

081073

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

ES 2

FACULTAD DE MEDICINA

# Estudio sobre El Centro de Salud de Chalatenango y sus Proyecciones Futuras.

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

MARIANO CACERES PRENDES

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

MAYO DE 1967



UES BIBLIOTECA CENTRAL  
  
INVENTARIO: 10123892

U N I V E R S I D A D   D E   E L   S A L V A D O R

Rector:

DR. ANGEL GOCHEZ MARIN

Secretario General Interino:

DR. MARIO FLORES MACAL

F A C U L T A D   D E   M E D I C I N A

Decano:

DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ

Secretario:

Dr. ENRIQUE MUYSHONDT C.

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

CLINICA MEDICA

Presidente: Dr. Luis Edmundo Vásquez  
Primer Vocal: Dra. Adela de Allwood  
Segundo Vocal: Dr. Roberto Hasbún

CLINICA QUIRURGICA

Presidente: Dr. Carlos G. Bonilla  
Primer Vocal: Dr. Fernando Alvarado Piza  
Segundo Vocal: Dr. Guillermo Rodríguez Pacas  
•

CLINICA OBSTETRICA

Presidentes: Dr. Roberto Orellana  
Primer Vocal: Dr. Raúl Argüello Escolán  
Segundo Vocal: Dr. Armando Vaquerano

JURADO DE TESIS

Presidente: Dr. Alberto Aguilar Rivas  
Primer Vocal: Dr. Roberto Arévalo  
Segundo Vocal: Dr. Tomás Palomo Alcaine

DEDICATORIA

A mis padres:

DR. TOMAS MARIANO CACERES  
LUZ PRENDES DE CACERES

A mi novia:

MARIA LUISA URQUILLA

A mi abuela:

CONCEPCION v. DE CACERES

A mi tía:

MARIA PRENDES

A mis hermanos.

A mis familiares.

R E C O N O C I M I E N T O S

A mis jurados de Tesis Doctoral, especialmente al Sr.

DR. ALBERTO AGUILAR RIVAS

A mi querido Profesor

DR. LUIS EDMUNDO VASQUEZ

Al Señor Director del Centro de Salud de Chalatenango

DR. GUSTAVO MEJIA DUARTE

## PLAN DE TRABAJO

- I - INTRODUCCION
  - a) Consideraciones generales
  - b) Datos biográficos del Departamento de Chalatenango
  - c) Historia del Centro de Salud
  - d) Descripción del Centro de Salud
  
- II - ESTUDIO SOBRE LA PATOLOGIA DEL CENTRO DE SALUD DE CHALATENANGO.
  
- III - ESTUDIO SOBRE LA HOSPITALIZACION EN EL CENTRO DE SALUD DE CHALATENANGO.
  
- IV - INFLUENCIA DE LA DISTANCIA SOBRE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.
  
- V - EVALUACION DEL CENTRO DE SALUD, Y SUS PROFECCIONES FUTURAS.
  
- VI - RESUMEN Y CONCLUSIONES.
  
- VII - BIBLIOGRAFIA.

## I - INTRODUCCION -

### a) Consideraciones generales -

Cuando el autor del presente trabajo decidió hacer un estudio sobre el Centro de Salud de Chalatenango, quiso que éste fuera elaborado de tal manera que pudiera servir de ayuda al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, al tratar de mostrar las características más sobresalientes de las actividades que se realizan durante un año en dicho centro.

Aunque el lector encuentre muchos de los datos que se han recogido y tabulado en el presente trabajo, obvios y lógicos, no se había efectuado anteriormente un estudio que demostrara con datos concretos la realidad de dichos problemas. Es por eso que se encontrarán en este estudio consideraciones con respecto a situaciones tanto del Centro de Salud como del Departamento al cual presta sus servicios.

A los médicos que en el futuro llegarán al Centro de Salud de Chalatenango espero que este estudio sirva como un medio para dar información que indudablemente les ayudará a realizar sus labores de una manera consciente y con un panorama más amplio en lo concerniente a los problemas que desde el punto de vista médico-asistencial existen en el Departamento de Chalatenango y que por consiguiente afectan su Centro de Salud.

Los datos que se han obtenido, se han recopilado todos al azar, basados unos en el censo diario de consultas externas en los que se han tomado uno de cada cinco números de archivo, y otros del registro de egresos diarios en los que se han tomado uno de cada dos. La cantidad de ambos ha sido suficiente como para ser considerados muestras representativas. Cada uno de estos números ha sido buscado personalmente en el archivo del Centro de Salud y analizado en todos sus aspectos, habiendo sido sus datos tabulados y revisados por el Departamento de Estadística de la Dirección General de Salud.

Me resta nada más agradecer la amable y desinteresada colaboración del Director del Centro de Salud de Chalatenango, Dr. Gusta

vo Mejía Duarte, así como de su personal administrativo. De la misma manera quiero hacer extensivos mis agradecimientos al Dr. Alberto Aguilar Rivas, Secretario Coordinador del Departamento de Planificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y a su personal, que con su ayuda han contribuido a la buena orientación y desarrollo del presente trabajo.

b) Datos biográficos del Departamento de Chalatenango -

Chalatenango es un Departamento situado en la Zona Central de la República, está integrado por los Distritos de Chalatenango, Tejutla y Dulce Nombre de María; el primero de ellos comprende los Municipios de Chalatenango, que es la Cabecera Departamental y Distrital, Arcatao, San Isidro Labrador, Nueva Trinidad, San José Las Flores, Concepción Quezaltepeque, Nombre de Jesús, San Antonio Los Ranchos, El Carrizal, San Antonio de la Cruz, Las Vueltas, Potonico, San Luis del Carmen, Azacualpa, San José Cancasque, San Miguel de Mercedes, San Francisco Lempa y Ojos de Agua; el segundo comprende: Tejutla, Cabecera Distrital, Nueva Concepción, Citalá, La Palma, La Reina, San Ignacio y Agua Caliente; y el tercero: Dulce Nombre de María, Cabecera Distrital, San Fernando, El Paraíso, San Francisco Morazán, San Rafael, Santa Rita, Comalapa y La Laguna.

El Departamento de Chalatenango se fundó con la unión de los partidos de Chalatenango y Tejutla el 14 de febrero de 1855, desmembrándolo del Departamento de Cuscatlán. Su cabecera departamental que lleva su mismo nombre es población precolombina fundada por lenca y luego poblada por pipiles; en Nahuatl su nombre significa "Valle de Ríos y Arenas". En 1770 era importante Cabecera de Parroquia. El Barón de Garadalet en 1791 mandó varias familias blancas a poblar esta región, con el objeto de explotar la elaboración del añil que era muy codiciado en América y Europa. Ha sido teatro de varias batallas y participó en forma activa en el movimiento libertario de 1811.

Este Departamento tiene una extensión aproximada de 2.116.78



km<sup>2</sup>. Su población según el Tercer Censo Nacional de Población de 1961 es de 129.897 habitantes, 65.309 masculinos y 64.598 femeninos.

Sus límites jurisdiccionales son: Al Norte y al Este con la República de Honduras; al Sur con los Departamentos de Cabañas, Cuscatlán, San Salvador, La Libertad y Santa Ana, y al Oeste nuevamente con el Departamento de Santa Ana.

Cuenta con dos carreteras importantes: la Troncal del Norte que va de San Salvador a la frontera con Honduras por el lado de Ocotepeque; y el ramal de la troncal a Chalatenango que parte del desvío del Quitasol a la ciudad de Chalatenango. Las demás vías de comunicación son en general malas, excepto las de algunos municipios, especialmente los cercanos a la Cabecera Departamental.

