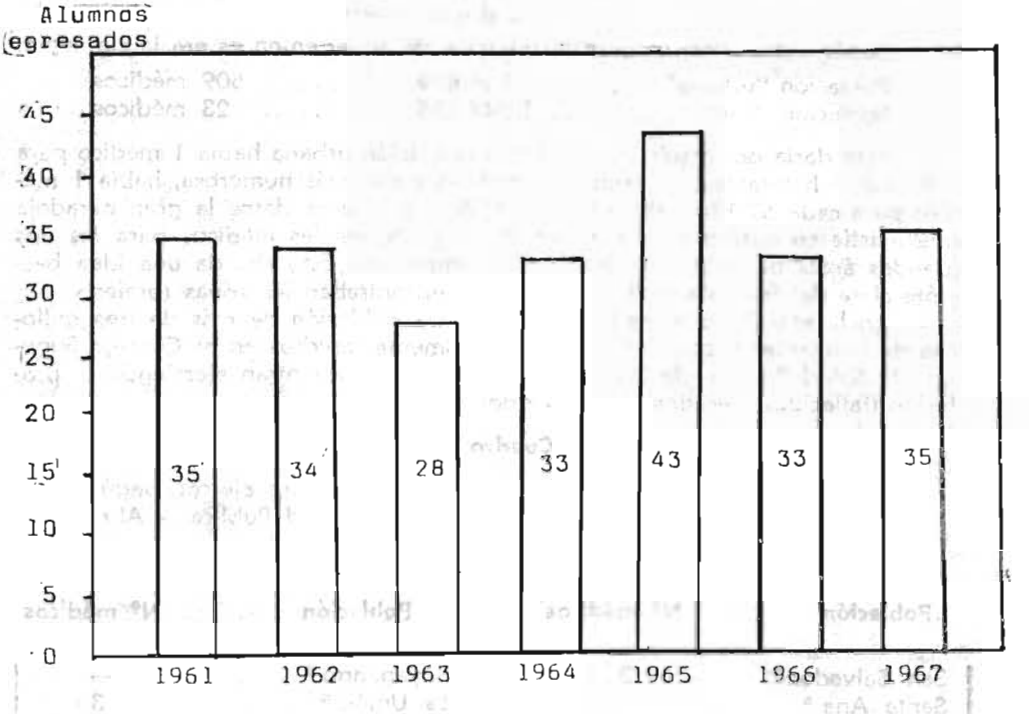
Notas: 1)— * Poblaciones de más de 10.000 habitantes. ("Urbanas").

2)— * * Poblaciones de menos de 10.000 habitantes. ("Rurales").

3)— Estos datos no representan el número real de médicos que ejercían en ese año, pues el cuadro anterior no ha tomado en cuenta a los estudiantes en Servicio Social, los cuales no estaban clasificados en el C. S. de S. P. y que trabajaban en áreas rurales. Es por esta razón que aparecen las cifras citadas en el cuadro 1.

GRAFICA 5

Alumnos egresados de la Escuela de Medicina, por año, de 1961 a 1967.



FUENTE: Secretaría de la Escuela de Medicina — 1968.

Esto entraña desde luego, un adelanto en los servicios médicos de que disfruta la población, y sin embargo aún no logramos niveles óptimos.

La Escuela de Medicina está egresando anualmente de sus aulas un promedio de 35 estudiantes que trabajarán en las áreas rurales al menos durante un año (véase gráfica 5) y para los años posteriores y gracias a la colaboración de una escuela más amplia, actualmente en construcción, se espera que este promedio sea por lo menos doble o triple.

De acuerdo con lo anterior, los médicos legalmente autorizados para ejercer la profesión tendrán que aumentar en años futuros lo que traerá consigo un aumento de las prestaciones médicas en las zonas rurales del país.

El presupuesto nacional para el ramo de Salud Pública para el año de 1961 fue de ₡ 18.430.115.00. Para el año de 1968 ha sido de ₡ 34.339.000.00, lo que aparentemente representa un aumento notable para las inversiones en Salud, pero si nos ponemos a analizar estas cifras veremos que en realidad el aumento no ha sido apreciable pues la población también ha aumentado y ese capital ha sido para sufragar el aumento de las necesiddes de esa nueva población. (Ver cuadro 3).

CUADRO 3

Cifras presupuestarias globales para el Ramo de Salud Pública. (1961-1968)

AÑO	Gastos de operación	Gastos de Capital	Gastos en salud per cápita	TOTAL
1961	₡ 6.079.509	₡ 906.500	₡ 7.29	₡ 18.430.115.00
1962	7.497.592	173.201	7.34	19.192.239.00
1963	7.258.272	180.512	7.45	20.287.318.00
1964	7.513.522	344.000	7.92	22.423.998.00
1965	7.739.880	400.000	7.90	23.142.462.00
1966	11.059.300	250.000	9.99	30.393.023.00
1967	11.059.300	250.000	9.67	30.393.023.00
1968	16.157.000		?	34.720.241.00

Lógico es suponer que si estas cifras aumentaran realmente en los próximos años, habríanse solucionado en gran parte los problemas económicos que confrontan los servicios de salud hoy día, ya que la deficiencia de personal, equipo, medicamentos, instrumental, etc., etc., serían menores y habría un mejor rendimiento en la asistencia médica.

Uno de los mayores problemas que tendrá nuestra medicina en todas las épocas futuras se refiere a la educación higiénica y a las condiciones ambientales de la población. De esto depende en gran parte que los niveles de salud en los próximos años sean superiores a los que tenemos en la actualidad.

Es fácil comprender que una población educada en este sentido y consciente de lo que significa el combatir y prevenir las enfermedades sería un medio sumamente propicio para el buen éxito de los programas de salud.

Si volvemos nuestra atención hacia páginas anteriores nos daremos cuenta que ésta sería una de las mejores maneras de llevar a la población rural hacia un standard de vida lo más cerca de lo ideal, que se traduzca en condiciones higiénicas adecuadas, viviendas más funcionales, enfermedades endémicas disminuidas. . .

El Plan Nacional de Salud adoptado para los años de 1965 a 1969 por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha contemplado diversos aspectos que tienden a remediar, aunque parcialmente, las deficiencias pasadas y actuales. Estos aspectos son:

1)—Aumentar el número de prestaciones médicas por medio de un "programa de penetración" formado por Unidades Móviles Rurales, según convenio con la A.I.D. de los Estados Unidos, suscrito en 1962 "por medio del cual se iniciaría en el país un nuevo programa que tendría por finalidad primordial llevar atención médica a todos aquellos núcleos rurales que carecen de ella y

que, por su distancia a los centros médicos no podían utilizarlos sino con suma dificultad".

Estas Unidades Móviles se encuentran funcionando de manera regular en Puestos de Salud pre-establecidos que carecen de un médico fijo que llegue a dar consulta. Cuando éste se hace cargo formal de ese Puesto de Salud, la Unidad Móvil deja de visitarlo y el puesto se convierte entonces en un dispensario permanente. Mientras tanto, la Unidad Móvil es destinada a otra comunidad que carezca de servicios médicos.

Con la continuación de este programa se logrará cubrir una población mucho mayor que disfrute de esta clase de servicios.

2)—Se decidió, "basándose en una distribución justa y lógica de servicios" la construcción de 18 Unidades y 32 Puestos de Salud durante los años de 1966 a 1967, distribuidos así:

REGION	UNIDADES	PUESTOS
Región Occidental	3	6
Región Central	5	7
Región p-central	6	10
Región Oriental	4	9

Este programa se planificó a un costo de ₡ 2.875.000.00, habiendo contribuido el país con el treinta por ciento del total tomado del presupuesto regular y el setenta por ciento en calidad de présamo a largo plazo de la A.I.D. para el gobierno salvadoreño, de manera que "en 1970 se tendría un sistema de hospitales, centros y Unidades de Salud nuevos, con capacidad mínima de servicio de 80 años".

Ahora bien, una vez terminados los proyectos de construcción de nuevos servicios asistenciales, las autoridades de la Dirección General de Salud sostienen que, por ahora, se encuentra cubierta casi toda el área territorial en el campo de la Salud Pública ("Con estos nuevos centros, agregados a los demás servicios actuales y planeados se cubrirá más del 80% de la población total del país), y que los proyectos futuros de inversión de capital se destinarán a mejorar las dotaciones actuales de los servicios: aumentando y adiestrando personal, mejorando equipos, mobiliario, medicamentos, etc.

3)—De notable repercusión en las áreas rurales sería la proyectada construcción de tres hospitales en las ciudades de Chalatenango, Usulután y Zacatecoluca. En el Plan antes citado, encontramos lo siguiente: "El total de los tres hospitales equipados se estima en ₡ 10.750.000.00; el 60% del costo se pagará por medio de un préstamo a largo plazo concedido por un banco de la República Federal Alemana. La construcción se iniciará en 1966 y se estima que se termine en 1967". Sin embargo, ahora en 1968 aún no hemos visto realizados estos magníficos proyectos, y los planes de salud se han visto notablemente retrasados. Idéntica situación han confrontado los Hospitales de San Miguel, Sonsonate y Ahuachapán, y que el Plan Nacional ya proyectaba "la necesidad de construir totalmente tres hospitales antiguos pero muy importantes...", en 1965.