### c) Historia del Centro de Salud -

La Historia del Centro de Salud de Chalatenango se puede dividir en dos etapas. La correspondiente a antes de 1942 en que se contaba con muy escasos recursos médico-asistenciales y la siguiente a esa fecha, en que llegó como Director del Centro el Fr. Carlos G. Moisa, hasta nuestros días.

Médicos que realizaron meritoria labor antes de dicho galeno fueron los doctores: Pedro Mendoza, Carlos Fishnaler, Francisco Peña Trejo, Gustavo Marroquín, Carlos Federico Reyes, Domingo Bolaños, Humberto Yúdice, Manuel de J. Zamora, Humberto Vásquez, y Roberto Bracamonte Benedic.

Desde el año de 1942 el Centro de Salud funcionó con el nombre de Hospital "San Antonio" y funcionaba como entidad separada de la Delegación de Sanidad, Gota de Leche, pero desde 1944 funcionó como una sola entidad bajo la dirección del Dr. Carlos Antonio Guerrero.

En 1946, siendo director el Dr. José María Fiallos, se construyó la Sala de Operaciones con ayuda de amigos del Hospital.

Desde 1947 a 1948 fue Director el Dr. Rafael García Velis.

Desde 1948 al año de 1952 fue Director del Hospital el señor Francisco Alvergue, separándolo de Delegado de Sanidad y Gota de Leche de la que fueron directores los doctores: Rafael Samayoa de 1948 a 1951 y el Dr. Donaldo Moreno Bulnes desde 1951 al año de 1953.

En 1952 fue Director del Hospital el Señor Edmundo Melgar, continuando con iguales cargos el Dr. Moreno Bulnes.

En 1953 fue Director del Hospital el Señor Francisco A. Durán, y el Dr. Luis Angel Romagoza fungió como Director de la Gota de Leche y Delegación de Sanidad. Sin embargo un año más tarde, el Dr. Romagoza pasó a ser al mismo tiempo, Director del Hospital, que desde esa fecha tomó el nombre de Centro de Salud, con el que se le conoce hasta nuestros días.

La situación del Centro de Salud no se modificó ostensiblemente, hasta que en 1954 llega el Dr. Alejandro Gamero Orellana como primer médico en servicio social que llegaba al Centro de Salud, siendo siempre su Director el Dr. Romagoza.

Sustituyó al Dr. Gamero Orellana el Dr. Mario Víquez, desde 1955 hasta 1957, siendo sustituido por el Dr. Alfredo Choto Pérez quien además asumió el cargo de Director del Centro de Salud hasta 1963. Es digno además de mencionar que desde esa época la situación quirúrgica se modificó notablemente, ya que hasta esa fecha sólo se practicaba cirugía menor, la modificación consistió esencialmente en la remodelación y adquisición de nuevo equipo quirúrgico, donado por el Señor Don Walter Deininger, habiendo sido ocupado en la primera cesárea por los doctores: Choto y Alfonso Moncada, en ese tiempo Médico en Servicio Social.

Desde 1959 hasta 1960 llega en Servicio Social el Dr. César Zúñiga Guidos, quien es sustituido por el Dr. Gustavo Mejía Duarte con quien llega al mismo tiempo otro médico en Servicio Social, el Dr. José Fausto Cisneros. Esta época es de importancia por existir por primera vez tres médicos dispensando atención médica en el Centro de Salud, con las mejorías correspondientes.

En 1962, estando ausente el Dr. Mejía Duarte, llega en Servicio Social el Dr. Humberto Osorio, pero en 1963 nuevamente regresa aquél para tomar el cargo de Director, que asume hasta el momento actual. Tuvo como médicos internos a los doctores Cisneros y Osorio, añadiéndose la Dra. Laura Fonserrat Rodríguez, siendo ésta la primera mujer en Servicio Social que ha llegado al Centro de Salud hasta el momento.

Durante el año de 1964, sólo fungieron los doctores Mejía Duarte y Cisneros, hasta agosto del mismo año en que éste es sustituido por el Dr. Godofredo Renderos Merino.

A mediados del año de 1965, se suma otro médico en Servicio Social, el Dr. José Salvador Campos Valle, y en junio de 1966 son sustituidos los doctores Campos Valle y Renderos por el Dr. Hernando Valverde Coronado y el suscrito.

Es digno de mención que durante la dirección del actual Director, el Centro de Salud ha tenido modificaciones sustanciales redundando en mejorías tanto administrativas como médico-asistenciales. Se han construido edificios para Oficina de Administración, Dirección, Comedor de Enfermeras, Cuarto de Médicos Internos, Lavandería y además se ha aumentado el número de intervenciones de Cirugía Mayor.

Sin embargo, actualmente el Centro de Salud no deja de ser un caserón mal acondicionado para prestar atención médico-asistencial a una población de aproximadamente 130.000 almas.

d) Descripción del Centro de Salud -

El Centro de Salud está constituido por dos secciones principales: la parte Médico-Asistencial y la Sección de Saneamiento. La primera de ellas comprende los consultorios en número de tres en que se dispensan consultas de carácter general, ya que no existen especialidades de ninguna clase; la sección de archivos a cargo de una archivadora, persona entrenada para esas labores. (Hasta los prime-

ros meses en 1967 el sistema de archivo era del tipo familiar en que bajo un mismo número se archivaban los registros y fichas médicas de todas las personas que vivían bajo un mismo techo. Esto indudablemente hizo del presente trabajo una labor ardua y difícil de realizar). Luego tenemos el gabinete dental con sala de espera, pobremente equipado y a veces sin los elementos esenciales. A continuación las secciones de Farmacia, a cargo de una persona entrenada, y la de Laboratorio, en la que una Técnica Laboratorista realiza exámenes de orina, hemogramas, heces, antígenos febriles y hematozoarios. Luego está la sala llamada de Inyectables en donde se realizan vacunaciones, curaciones y diversas inyecciones y que además por contar con dos camas, se ocupa en casos de emergencia, para alojar pacientes, ya sea para ser ingresados subsecuentemente o para ser tenidos en observación según el caso.

Cuenta además con un antiguo aparato de fluoroscopia que se emplea en casos de emergencia como ayuda diagnóstica. En el mismo local hay un aparato de Rayos X inservible.

Las camas de los servicios médico-quirúrgicos no son empleadas todo el tiempo de una manera estrictamente especializadas, empleándose según sean las necesidades, camas de uno para recibir pacientes de otro. Estos servicios comprenden una Sala de Pediatría con diez cunas para niños de edad preescolar y escolar. Muchas veces en casos de enfermedades infecto-contagiosas los niños tienen que ser ingresados y aislados en la Capilla o en el corredor adyacente a la misma, aislamiento que no ofrece albergue adecuado. Para la Sala de Maternidad, se cuenta con seis camas, cantidad muy insuficiente para atender las pacientes de esta especialidad que, como se verá en el presente estudio, constituyen la causa de mayor hospitalización en el Centro de Salud. Luego tenemos la Sala de Medicina y Cirugía Hombres con doce camas y la Sala de Medicina y Cirugía Señoras con doce camas también. Entre las dos salas antes mencionadas se encuentran los servicios sanitarios.

La Sección de Saneamiento esta a cargo de dos inspectores y está localizada en un mismo cuarto con la Administración a cargo

una Administradora.

Por último tenemos la Oficina de Enfermeras, Comedor de Médicos Internos, Pensionado General con dos camas, Dormitorio de Médicos Internos, Comedor de Enfermeras, Lavandería y Cocina, ésta última adyacente a la Sala de Pediatría.