4)—Con el aumento y mejora de los servicios asistenciales tendría que haber aumento en el número de consultas médicas totales, por lo que se elaboró el siguiente cuadro:

Cuadro 4

Pronóstico de Consultas-Quinquenio 1965-1969 (1)

REGIONES	AÑOS				
	1965	1966	1967	1968	1969
Occidental	331.088	341.021	351.252	361.790	372.644
Central	744.842	767.187	790.203	813.909	838.326
Para central	145.176	149.531	154.017	158.636	163.395
Oriental	210.102	216.405	222.897	229.584	236.472
Incremento nuevos establecimientos	... .	+ 72.834	++ 175.629	180.898	186.325
Total del país	1.431.208	1.546.978	1.693.998	1.744.817	1.797.162

Fuente. Dirección Gral. de Salud — Plan Nacional de Salud 1965-1969.

(1)—Según incremento de la demadna por crecimiento poblacional y el posible aumento de las horas-médico por consulta.

+ 2º semestre entran en funcionamiento 37 nuevos establecimientos (Puestos y Unidades de Salud).

++ 2º semestre entran en funcionamiento 13 nuevos establecimientos (Puestos y Unidades de Salud).

Como se puede notar, al menos teóricamente para el año de 1969 habrá un número bastante grande de población que será atendida médicamente.

5)—Lo mismo tendrá que ocurrir con el número de inspecciones de saneamiento, según el departamento de Planificación de Salud Pública:

Cuadro 5

Pronóstico de Inspecciones de saneamiento

REGIONES	1965	1966	1967	1968	1969
Occidental	74.530	82.250	82.250	82.250	77.100
Central	102.158	115.008	115.008	115.008	115.008
P. Central	33.410	43.690	43.690	43.690	82.250
Oriental	59.110	77.100	77.100	77.100	43.690
Total del País	269.208	318.048	318.048	318.048	318.048

Fuente: Dirección General de Salud — Plan Nacional de Salud 1965-1969. . .

Las cifras del cuadro anterior aparentemente no indican más que el aumento de inspecciones se verificará únicamente durante el año de 1966, pero dichas cifras indican aquí "realizaciones" durante esos años y no "estimaciones" en el sentido estricto de la palabra.

6)—El programa de vacunación se verá positivamente modificado en los próximos años, según lo demuestran los siguientes datos comparativos:

Cuadro 6

Pronóstico de Vacunaciones 1965-1969

	1965	1969
DPT (niños menores de cinco años)	87.250 (Total)	89.200 (Total)
BCG (0 a 40 años)	500.000 (Total)	500.000 (Total)
Antivariólica	412.000 (Total)	500.000 (Total)
Antitetánica (5-40 años)	78.900 (Total)	88.000 (Total)

Fuente. Dirección Gral. de Salud — Plan Nacional de Salud 1965-1969.

Nota: Los datos de los años intermedios se han omitido deliberadamente por no considerarlos necesarios en este estudio. En el original aparecen en 1969 como "rurales" las cifras de vacunación antivariólica y con BCG. Esto fue debido a un error de imprenta y la nominación adecuada es "total".

Esto significa un aumento considerable en las metas de vacunación. Aún más, estas cifras ya se sobrepasaron en 1968 por lo que se espera que la mayor parte de vacunación aumente más que lo planeado en 1965.

7)—En cuanto al aumento de personal en las dependencias de Salud Pública también se espera que haya un aumento bastante notable para suplir las necesidades actuales y las labores que traerá consigo la apertura de nuevas Unidades y Puestos de Salud (ver cuadro 7).

Cuadro 7

ESTIMACION DE NECESIDADES MINIMAS DE PERSONAL Y COSTOS
(para los próximos 5 años)

	1965	1966	1967	1968	1969	Mínimo Necesario por año		Salario Mensual		Aumento costo por año.
Médicos graduados	651	696	721	756	791					
Médicos en Servicio Social	35	35	35	35	35	35	¢	500.00	¢	210.000.00
Médicos en Salud Pública	23	24	25	26	27	1	"	1.500.00	"	18.000.00
Médicos Laboratoristas y Traumatólogos	4	5	6	7	8	1	"	1.500.00	"	18.000.00
Médicos Radiólogos	7	8	9	10	11	1	"	1.500.00	"	18.000.00
Médicos Patólogos	5	6	7	8	9	1	"	1.500.00	"	18.000.00
Odontólogos	48	53	58	63	68	5	"	200.00	"	12.000.00
Ingenieros Sanitarios	10	11	12	13	14	1	"	1.100.00	"	13.000.00
Enfermeras Graduadas	670	764	850	940	1030	90	"	200.00	"	120.000.00
Auxiliares de Enfermería	1541	1641	1741	1841	1941	100	"	125.00	"	150.000.00
Inspectores de Saneamiento	136	141	146	151	156	5	"	200.00	"	12.000.00
Educadores Auxiliares	7	8	9	10	11	1	"	500.00	"	6.000.00
Estadísticos	2	4	6	8	10	2	"	500.00	"	12.000.00
Auxiliares de Laboratorio	124	129	134	139	144	5	"	500.00	"	30.000.00
Auxiliares de Nutrición	6	7	8	9	10	1	"	500.00	"	6.000.00
Administradores	16	17	18	19	20	1	"	500.00	"	6.000.00
			TOTALES			250	"	10.825.00	"	745.200.00

Fuente: Plan Nacional de Salud 1965 - 1969: Dirección General de Salud

De esto podemos deducir que en los próximos años la medicina del país en general tendrá una evidente mejoría que se espera alcance de igual manera a las zonas rurales, ya que si revisamos detenidament el cuadro 7 notaremos que en el año de 1969 habría un gran aumento en el número de estudiantes en Servicio Social, el cual representa en nuestros sistemas sanitarios un verdadero médico rural que, aunque por corto tiempo, llevará sus servicios asistenciales a la población rural, la más necesitada del país.

8)—El aspecto económico, como ya lo mencioné anteriormente, es uno de los factores más determinantes para que los planes de salud marchen adecuadamente.

En este aspecto podemos decir que los presupuestos gubernamentales para el ramo de Salud Pública han tenido algunas variaciones que no han sido todo lo idealmente esperado para sufragar de manera más integral los servicios actuales. (Véase cuadro 3).

CUADRO 3

Cifras presupuestarias globales para el Ramo de Salud Pública. (1961-1968)

AÑO	Gastos de operación	Gastos de Capital	Gastos en salud per cápita	TOTAL
1961	₡ 6.079.509	₡ 906.500	₡ 7.29	₡ 18.430.115.00
1962	7.497.592	173.201	7.34	19.192.239.00
1963	7.258.272	180.512	7.45	20.287.318.00
1964	7.513.522	344.000	7.92	22.423.998.00
1965	7.739.880	400.000	7.90	23.142.462.00
1966	11.059.300	250.000	9.99	30.393.023.00
1967	11.059.300	250.000	9.67	30.393.023.00
1968	16.157.000		?	34.720.241.00

En 1961 el presupuesto fue de ₡ 18.430.115.00 y en el año de 1968 ha sido de ₡ 34.720.241.00, cifras que al verlas de manera global nos indican que ha habido un aumento considerable en dichas erogaciones, pero que este aumento es aparente si comparamos las distintas cifras destinadas a los servicios asistenciales en años anteriores, y al gasto en salud per cápita.

Se espera que los presupuestos de los próximos años sigan un curso ascendente, ya que según estimaciones determinadas en el Plan Nacional de Salud, las distintas dependencias necesitarán como mínimo, la cantidad de ₡ 35.047.468.00 para el año de 1969.

9)—Parte de ese presupuesto se utilizará de la manera siguiente:

Construcción de Hospitales:

San Miguel ..... ₡ 4.960.000.00 (")

Sonsonate ..... ₡ 1.162.500.00 (""")

Construcción, ampliación, remodelación de establecimientos ..... ₡ 400.000.00

Administración de proyectos de inversión..... ₡ 390.000.00

(")—A un costo total de ₡ 10.850.000.00 }
(""")—A un costo total de ₡ 2.324.500.00 } 1968-1969

Quizás valga la pena recordar nuevamente que estas inversiones habían sido planeadas antes de 1965 pero que hoy en la actualidad aún no hemos visto realizados los proyectos de construcción de los Hospitales mencionados, aunque parece ser que dentro de poco tiempo se iniciará la de los de Zacatecoluca y Usulután, proyectados para estar terminados en 1967.