POBLACION DEL DEPARTAMENTO DE CHALATENANGO Y  
SUS MUNICIPIOS URBANOS Y RURALES

	TOTAL	URBANA	RURAL
	Ambos Sexos	Ambos Sexos	Ambos Sexos
Chalatenango	129 897	35 501	94 396
Agua Caliente	5 026	942	4 084
Arcatao	4 773	1 532	3 241
Azacualpa	1 272	897	375
Citalá	3 969	954	3 015
Comalapa	2 878	536	2 342
Concepción Quezaltepeque	4 254	2 314	1 940
Chalatenango	14 137	5 332	9 805
Dulce Nombre de María	3 875	1 321	2 554
El Carrizal	2 012	456	1 556
El Paraíso	2 242	952	1 290
La Laguna	2 444	600	1 844
La Palma	5 255	1 464	3 791
La Reina	5 712	1 208	4 504
Las Vueltas	3 253	365	2 888
Nombre de Jesús	3 683	621	3 062
Nueva Concepción	14 875	2 873	12 002
Nueva Trinidad	4 389	203	4 186
Ojos de Agua	2 709	1 013	1 696
Potonico	3 141	1 054	2 087
San Antonio La Cruz	2 285	174	2 111
San Antonio Los Ranchos	1 794	1 431	363
San Fernando	1 800	499	1 301
San Francisco Lempa	883	637	246
San Francisco Morazán	3 065	681	2 384
San Ignacio	3 971	859	3 112
San Isidro Labrador	2 271	458	1 813
San José Cancasque	2 750	1 054	1 696
San José Las Flores	3 298	509	2 789
San Luis del Carmen	2 165	781	1 384
San Miguel de Mercedes	2 231	930	1 301
San Rafael	2 822	1 465	1 357
Santa Rita	2 555	466	2 089
Tejutla	7 108	920	6 188

II - ESTUDIO SOBRE LA PATOLOGIA DEL CENTRO DE SALUD DE CHALATENANGO.

Para analizar la patología del Centro de Salud, el autor hizo una revisión de la consulta externa. Para ello estudió 1563 Expedientes Clínicos tomados al azar, teniendo como base el censo diario de consultas, del que se fueron tomando uno de cada cinco números de archivo. La cantidad de 1563 expedientes clínicos se ha considerado representativa de una muestra de aproximadamente 12.000 consultas que son dispensadas en un año.

Con los 1563 expedientes clínicos se tomaron en cuenta el o los diagnósticos con un total de 1729. Este total de diagnósticos se agrupó en 156 causas, las que se tabularon con respecto a edades, sexo y lugar de procedencia (urbanos-rurales-foráneos y desconocidos).

En el presente trabajo se entienden por urbanos a aquellas personas residentes en algún Municipio del Departamento de Chalatenango; rurales a los residentes no en Municipios, pero siempre en el Departamento; foráneos a las personas con domicilio conocido no residentes en el Departamento; y desconocido a la persona de domicilio ignorado.

DISTRIBUCION POR SEXO Y EDADES DE 1563 PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA

Edad	Masculino	Femenino	Total	%
0 - 1	101	80	181	11.6
1 - 4	132	114	246	15.7
5 - 14	124	105	229	14.6
15 - 29	129	316	445	28.5
30 - 49	107	199	306	19.6
50 - 69	71	63	134	8.5
70 y más	16	6	22	1.5
Total	680	883	1 563	
%	43.5%	56.5%	100.%	

Comentando el Cuadro N° 1, tenemos que no hay una diferencia muy significativa entre los sexos, pero si predominancia del femenino. Con respecto a las edades, observamos la mayor afluencia de pacientes comprendidos entre los grupos etarios de 15 a 29 años y de 30 a 49 años. Este aumento peculiar entre estas edades y considerando que es debido a predominio del sexo femenino, encuentra su explicación, como veremos más adelante, en la gran afluencia de pacientes con problemas de índole gineco-obstétrico comprendidos entre estas edades.

Con lo que respecta a la procedencia de los pacientes estudiados, tenemos que de los 1563 expedientes clínicos estudiados, 65 eran foráneos y 9 desconocidos.

CUADRO SEGUN PROCEDENCIA DE 1563 PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA

Procedencia	Total	%
Urbanos	766	48.7
Rurales	723	46.3
Foráneos	65	4.4
Desconocidos	9	0.6
Total	1 563	100.0

Cuadro N° 2

Observando el Cuadro N° 2, vemos que los datos antes apuntados corresponden al análisis general de ellos. Es decir referidos al número total de pacientes estudiados. Sin embargo, nuestro interés reside esencialmente en los pacientes limitados primordialmente al Departamento de Chalatenango; de donde resulta que el total de ellos será el total menos foráneos y desconocidos: 1.489.-

CUADRO SEGUN PROCEDENCIA DE 1489 PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA  
RESIDENTES EN EL DEPARTAMENTO DE CHALATENANGO.

Procedencia	Total	%
Urbanos	766	51.4
Rurales	723	48.6
Total	1 489	100.0

Cuadro N° 3

Estos datos de importancia, reflejan en un Departamento cu ya población es esencialmente rural (72%), una escasa afluencia de este sector a los consultorios del Centro de Salud. Este hecho podría ser condicionado, además de una instrucción y educación inadecuada, por las deplorables vías de comunicación que existen en esos lugares, lo que hacen de estas personas presa fácil de brujos y curanderos.

A continuación se analiza la procedencia de los 1.489 pacientes estudiados, procedentes del Departamento de Chalatenango, por municipios, distribuidos en urbanos y rurales.

MUNICIPIO	URBANOS	RURALES	TOTAL	%
Chalatenango	340	334	674	45.2
Concepción Quezaltepeque	40	32	72	4.8
Santa Rita	17	47	64	4.2
Nueva Trinidad	16	38	54	3.6
San Miguel de Mercedes	34	18	52	3.4
El Paraíso	15	36	51	3.4
Las Vueltas	15	27	42	2.8
San Rafael	23	18	41	2.7
San Luis del Carmen	20	21	41	2.7
Azacualpa	40	0	40	2.7
La Laguna	26	9	35	2.3
Tejutla	6	23	29	1.9
Arcatao	18	11	29	1.9
San Isidro Labrador	15	9	24	1.6
San Antonio Los Ranchos	15	9	24	1.6
Comalapa	11	13	24	1.6
Potonico	8	14	22	1.5
Ojos de Agua	11	9	20	1.3
San José Cancasque	5	13	18	1.2
San Francisco Lempa	16	2	18	1.2
Dulce Nombre de María	9	8	17	1.1
Nueva Concepción	8	7	15	1.0
San José Las Flores	7	8	15	1.0
San Antonio La Cruz	9	5	14	0.9
San Francisco Morazán	9	4	13	0.8
El Carrizal	6	7	13	0.8
Agua Caliente	5	6	11	0.7
La Reina	5	4	9	0.6
La Palma	5	3	8	0.5
San Fernando	5	1	6	0.4
Nombre de Jesús	0	2	2	0.1
Citalá	1	0	1	0.06
San Ignacio	0	0	0	0.0
Total	766	723	1 489	100.0

Cuadro N° 4



De los datos antes recopilados se hace notable la mayor afluencia de pacientes procedentes del municipio de Chalatenango y sus cantones, constituyendo éstos, casi el 50% de la consulta diaria. Así también, municipios y cantones vecinos a dicha ciudad tienen una incidencia preponderante, en contraste con los más alejados con vías de acceso defectuosas.

Hay que hacer notar además, que personas residentes en lugares localizados sobre o al Oeste de la carretera Troncal del Norte, tales como Nueva Concepción, Citalá, La Palma, Tejutla, La Reina, etc., y en quienes la distancia al Centro de Salud es considerable, no tienen una afluencia de pacientes acorde a su población. Es de presuponer que dichas personas consultan en otros lugares tales como La Palma (en donde existe la única Unidad de Salud del Departamento), Santa Ana, Aguilares o San Salvador.