Un detalle más de la estimación de Inversión son los datos siguientes:

CUADRO 8

Proyecto de Inversión

(Plan Nacional de Salud 1965-1969)

1969

Consultorio externo del Hospital de Santa Ana, Remodelación de la Unidad de Salud de La Palma, remodelación Servicios Hospital Rosales, integración de la Unidad con el Hospital de Chalchuapa	₡ 400.000.00
Se continúa construcción del Hospital de San Miguel	₡ 4.960.000.00
Se continúa construcción del Hospital de Sonsonate	₡ 1.162.500.00
Administración de la Inversión	₡ 390.000.00
Total.....	₡ 6.912.500.00

Es digno de mencionar un hecho de los más importante relacionado estrechamente con estos planes de inversión y la distribución adecuada de las sumas presupuestarias:

Durante los años de 1965, 66, 67 y 68 este Plan de Inversiones estimado por las autoridades de Salud Pública comprendió fuertes sumas de dinero destinadas a remodelación, ampliación y construcción de establecimientos. Estas sumas fueron:

1965	₡ 940.273.50
1966	₡ 400.000.00
1967	₡ 400.000.00
1968	₡ 400.000.00

Ahora bien ,estas cifras totalizaron una cantidad de ₡ 2.140.273.50 para tales obras, y en la página 15 del Plan citado dice textualmente: **"4—Plan de Inversiones.**—El diagnóstico de las condiciones de los establecimientos de salud, señaló antigüedad, deterioro, construcciones inadecuadas, con ausencia de un programa permanente de mantenimiento, remodelación y construcción; todas estas son condiciones que impiden actualmente un buen funcionamiento de los servicios y causas de insatisfacción para el público y el personal que los atiende".

En 1950, Hermann J. V. Grimmer, consultor técnico de Hospitales del Instituto de Asuntos Interamericanos ("Programa general de Hospitales genera-

les en El Salvador" Arch, Col. Médico Vol. 3 Nº 4, Dic. 1950) señaló lo siguiente: "El estado actual de los hospitales en El Salvador, con dos o tres excepciones, puede abarcarse en una sola determinación: derribarlos todos y construirlos nuevos!"

Con estas observaciones precedentes uno tiene que preguntarse: ¿Por qué, entonces, se sigue invirtiendo fuerte capital en remodelaciones o ampliaciones de algo que desde hace ya muchos años se viene condenando como inadecuado?

La respuesta es sencilla y única: falta de fondos económicos suficientes para iniciar totalmente una obra de tal magnitud por una parte, y por la otra, el deber que tiene todo planificador de hacer marchar un programa determinado con los recursos disponibles.

Esto fue, precisamente, lo que se delineó en el Plan Decenal de Salud, de resultados satisfactorios hasta ahora.

Es completamente lógico y natural que si se carece de algo tan sustancial como lo es el aspecto económico, se tiene que escoger el camino de mejorar lo ya existente, procurando proporcionar mejores prestaciones médicas a la población.

Habría que contemplar muchos otros aspectos de la medicina rural del futuro, pero creo que con los datos anteriores el lector puede formarse una idea bastante aproximada de lo que posiblemente ésta llegue a ser en los años venideros, o por lo menos eso es lo que esperan las autoridades sanitarias del país.

Confiemos, esperanzados, en que eso se llegue a alcanzar y que las enfermedades que hoy diezman a millares de campesinos anualmente sean combatidas con el mayor éxito posible, en bien de esa población sufrida y olvidada: la población rural.

5—PROYECCIONES SOCIALES

A través de la historia y de los años, nos encontramos hoy en un mundo congestionado por las sociedades mismas que lo integran, como una consecuencia de la evolución lógica, natural y necesaria que tiene que experimentar todo fenómeno vital.

Nosotros los salvadoreños, al fin humanos, no íbamos a escapar de esos postulados naturales.

Así nos encontramos integrando una sociedad mayoritaria y exigente, cuyo tren de vida le impone más y mayores esfuerzos para sobrevivir al medio hostil de los últimos tiempos.

Actualmente, los organismos estatales se encuentran ante el serio problema de mantener saludables a esos grupos humanos cada vez más numerosos. De ahí que surjan planes y proyectos que se adapten a las realidades nacionales.

Es innegable que cuando una población se logra mantener en condiciones saludables, la mano de obra, la agricultura, la industria y todas aquellas fuentes de trabajo que forman el patrimonio de una nación, tienen que experimentar notables avances que traen consigo un aumento de las fuentes de ingreso de la familia, entidad básica y funcional de todo sistema social.

Creemos que es función de todo gobierno el trabajar lo más que se pueda para lograr que el núcleo familiar se mantenga sano y económicamente estable.

Si realizáramos un breve análisis de todos los aspectos contemplados en páginas anteriores, podemos llegar a la conclusión, sin temor a equivocarnos mucho, que las labores que se han desarrollado en el plano de Salud Pública

hasta nuestros días, han tratado de conseguir el primero de esos objetivos a un plazo lo más corto posible.