Con respecto a la procedencia de los pacientes estudiados, resta hacer algunas observaciones y comentarios con respecto a los foráneos.

PROCEDENCIA DE FORANEOS EN 1563 PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA

Procedencia	Nº de Pacientes
República de Honduras	24
Suchitoto	13
Hacienda Colima	10
Aguilares	9
San Salvador	4
Santa Ana	2
Opico	1
Guazapa	1
Chorrera El Guayabo	1
Total	65

Cuadro N° 5

Indudablemente resalta en el Cuadro N° 5, que la mayor a-

fluencia de pacientes foráneos provienen de la República de Honduras. Este hecho se explica básicamente porque estos pacientes, residentes en su mayoría en las cercanías de la frontera entre ambos países, carecen de un centro asistencial adecuado y cercano. Poseen en Guarita, población hondureña próxima a la frontera, una Unidad de Salud, pero sus recursos son muy limitados, ya que muchas veces los consultantes adolecen de enfermedades que no requieren ni hospitalización.

### PATOLOGIA

Una vez hechas las consideraciones necesarias sobre la procedencia de los pacientes de consulta externa, procederemos al análisis de la patología de dichas consultas. Para ello se tabularon todos los diagnósticos por consulta, obteniéndose de los 1563 pacientes un total de 1729 diagnósticos. Estos diagnósticos fueron clasificados en 156 causas, pero entre los diagnósticos, algunos por su rareza y poca frecuencia, no llegaban a constituir una muestra suficientemente grande y representativa de lo que es la consulta diaria del Centro de Salud de Chalatenango. Por ello se estimó conveniente hacer una eliminación de aquellos que no alcanzaban el 1% del total de diagnósticos. Dicho en una palabra se eliminaron todos aquellos cuya cifra fuera menor de 17.

Una vez hecho el compendio antes descrito, el total de diagnósticos de carácter significativo fue de 1.398 los que se tabularon de acuerdo a edades, procedencia y sexo.

DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE 1398 DIAGNOSTICOS DE CONSULTA EXTERNA

DIAGNOSTICO	EDAD (en años)							TOTAL	%
	0 - 1	1-4	5-14	15-29	30-49	50-69	70 y más		
Gastroent.colitis, salvo diarrea del recién nacido	68	69	17	12	18	12	3	199	14.2
Atención prenatal	-	-	-	110	47	-	-	157	11.9
Causas mal def.desconoc.de morbilidad y mortalidad	4	12	24	35	17	15	3	110	7.8
Infec.piel y tejido celular	16	22	24	27	12	8	-	109	7.7
Gripe o influenza	20	15	10	24	18	8	-	95	6.7
Enferm.aparato urinario	2	2	8	41	26	6	2	87	6.2
Bronquitis aguda	24	21	15	3	3	7	4	77	5.5
Enferm.debidas a helmintos	4	29	25	12	5	1	-	76	5.4
I.R.S.A.	7	25	15	7	9	2	-	65	4.5
Anemias	-	2	8	19	19	5	1	54	3.8
Laceraciones y heridas	-	2	10	27	10	3	1	53	3.7
Psiconeur.y trast.person.	-	-	2	21	19	5	-	47	3.3
Enferm.de la piel y aparato osteo-muscular	2	7	7	14	1	6	-	37	2.6
Bronquitis crón.y no espec.	7	11	3	2	5	3	1	32	2.3
Enferm.infec.parasitarias	1	6	8	9	3	4	-	31	2.2
Efectos de causas extern. y no especificadas	1	2	5	10	7	4	2	31	2.2
Complicaciones embar.y parto. Estado puerperal sin complic.Parto normal	-	-	-	14	14	-	-	28	2.0
Enferm.inflamat.del ojo	10	1	4	6	5	-	1	27	1.9
Todas las enferm.sistema nerv.cent.y organ.sentidos	1	1	4	4	6	4	-	20	1.4
Efectos de cuerpos extraños que penet.en un orif.	-	6	3	4	3	1	-	17	1.2
T O T A L	170	249	203	407	252	98	19	1398	
%	12.1	17.8	14.5	29.1	18.1	7.1	1.3	100.0	

Hay varios datos que merecen ser observados detenidamente en el Cuadro N° 6. Uno de ellos se refiere a las gastroenteritis, colitis salvo las diarreas del recién nacido que constituyen la causa de mayor consulta en el Centro de Salud de Chalatenango.

A continuación observamos que la atención prenatal ocupa el segundo lugar entre todas las consultas, hecho que nos viene a mostrar la urgencia de dotar al Centro de Salud de los elementos indispensables que aún carece, para una asistencia médica más adecuada para las señoras embarazadas, parturientas o con complicaciones.

La última observación principal de este cuadro, la tenemos en la causa que ocupa el tercer lugar en frecuencia, y es: Las causas mal definidas y desconocidas en morbilidad y mortalidad. Este hecho que en pocas palabras comprenden aquellos diagnósticos como es tado febril indeterminado, cefaleas, dolor o cólico abdominal, etc., no debe ser considerado como un defecto exclusivamente del personal médico en no poner un diagnóstico más exacto, sino que también refleja que en muchos casos el médico no cuenta con los métodos adecuados de laboratorio que lo lleven a un diagnóstico más preciso; aunque es de reconocer que el médico debe de dar su diagnóstico exclusivamente desde el punto de vista clínico, debe así también estar dotado de los medios necesarios de ayuda. Lo anteriormente expuesto no es de ninguna manera una defensa ciega del personal médico, también hay que reconocer las varias veces en que el médico por salir rápidamente de un caso especialmente difícil lo etiqueta con algún signo o sínto ma relevante. Este hecho es censurable, no sólo porque refleja la poca acuciosidad del médico en buscar la causa más probable de la en fermedad, sino que también dificulta y altera los trabajos estadísti cos tales como el presente.

En el cuadro N° 7 tenemos la distribución de 1398 diagnós ticos de consulta externa, representativos de la consulta diaria del Centro de Salud de Chalatenango, por procedencia y por sexos.

DISTRIBUCION POR PROCEDENCIA Y SEXO, DE 1398 DIAGNOSTICOS DE CONSULTA EXTERNA

DIAGNOSTICO	URBANOS		RURALES		FORANEOS	DESCONOC.	TOTAL
	Masculin.	Femenino	Masculin	Femenino			
Gastroent.colitis, salvo diarrea del recién nacido	40	47	47	56	9	-	199
Atención prenatal	-	69	-	84	4	-	157
Causas mal definidas desconoc. de morbilidad y mortalidad	22	21	29	32	6	-	110
Infecciones de la piel y tejido celular	27	21	28	30	3	-	109
Gripe o influenza	21	30	34	20	-	-	95
Enfermed. aparato urinario	11	35	41	-	-	-	87
Bronquitis aguda	24	12	21	18	2	-	77
Enferm.debidas a helmintos	15	16	19	20	4	-	76
I.R.S.A.	16	11	16	13	3	4	65
Anemias	1	20	9	22	1	1	54
Laceraciones y heridas	15	6	25	4	2	1	53
Psiconeur.y trast.person.	6	19	4	16	2	-	47
Avitam.y otros estados carenc.	7	8	15	14	2	-	46
Enferm.de la piel y aparato osteo-muscular	7	12	7	10	1	-	37
Bronquitis crónica y no espec.	5	7	9	10	1	-	32
Enferm.infecto parasitarias	11	6	4	10	-	-	31
Efectos de causas externas y no especificadas	11	3	9	7	1	-	31
Complic.embarazo y parto. Parto y puerperio normal	-	11	-	17	-	-	28
Enferm.inflamatorias del ojo	11	2	7	4	3	-	27
Todas las enferm.sistema nerv. cent.y órganos de los sentidos	4	7	7	1	1	-	20
Efectos de un cuerpo extraño que penetra en un orificio	4	3	4	5	-	1	17
Sub - total	260	366	325	395	45	7	
T O T A L	6 2 6		7 2 0		5 2		1398

Observamos que el total de pacientes urbanos fue de 626, rurales 720, foráneos 45 y desconocidos 7. Sustrayendo al total de consultas los foráneos y rurales tenemos un total de 1.346 pacientes residentes en el Departamento de Chalatenango. Con este total tenemos que en términos porcentuales para los urbanos corresponde un 46.5% y para los rurales un 53.5%. Este dato no concuerda exactamente con los obtenidos en el Cuadro N° 3, en que los urbanos predominaban sobre los rurales, pero sin embargo reflejan poca afluencia de una población eminentemente rural.

Tenemos también que el sexo femenino tuvo un total de 761 (56.5%) predominando sobre el sexo masculino con un total de 585 (43.5%).

No hubo diferencia significativa con respecto a la procedencia de los foráneos (ver Cuadro N° 5).

III - ESTUDIO SOBRE LA HOSPITALIZACION EN EL CENTRO DE SALUD DE CHALATENANGO -

Se estudian en este caso los pacientes egresados del Centro de Salud de Chalatenango y de la misma manera que con las consultas externas, se analizan por edades, sexo, procedencia, la patología predominante entre ellos y además la condición de salida y días de estancia.

El autor analizó para este caso 1.330 egresos, cantidad que fue considerada representativa del total de egresos por año. Estos expedientes clínicos fueron escogidos al azar, tomándose uno de cada dos números de archivo, siguiendo como guía el censo diario de egresos.

Para no tener subsecuentes confusiones se tomó en cuenta sólo el diagnóstico principal de egreso, haciendo caso omiso de los secundarios. De esta manera pues, el total de diagnósticos de egresos fueron también 1.330, los que fueron tabulados como ya se dijo anteriormente.

Procederemos a continuación a analizar la patología más predominante en lo que respecta a los egresos.

Hubo necesidad, de la misma manera como fue hecho con las consultas diarias, de eliminar cierto número de diagnósticos debido a su rareza y poca importancia. Estos diagnósticos eliminados en manera alguna modifican lo que constituye el bloque de egresos diarios del Centro de Salud de Chalatenango, teniendo de esta manera, una visión más panorámica y al mismo tiempo representativa de dicha actividad. La selección se llevó a cabo clasificando primero los 1.330 diagnósticos en las 158 causas antes mencionadas y luego eliminando todos aquellos cuyo número fuera menor al 1%, es decir menores de 13. Una vez hecho esto se obtuvo un total de 1073 diagnósticos representativos de la realidad de la hospitalización.

DISTRIBUCION POR CAUSA Y EDADES DE 1073 EGRESOS

DIAGNOSTICO	EDAD EN AÑOS							TOTAL	%
	0-1	1-4	5-14	15-29	30-49	50-69	70 y más		
Parto y puerp, sin complicación.Otras complic.del embarazo	-	-	-	107	53	-	-	160	14.9
Causas mal def.Desconoc. en morbilid.y mortalidad	4	8	34	45	33	21	5	150	13.9
Gastroent.colitis, salvo diarrea del rec.nacido	33	46	10	15	22	10	4	140	13.1
Infec.piel tej.celular	16	13	23	24	15	7	3	101	9.4
Bronquitis aguda	17	24	4	6	7	8	3	69	6.4
Enferm.aparato urinario	2	7	6	21	18	11	3	68	6.3
Avitam.y otros est.carenc	4	24	13	4	10	6	1	62	5.8
Laceraciones y heridas	-	1	6	15	14	5	1	42	3.9
Abortos sin complicación	-	-	-	14	24	-	-	38	3.4
Psiconeurosis y tras.pers	-	-	1	4	25	3	-	33	3.1
Enf.infecto-parasit.	1	7	5	9	5	2	-	29	2.8
Gripe o influenza	2	1	3	6	5	9	1	27	2.5
Bronquitis crón.y no especificada	-	2	2	4	7	7	3	25	2.3
T.B. aparato respiratorio	-	-	3	7	8	4	1	23	2.1
anemias	-	-	3	9	4	4	1	21	1.9
Neumon.prim.y no especific.	4	2	3	1	3	8	-	21	1.9
Neumonía lobar	3	4	1	8	-	3	-	19	1.7
I.R.S.H.	3	3	6	5	-	1	-	18	1.6
Enferm.de la piel y aparato oosteo-muscular	1	-	1	5	2	5	-	14	1.3
Obstrucción intestinal y hernia	-	2	2	-	4	4	1	13	1.2
T o t a l	90	144	126	309	259	118	27	1073	
%	8.4	13.5	11.7	28.7	24.2	10.9	2.6	100.0	



Como podemos ver en el Cuadro N° 8, los problemas de índole gineco-obstétrico fueron la causa de mayor número de egresos en el presente trabajo, hecho que resalta cuando se considera que es precisamente el Servicio de Maternidad el que menos camas tiene al presente.

Indudablemente volvemos a observar la gran incidencia de los diagnósticos mal definidos, que en los egresos ocupa el segundo lugar. Volvemos nuevamente aquí a considerar las razones de este hecho. Es indudable que la carencia de equipo adecuado de laboratorio y gabinete así como de técnicos especializados, hace en muchos casos difícil para el médico el llegar a un diagnóstico apropiado en determinados casos. Aún así, es la opinión del autor que la cantidad de estos diagnósticos mal definidos y de morbilidad y mortalidad desconocidos constituyen un número demasiado alto para que sea atribuido exclusivamente a la carencia de equipos de laboratorio y de gabinete. El paciente que ha sido hospitalizado ya no ofrece los mismos problemas que uno de consulta externa, teniendo el médico suficiente tiempo en la mayoría de los casos, para formarse un criterio adecuado. Por todo lo anterior el autor juzga que constituye una deficiencia del personal médico y que dificulta los trabajos de tipo estadístico.

Haciendo consideraciones aisladas de estos pacientes que necesitaron hospitalización, tenemos que las enfermedades gastrointestinales predominaron en pacientes menores de 5 años, hecho que confirma la necesidad de contar con medios adecuados para su tratamiento, además de un Servicio de Pediatría suficientemente equipado para satisfacer esta demanda. De la misma manera observamos que los hospitalizados por bronquitis aguda están comprendidos entre esas edades (la mayoría), lo que enfatiza lo anteriormente dicho sobre la necesidad de un buen Servicio de Pediatría.

Resalta asimismo, la hospitalización de pacientes con diagnósticos que no parecen indicar una gravedad suficiente para ello. Como se verá más adelante, muchos de estos casos son de procedencia rural, por lo que el médico hospitaliza a estas personas sin que la gravedad sea el factor determinante para ello. Aunque generalmente

estos casos no permanecen hospitalizados por mucho tiempo, siempre ocasionan gastos de alimentación, recargo de trabajo en el personal, etc.

Hay que hacer notar que en el caso de los pacientes hospitalizados por Psiconeurosis y trastornos de la personalidad, el alcoholismo agudo constituye la mayoría de los mismos, especialmente en el sexo masculino.

En el Cuadro N° 9, tenemos agrupados los egresos distribuidos por procedencia y por sexos.