Si nos pusiéramos a imaginar cómo sería un campesino de los años futuros, probablemente lo veríamos de la siguiente manera: un hombre moreno, fuerte y saludable, dispuesto siempre al trabajo; propietario de unas cuantas manzanas de terreno para sus propios cultivos, de una casa pequeña pero con su inodoro, su baño y dos o tres habitaciones; sus caites, reemplazados por calzado adecuado; su ropa, rústica pero eficiente; sus pequeños hijos, sonrientes y sanos, sin la cara y el vientre distendidos por los parásitos, sin los edemas de la desnutrición y sin las alas de la muerte sobre sus inocentes cabezas; su esposa, con el sonriente rostro de alguien que vislumbra un futuro mejor...

De esto a la realidad en que vivimos actualmente hay una distancia muy grande y al parecer inaccesible, pero al menos se está tratando de preservar y mantener la salud del grupo familiar, tan necesaria para el bienestar individual y colectivo. Las repercusiones sociales que pueda tener una campaña de salud técnicamente bien planificada y efectivamente realizada puede ser altamente determinante en el avance de la sociedad que pugna por deshacerse de tanto lastre que le impide alcanzar mejores niveles de vida. Bástenos imaginarnos a una población sana de cuerpo y espíritu para entrever los fenómenos que derivarían de este estado, en bien de todo un conglomerado o de un país.

Sin embargo ésto, que sería un gran adelanto, no es el único factor que determinaría por sí solo el estado económico-social de una nación, sino que sería concomitante o suplementario de otros movimentos de tipo político-social. Pero es necesario advertir la influencia decisiva que el estado de salud de un pueblo tendría en la vida misma y en el desarrollo de ese pueblo.

De esta manera, todas las costumbres ancestrales, tradiciones, conformismo, etc. etc. que minan la consciencia de nuestra población rural, tenderían a desaparecer por completo de la mentalidad del campesino, lograndose con ésto que esa población alcanzara más altos niveles de salud.

El mismo fenómeno se observaría en los demás campos de la vida rural y del pueblo en general.

Así, pues, es razonable presumir que si hasta ahora hemos experimentado grandes adelantos en el ramo de Salud Pública, tendríamos que esperar que esos adelantos rindieran sus mejores frutos en los años futuros para llegar a constituir un país que se acerque positivamente a un índice de bienestar lo más adecuado posible, similar al de otras naciones más desarrolladas. Para que estas metas se logren alcanzar, deberán de pasar muchos años de intensas luchas y privaciones; deberá de ponerse todo el empeño colectivo sin ninguna clase de egoísmos, y deberá de existir la mejor buena voluntad entre gobernantes y pueblo, si queremos llevar al país por amplios derroteros con que alcancemos mejores condiciones de vida y de salud, dentro de nuestras escasas posibilidades.

Mientras tanto, dejo ante el espíritu inquieto del lector, estas palabras del doctor Andreas Korchoff B. quien, como todo individuo interesado en los problemas que he tratado de exponer en este corto trabajo, nos dice:

> "El medio rural es el más bello exponente para un médico con entusiasmo de trabajar en pro de una Patria saludable y por lo tanto próspera".

6 — RESUMEN Y CONCLUSIONES.

En el presente estudio se ha tratado de exponer, aunque de manera breve, las situaciones que ha confrontado nuestra medicina rural en las distintas épocas por las que ha pasado: desde sus inicios hasta la situación actual y la posible situación futura. También ha sido objeto de singular interés y preocupación, el señalar hasta qué punto hemos adelantado en materia de Salud Pública, señalando algunas de las deficiencias actuales que sufren los servicios de asistencia médica y el papel importantísimo que juegan el ambiente, el status económico, la educación, etc. en los planes de salud y en la prevalencia de algunas enfermedades.

Se ha pretendido hacer alguna crítica a nuestros sistemas sanitarios, con el sincero y único objeto de que la situación tan precaria por la que han atravesado las zonas rurales se llegue a mejorar en años posteriores.

Se ha insistido, así mismo, sobre la premiante necesidad que existe de mejorar las condiciones ambientales e higiénicas del campesino, así como también tratar de interesar a todas aquellas personas de las que depende, en mayor o menor grado, que estos objetivos lleguen a realizarse.

En el mismo estudio y a través de un análisis cuidadoso de los hechos en él presentados, se llegó a las siguientes conclusiones:

(1)—Los adelantos comparativos que ha experimentado la medicina rural desde sus inicios hasta el presente han sido variados y notables;

(2)—Estos adelantos se han sucedido de manera progresiva y eficiente, pero muy lenta;

(3)—El ambiente rural determinante de la prevalencia y desarrollo de las enfermedades, se ha visto modificado parcialmente en bien de las comunidades, pero faltando aún mucha labor por realizar para alcanzar mejores resultados;

(4)—Los medios con que se cuenta actualmente para ejercer la medicina científica en mejor forma son en parte, deficientes y anticuados;

(5)—A pesar de ello, los resultados obtenidos con esos escasos medios han sido bastante halagadores en todas las zonas rurales del país;

(6)—El panorama de la Medicina Rural en el futuro se nos muestra, de manera inequívoca, sumamente prometedor, toda vez que los planes y proyectos elaborados para los años por venir se realicen a completa cabalidad;

(7)—Se espera que en años posteriores los niveles de salud de la población rural aumentan considerablemente;

(8)—Es evidente que un plan de salud que ha rendido buenos resultados en la práctica, puede tener grandes repercusiones sociales y económicas, capaces de transformar completamente las condiciones de vida de una nación.

7 — COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES.

El trabajo de tesis presentado no ha pretendido ser un verdadero tratado que oriente las futuras actividades en el campo de la Salud Pública. Simplemente ha sido una reseña bastante breve de las condiciones de salud en que se encuentran las áreas rurales del país en general.

Tampoco ha pretendido ser un estudio de crítica severa para todas aquellas personas o situaciones que, por razones totalmente alejadas de sus buenos principios, se puedan sentir responsables de que esas situaciones aún subsistan. Por el contrario, se ha tratado de exponer experiencias apegadas a nuestra realidad nacional en que vivimos, con el único objeto de evaluar de manera concienzuda si las deficiencias actuales puedan corregirse a través de los años, en pro del engrandecimiento patrio.

Si en algunos capítulos se han encontrado deficiencias de información o

sentido, lo atribuyo en parte a las fuentes de las que tomé los datos para elaborarla, y en parte a mis reducidas capacidades de analista.

Se ha querido presentar aquellas condiciones que se adaptan a la generalidad de las distintas zonas rurales del país. Si algunas de esas zonas se encuentran actualmente en mejores situaciones que otras, es debido probablemente a la iniciativa propia de sus habitantes, ayudados por otras entidades nacionales o extranjeras que se han preocupado por ayudar a obtener mejores niveles de salud local.

Algunos datos estadísticos se han omitido deliberadamente en el estudio por considerarse no esenciales para los fines perseguidos. El lector más acucioso puede consultar la bibliografía anotada al final de este trabajo, a fin de poder contestarse más satisfactoriamente las posibles dudas que haya tenido en determinado tema.

RECOMENDACIONES.

1—Orientar al estudiante de medicina en Servicio Social antes de que haya abandonado la Escuela sobre la realidad de las áreas rurales y lo que se espera de él en cuanto a Salud Pública y Medicina Preventiva se refiere;

2—Insistir con las autoridades de la Escuela de Medicina sobre la necesidad de tener un contacto más estrecho y periódico con sus estudiantes en servicio social, a fin de analizar la labor que ellos están realizando y solucionar los problemas que encuentran en su práctica rural;

3—Exigir a todo estudiante que haya terminado su año de servicio social una pequeña MEMORIA sobre el trabajo realizado durante ese año, con el objeto de tener un "indicador" que muestre hasta qué punto se ha beneficiado la comunidad en que se residió y cuáles son las posibles deficiencias que quedaron al momento de retirarse;

4—Insistir sobre la conveniencia y necesidad de mejorar la asistencia médica, sanitaria y preventiva de las zonas rurales y especialmente la de cantones y caseríos;

5—Orientar intensivamente a la población rural por medio de campañas educativas, a fin de que tengan consciencia de lo que significa el preserver y conservar la salud de la familia y de la comunidad;

6—Proporcionar mejores dotaciones de equipo y medicamentos a Unidades y Puestos de Salud, con el objeto de que éstos cumplan mejor con su cometido de prestaciones médico-asistenciales;

7—Insistir sobre el mejoramiento de todas aquellas situaciones relacionadas directa o indirectamente con la salud de la población;

8—Insistir sobre la conveniencia que tiene el interesar a las comunidades respectivas de solucionar en conjunto los problemas locales de salud;

9—Interesar a los futuros médicos egresados de nuestra Universidad sobre el ejercicio de la profesión en las zonas rurales, a fin de disminuir el fenómeno de la centralización de nuestra medicina;

10—Insistir en el médico que ejerce en estas zonas sobre la conveniencia que tiene el practicar en mayores proporciones la Medicina Preventiva entre la comunidad rural, pues es de la mjeor manera que se lograrán resolver una buena cantidad de los problemas de salud de la misma;

11—Aumentar o continuar todas aque'las actividades o proyectos a nivel local que irían en benificio de la salud de la comunidad y a la solución de los problemas sanitarios.