DISTRIBUCION POR PROCEDENCIA Y SEXO de 1073 EGRESOS

DIAGNOSTICO	URBANOS		RURALES		FORANEOS	DESCONOC.	TOTAL
	Masculin	Femenin.	Masculin.	Femeninos			
Parto y pucr.p.sin complic. Otras complic.del embarazo	-	86	-	72	1	1	160
Causas mal def.Desconoc.cr morbilidad y mortalidad	40	26	38	37	8	1	150
Gastroenteritis colitis, salvo diarrea rec.nacido	32	36	35	31	5	1	140
Infecciones de la piel y tejido celular	23	19	31	25	3	-	101
Bronquitis aguda	18	8	26	14	3	-	69
Enf.aparato urinario	16	15	17	18	2	-	68
Avitam.y otros est.carenc.	8	12	17	19	6	-	62
Laceraciones y heridas	17	2	20	1	2	-	42
Aborto sin complicación	-	15	-	23	-	-	38
Psiconeur.y trast.person.	20	2	8	3	-	-	33
Enferm.Infecto Parasitar.	8	3	10	8	-	-	29
Gripe o influenza	4	3	8	11	-	1	27
Bronquit.crónica y no espec.	5	7	3	10	-	-	25
T.B.aparato respiratorio	6	4	4	7	2	-	23
Anemias	3	4	4	6	3	1	21
Neumonía primaria y no esp.	6	4	5	6	-	-	21
Neumonía lobar	2	4	6	7	-	-	19
I.R.S.A.	5	1	8	4	-	-	18
Enf.de la piel y aparato osteo-muscular	-	4	4	5	1	-	14
Obstruc.intest.y hernia	5	1	4	1	2	-	13
Sub total	228	256	248	298	38	5	1073
T O T A L	4 8 4		5 4 6		4 3		

Cuadro N° 9

De los 1073 egresos se obtuvo 38 pacientes foráneos y 5 de procedencia desconocida. En este caso el total de pacientes residentes en el Departamento de Chalatenango fue de 1030.

De este total los pacientes de procedencia rural sumaron 546 (53%) y los urbanos sumaron 484 (47%). Comparando estos datos con los obtenidos en el Cuadro N° 7 relativo a la procedencia de pacientes de consulta externa en número representativo de la misma, vemos que en términos porcentuales las cantidades son aproximadamente iguales.

Con respecto a sexos, y también comparando con el Cuadro N° 7, vemos que el sexo femenino predominó sobre el masculino con un total de 554 (53.8%) contra 476 (46.2%) de éstos. Estas diferencias son influenciadas indudablemente por la gran incidencia de problemas de índole gineco-obstétrico. En el presente análisis de una muestra representativa de los egresos del Centro de Salud de Chalatenango, los problemas de este tipo constituyeron el 20% del total de pacientes hospitalizados. Este dato es significativo, considerando que sólo hay al presente 6 camas para satisfacer esta demanda.

El estudio sobre los pacientes foráneos, no mostró ninguna diferencia significativa con los encontrados en el Cuadro N° 16.

Proseguiremos nuestro estudio con el Cuadro N° 10. En él se representan los egresos por días de estancia.

DISTRIBUCION POR DIAS DE ESTANCIA DE 1073 EGRESOS

DIAGNOSTICO	DIAS DE ESTANCIA				TOTAL
	0 - 5	6 - 10	11 - 15	16 y más	
Parto y puerperio sin complicacion. otras complicaciones del embarazo	139	18	3	-	160
Causas mal definidas, Desconocidas en morbilidad y mortalidad	141	6	3	-	150
Gastroenteritis, colitis, salvo diarrea del recién nacido	116	18	5	1	140
Infecciones de la piel y tejido cel.	74	24	3	-	101
Bronquitis aguda	64	3	2	-	69
Enfermedades del aparato urinario	56	6	5	1	68
Ávitaminosis y otros estados carenc.	32	17	8	5	62
Laceraciones y heridas	29	8	4	1	42
Aborto sin complicación	35	3	-	-	38
Psiconeurosis y trastornos personal.	31	1	1	-	33
Enfermedades Infecto-parasitarias	24	4	1	-	29
Gripe o influenza	27	-	-	-	27
Bronquitis crónica y no especific.	22	-	2	1	25
T.B. aparato respiratorio	10	7	3	3	23
Anemias	16	3	2	-	21
Neumonía primaria y no especificada	19	2	-	-	21
Neumonía lobar	17	1	1	-	19
I.R.S.A.	17	1	-	-	18
Enfermedades de la piel y aparato osteo-muscular	12	2	-	-	14
Obstrucción intestinal y hernia	5	5	3	-	13
Total	886	129	46	12	1073

Cuadro N° 10

Fácilmente se puede observar que la mayoría de pacientes hospitalizados tienen un tiempo de estadía entre 0-5 días, hecho que

es digno de análisis cuidadoso pues refleja una gran movilización de pacientes hospitalizados en un Centro de Salud cuyos pacientes adolecen de enfermedades variadas.

Es la opinión del autor que esta movilización es necesaria y no, como parecería suponer, un capricho del personal médico. Existen actualmente demasiadas pocas camas y una distribución inadecuada de las mismas. Los servicios de hombres y señoras, al atender pacientes tanto de medicina como de cirugía se ven sobrecargados de trabajo y no se puede satisfacer la demanda. Hay que recordar que el paciente quirúrgico ocupa obligadamente una casa y que su estadía es más prolongada que el promedio. Es notorio además, el gran aumento de operaciones de Cirugía Mayor que el Centro de Salud de Chalatenango ha experimentado en los últimos años.

Por todas estas consideraciones, el médico se ve obligado a dar altas sin que el paciente se encuentre completamente curado. (ver cuadro N° 11). Estos pacientes terminan su tratamiento en forma ambulatoria, con los riesgos correspondientes.

Uno de los ejemplos típicos al respecto, son los procesos neumónicos. Si se hiciera un estudio de ellos exclusivamente relacionado a los días de estancia, se encontraría que la mayoría no están más de 3 ó 4 días. Prácticamente pues, al caer la fiebre, el paciente es dado de alta muchas veces sin una limpieza satisfactoria de los campos pulmonares. Otro ejemplo lo constituyen los pacientes carenciales; para recuperarse satisfactoriamente de su situación necesitan al menos una a dos semanas. Sin embargo, en nuestros casos casi no llegan a los cinco días. Detras de ellos hay más pacientes exigiendo desocupación de las camas.

Alrededor del 1% de los pacientes estuvieron hospitalizados por más de 16 días, la mayoría de ellos por procesos crónicos.

Nuestro estudio continua en el Cuadro N° 11, en que los egresos se han distribuido según condición de salida.

DISTRIBUCION POR CONDICION DE SALIDA DE 1073 EGRESOS

DIAGNOSTICO	CONDICION DE SALIDA				TOTAL
	Curado	Mejorado	Ig.ó peor	Muerto	
Parto y puerperio sin complicacion. Otras complicaciones del embarazo	137	22	1	-	160
Causas mal definidas, Desconocidas en morbilidad y mortalidad	11	133	5	1	150
Gastroenteritis colitis, salvo dia rrea del recién nacido	7	131	2	-	140
Infecciones de la piel y tej.celular	1	99	1	-	101
Bronquitis aguda	3	65	-	1	69
Enfermedades del aparato urinario	3	63	2	-	68
Avitaminosis y otros estados carenc.	1	58	1	2	62
Laceraciones y heridas	1	39	2	-	42
Aborto sin complicación	35	3	-	-	38
Psiconeurosis y trastornos person.	1	31	1	-	33
Enfermedades infect.parasitarias	2	25	2	-	29
Gripe o influenza	-	27	-	-	27
Bronquitis crónica y no especificada	-	24	-	1	25
Tuberculosis del aparato respiratorio	-	23	-	-	23
Anemias	-	21	-	-	21
Neumonía primaria y no especificada	1	20	-	-	21
Neumonía lobar	1	18	-	-	19
I.R.S.A.	-	16	1	1	18
Enfermedades de la piel y aparato osteomuscular	1	12	1	-	14
Obstrucción intestinal y hernia	10	2	1	-	13
Total	215	832	20	6	1073

Cuadro Nº 11

Se observará que en 1073 egresos hubo 6 muertes con una ta  
sa de mortalidad de 5.4 o/oo. Hay que hacer notar sin embargo, que  
la mayoría de estos diagnósticos de egresos no parecen reflejar la  
verdadera causa de muerte, ya que tenemos diagnósticos tales como In  
fecciones Respiratorias Superiores A\_gudas (I.R.S.A.) y bronquitis agu

das y crónicas en los que probablemente la enfermedad que causó la muerte fue otra.