BIBLIGRAFIA

1— **Abel-Smith, Bryan.:** "El precio de los servicios sanitarios" Cuadernos de Salud Pública, 17:12-14-25-89, 1964.

2— **Allwood Paredes, Juan.:** "Orientaciones y métodos en la enseñanza de la Medicina Preventiva o social y la Solud Pública en algunas escuelas de EE. UU. de América y Europa". Arch. Col. Médico El Salvador, 12 (1): 42 52, 1959.

3— **Caballero Hernández, Juan de Dios.:** "Memorias de un año de Servicio Social en el municipio de Opico. Año 1961". Tesis doctoral, Febrero 1963.

4— **Canelo, Menándro** A.: "Los servicios médico-rurales de Salud Pública y la Medicina Popular. Estudio de cinco comunidades del departamento de San Miguel". Tesis doctoral, Diciembre 1960

5— **Dubos, René.:** "El hombre y su ambiente. El conocimiento biomédico y la acción social". Organización Panamericana de la Salud, 1966.

6— **Espinoza, José Francisco.:** "Comentarios generales sobre el Servicio Social que presta el estudiante de Medicina. Estudio de una zona del país". Tesis doctoral, 1958.

7— **Gasset, J. Ortega y.:** "La rebelión de las masas". 37ª Edic. en castellano, Madrid. Revista de Occidente, 1963. Pág. 52.

8— **Gavidia, J. Manuel.:** "Factores económicos y Salud Rural en El Salvador". Tesis doctoral, 1964.

9— **González, C. L.:** "Las campañas de masa y los servicios sanitarios generales". Cuadernos de Salud Pública, 29:13-17-22-23, 1966.

10— **González, Carlos Luis.:** "Atención médica de la población dispersa. Experiencia de Venezuela". Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 64 (2): 93-102, Febrero 1968.

11— **Grimmer Jr.,** J. V.: "Programa Nacional de Hospitales en El Salvador". Arch. Col. Méd. El Salvador, Vol. 3 Nº 4, Diciembre, 1950.

12— **Handal, Neyib Jacobo.:** "Servicio Social en San Sebastián, departamento de San Vicente". Tesis doctoral, Diciembre, 1960.

13— **Harvey, F. Ludwig y Alfred W. Jorgensen.:** "Método global para establecer sistemas rurales de abastecimiento de agua". Boletín de la O. S. P., 64(6): 509-518,Junio 1968.

14— **Maestre, Luis Díaz.:** "Mi Servicio Social en la Standard Fruit Company". Tesis doctoral, 1961. Honduras.

15— **Martínez C., Juan Ramón.:** "Ruralismo-Expresión recíproca al urbanismo". Primer Congreso Nacional de Ingeniería. San Salvador, El Salvador, 1968.

16— **Martínez Durán, Carlos.:** "Historia de la Medicina en Centro América". El Médico, 6 (5), Feb. 1962.

17— **Pacheco Araujo, José.:** "Descripción de los servicios méd[illegible]les. Sugerencias sobre su posible implantación en El Salvador". [illegible] Col. Méd. El Salvador, 2 (4): 219-242, Dic. 1949.

18— **Robert, Doris E.:** "El personal de enfermería en los servicios de sanidad y en los ambulatorios. Métodos de estudio". Cuadernos de Salud Pública, 21:12-13-14-23-86, 1965.

19— **Rochac, A.:** "Aspectos económicos de los servicios de salud en los áreas rurales". Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 64 (1): 52-68, 1968.

20— "Los servicios de Sanidad Rural en Latinoamérica". Crónica de la O. M. S., 22 (6): 296-300, 1968.

21— "Sistemas para aumentar la cobertura de los servicios de Salud en las áreas rurales". Discusiones técnicas de la XVII reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Informe final. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 64 (1): 1-6, 1968.

22— "Capacitación de ingenieros en saneamiento del medio". Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 65 (1): 64-70, 1968.

23— "Las condiciones de Salud en las Américas 1961-1962". Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones científicas Nº 104, Agosto de 1964.

24— "Las condiciones de salud en las Américas 1961-1964". Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones científicas Nº 138, Agosto de 1966.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
BIBLIOTECA CENTRAL
DEPTO.
TESARIO