Considerando todas las condiciones de salida, vemos que el 77.5% de ellos (832 del total) fueron dados de alta en condiciones mejoradas. Esto viene a confirmar lo que se observó anteriormente cuando se hicieron consideraciones referentes a los días de estancia de los pacientes. Sólo el 20% de los pacientes (215 del total) fueron dados de alta curados. Del total de ellos vale la pena eliminar aquellos cuyo diagnóstico de curado es hasta cierto punto obvio, tales como los partos y abortos sin complicación los que dan un total de 172. En este caso tenemos que del total sólo 43 salieron curados (4.1%).

Por último resta hacer la observación con respecto a los pacientes cuya condición de salida fue igual o peor. Muchos de ellos les es dada el alta a exigencias de los parientes, generalmente por su estado de extrema gravedad y muy pocas veces por otras causas. Se acepta que estos pacientes fallecen en sus hogares aunque no quedan registrados como muertes hospitalarias. La pequeña fracción restante que no es reclamada por los parientes son referidos al Centro Médico Nacional y su estadía pocas veces sobrepasa los dos días.

Una vez hecho el análisis de la patología procederemos a estudiar los egresos en su totalidad, primero haciendo consideraciones a edad y sexos.



DISTRIBUCION PRO SEXO Y EDADES DE 1330 EGRESOS

Edad	Masculino	Femenino	Total	%
0 - 1	57	49	106	7.9
1 - 4	100	64	164	12.4
5 - 14	94	70	164	12.4
15 - 29	126	252	378	28.5
30 - 49	136	184	319	23.9
50 - 69	97	65	162	12.2
70 y más	24	13	37	2.7
Total	634	696	1330	
%	47.7	52.3		100.0

Cuadro N° 12

Analizando el Cuadro N° 12 vemos que predomina el sexo femenino sobre el masculino en un 4.6%, que en general está de acuerdo con la mayor afluencia de estos pacientes como se vió en el estudio de consultas externas. Observamos así mismo que las edades que más predominan corresponden a las edades de 15 a 29 años con un 28.5% y de 30 a 49 con un 23.9%. Nuevamente hacemos el comentario de que esta predominancia entre estas edades tienen relación con los problemas de índole gineco-obstétricos que en relación con egresos, ocupan el primer lugar.

Procederemos a continuación a analizar la procedencia de los pacientes egresados. Tenemos que entre 1330 egresos estudiados 54 eran foráneos y 9 desconocidos.

DISTRIBUCION SEGUN PROCEDENCIA DE 1330 EGRESOS

Procedencia	Total	%
Urbanos	585	43.8
Rurales	684	51.5
Foráneos	54	4.1
Desconocidos	7	0.6
Total	1330	100.0

Cuadro N° 13

Haciendo un estudio comparativo con el Cuadro N° 2 de consultas externas vemos que el número de urbanos egresados disminuye en un 4.9% con relación a la afluencia de consultas eeternas y en cambio los rurales aumenta en un 5.2%. Estos datos pueden tener relación en el hecho de la mucha dificultad en el regreso a sus hogares de los pacientes rurales por lo que necesitan ser ingresados aunque técnicamente no lo necesitasen. Con respecto a los foráneos, que también tienen problemas de distancia a hogares, el porcentaje se mantiene aproximadamente igual, lo que puede indicar una relación obligada entre la consulta externa y su ingreso. No hay diferencia significativa entre los desconocidos y no es de importancia en el presente trabajo.

Como hemos hecho con respecto a las consultas externas, se han analizado por aparte los pacientes exclusivamente residentes en el Departamento de Chalatenango con un total de 1269.

DISTRIBUCION, SEGUN PROCEDENCIA DE 1269 EGRESOS RESIDENTES  
EN EL DEPARTAMENTO DE CHALATENANGO

Procedencia	Total	%
Urbanos	585	46.1
Rurales	684	53.9
Total	1 269	100.0

Cuadro N° 14

Nuevamente hacemos resaltar que a pesar que la afluencia de pacientes rurales en la consulta externa es menor que la urbana (Cuadro N° 3), aquellos predominan sobre éstos en lo referente a egresos. Dato que refleja la necesidad de ingresar más rurales que urbanos.

Analizaremos a continuación la procedencia de 1269 egresos de pacientes residentes en el Departamento de Chalatenango y distribuidos por municipios en urbanos y rurales.

DISTRIBUCION POR MUNICIPIOS DE 1269 EGRESOS

Municipio	Urbanos	Rurales	Total	%
Chalatenango	244	245	489	38.4
Concepción Quezaltepeque	37	30	67	6.1
Santa Rita	11	54	65	5.1
El Paraíso	5	47	52	4.01
San Miguel de Mercedes	21	27	48	3.7
Tejutla	4	42	46	3.6
Nueva Trinidad	6	33	39	3.1
Las Vueltas	12	22	34	2.6
Arcatao	17	15	32	2.5
Azacualpa	32	0	32	2.6
San Isidro Labrador	17	13	30	2.3
La Laguna	19	10	29	2.3
Comalapa	16	12	28	2.2
Nueva Concepción	15	12	27	2.1
San Rafael	16	10	26	2.04
Ojos de Agua	14	9	23	1.8
Dulce Nombre de María	6	17	23	1.8
Potonico	8	13	21	1.6
San José Las Flores	6	14	20	1.6
San Antonio Los Ranchos	16	2	18	1.4
San José Cancasque	7	10	17	1.3
San Luis del Carmen	4	11	15	1.1
San Francisco Morazán	10	5	15	1.1
Agua Caliente	3	10	13	1.0
San Antonio La Cruz	10	3	13	1.0
La Reina	4	5	9	0.7
San Francisco Lempa	8	0	8	0.6
San Fernando	6	0	6	0.4
La Palma	4	2	6	0.4
Citalá	1	1	2	0.1
San Ignacio	1	0	1	0.08
Nombre de Jesús	1	0	1	0.08
Total	585	684	1269	100.0

Cuadro N°15

Considerando el Cuadro N° 15, vemos que contrasta la incidencia de egresos y de consultas externas (Cuadro N° 4) con relación a la distancia de la localidad determinada al Centro de Salud. Así tenemos que con respecto a la ciudad de Chalatenango sólo se encontró un 38.4% de egresados sobre el total de ellos, no obstante ser el lugar de mayor afluencia de pacientes diarios. Así también observamos que aún en lugares con afluencia muy pobre de pacientes por estar

localizados muy distantes, hay una tendencia a mayor cantidad de pacientes que han necesitado hospitalización con relación a la consulta diaria de los mismos.

A continuación estudiaremos la procedencia de los pacientes egresados no residentes en el Departamento de Chalatenango, es decir, de los foráneos.

PROCEDENCIA DE PACIENTES FORANEOS EN 1330 EGRESOS

Procedencia	Nº de Pacientes
República de Honduras	21
Hacienda Colima	11
Aguilares	11
Suchitoto	7
San Salvador	2
Zacatecoluca	1
Santa Ana	1
Total	54

Cuadro Nº 16

Nuevamente resalta el hecho de ser la República de Honduras, entre los foráneos, la que más contribuye a la hospitalización de los mismos. De la misma manera el autor cree que la distancia del Centro de Salud a los hogares de estas personas, tiene una influencia importante en la decisión del médico para la hospitalización de estas personas que en muchas ocasiones tienen más problemas de albergue que de enfermedad.

#### IV - INFLUENCIA DE LA DISTANCIA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS -

Uno de los hechos que más impresionó al autor cuando inició su Servicio Social en el Centro de Salud de Chalatenango, no sólo fue la enorme pobreza de las personas en este Departamento, sino también las grandes dificultades que tienen que vencer para poder llegar a pasar consulta médica a dicho Centro. Esta dificultad radica no sólo en las distancias de un lugar a otro sino más que todo en las muy deficientes vías de acceso. Estos factores influyen tanto la afluencia a la consulta diaria como los días de permanencia hospitalaria. Si a esta dificultad del paciente a llegar a hospitalizarse en el Centro de Salud se suma el hecho de que pocas veces es dado en condición de curado a su salida, se comprenderá las grandes penalidades que tiene que pasar para retornar a su hogar.

En base a estos argumentos, el autor ha tratado de mostrar en el presente capítulo de que estas distancias tienen una influencia clara en los días de estadía del paciente hospitalizado.

Se inicia el trabajo con una lista de cantones y sus respectivos Municipios con las distancias en kilómetros de aquellos hacia éstos, y de éstos hacia el Centro de Salud de Chalatenango. En algunos casos la distancia del Cantón a su respectivo Municipio se desconoce.

DISTANCIAS DE CANTONES A SUS MUNICIPIOS Y DE ESTOS A LA CIUDAD DE CHALATENANGO

Cantón	Municipio	Distancia (Kms.)
	Agua Caliente	41.0
Obrajuelo		6.7
Santa Rosa		3.9
Agua Fría		4.5
Ojos de Agua		4.0
Encumbrado		6.7
Agua Zarca		4.0
Cerro Grande		8.0

Cantón	Municipio	Distancia (Kms)
	Arcatao	23.0
Teosinte		2.3
Cerro Grande		4.0
Los Filos		4.0
Eramón		8.0
El Sitio		2.9
Las Vegas		8.4
Gualcinaca		3.7
	Azacualpa	16.0
Cuesta de La Marina		1.5
El Llano		0.7
	Citalá	61.0
San Francisco		4.2
Gualcho		1.4
San Lorenzo		2.8
San Ramón		2.3
Talquezalar		7.0
Los Planes		6.0
Lagunetas		6.0
Llano de La Virgen		6.5
	Comalapa	18.0
Guachipilán		2.9
La Junta		1.3
Candelaria		1.6
El Mono		1.1
	Concepción Quezaltep.	12.0
Llano Grande		3.2
El Rosario		3.4
El Comacaste		2.0
Monte Redondo		3.2
El Jococtío		3.9
Olocingo		2.0
	Chalatenango	
San Miguelito		3.0
Chiapas		3.8
Las Minas		6.0
Guarjila		7.0
Bartolo		7.5
Hacienda Grande		8.0
Upatoro		1.9
San José Areneros		9.1
Chacaguaca		1.0
El Tamarindo		8.0
El Dorado		7.0

Cantón	Municipio	Distancia (Kms)
	Dulce Nombre de María	21.0
Los Gutiérrez		1.4
Los Sitios		3.5
Los Achiotes		8.0
El Rosario		6.0
El Ocotal		4.7
El Común		7.5
Los Encuentros		14.0
Las Cuevitas		8.0
Chorro Blanco		24.0
	El Carrizal	21.0
Petapa		4.0
Potrerrillos		4.0
Vainillas		3.0
	El Paraíso	18.0
Valle Nuevo		4.5
Santa Bárbara		4.5
El Tablón		16.0
	La Laguna	10.0
Los Prados		3.0
Pacayas		3.0
Plan Verde		3.2
San José		2.2
La Cuchilla		3.0
Delicias		
	La Palma	52.0
Los Planes		9.2
Las Granadillas		9.8
El Aguacatal		9.0
Los Gramales		2.1
San José		4.7
Los Horcones		7.5
Las Caleras		8.1
	La Reina	35.0
Tilapa		5.3
Talchaluya		4.2
El Pepeto		5.5
Tecomates		2.3
El Tigre		8.0
Las Peñas		5.3
San José Las Cañas		10.0
	Las Vueltas	9.0
Los Naranjos		2.0
Sicahuites		3.0
La Laguna		3.0
La Ceiba		1.5

Cantón	Municipio	Distancia Kms.
	Las Vueltas	
El Conacaste		5.0
San José		1.0
	Nombre de Jesús	33.0
Los Henríquez		1.9
Los Escalantes		1.0
Potreriillos		3.3
Patamera		4.2
Plazuelas		4.1
Quipure		4.5
	Nueva Concepción	41.0
Laguna Seca		4.4
Potrero Sula		7.5
Las Tablas		12.8
Gavilán		8.0
Sunapa		4.8
Potenciana		3.9
Cimarrón		15.0
El Zapote		5.3
Los Chilamates		8.0
Santa Rosa		9.5
	Nueva Trinidad	19.0
Carasque		1.5
El Sitio		3.0
Hacienda Vieja		1.5
Huizúcar		2.6
Jaguataya		5.0
Manaquil		3.2
	Ojos de Agua	15.0
Portillo		5.0
El Sitio		1.3
Montañita		
El Zapotal		3.1
El Coyolar		1.5
Yurique		5.7
	Ptonico	14.0
Corral Falso		2.5
Santa Teresa		3.0
La Montaña (El Alto)		2.5
Monte Redondo		4.0
	San Antonio La Cruz	26.0
El Zapote		4.0
Santa Ana		2.0
Copalío		0.7
San Benito		1.5
	San Antonio Los Ranchos	9.0
El Gramal		2.0



Cantón	Municipio	Distancia (Kms.)
	San Fernando	42.0
Valle de Jesús		3.0
San Juan de la Cruz		3.5
El Roblar		
	San Francisco Lempa	14.0
Cayetano Bosque(Los Zepeda)		1.0
Los Menjíbar		1.0
	San Francisco Morazán	26.0
Tremedal		2.6
Teosinte		5.5
Sumpul Chacones		8.8
Sumpul de Avelares		9.6
Plan del Horno		10.3
Los Naranjos		16.0
Higueral		7.2
San Miguelito		4.0
	San Ignacio	55.0
El Centro		9.8
Las Pilas		9.6
Río Chiquito		6.3
Santa Rosa		6.0
El Carmen		3.5
El Pinar		1.0
El Rosario		1.7
	San Isidro Labrador	14.0
Los Amates		3.8
Sicahuital		1.3
Los Alvarenga		6.6
La Montaña		1.7
El Mojón		1.5
	San José Cancasque	17.0
Candelaria		2.4
Concepción		3.0
Portillo del Norte		2.5
Los Guillén		2.5
	San José Las Flores	13.0
Llano Verde		1.4
Aldea Vieja		1.2
La Hacienda		1.8
La Lagunita		2.6
Hacienda Vieja (El Centro)		1.6
Las Limas		2.0
	San Luis del Carmen	17.0
El Pital		1.1
Santa Cruz		1.8
San Juan		2.0

Cantón	Municipio	Distancia Kms.
Los Naranjos	Cont.San Lusi del Carmen	1.5
El Sitio		0.7
	San Miguel de Mercedes	4.0
Piedras Gordas		2.2
El Matazano		1.0
Cerro de la Cruz		2.1
	San Rafael	21.0
Los Desamparados		2.9
San José Los Sitios		3.9
Ojos de Agua		4.0
	Santa Rita	23.0
Los Barillas		4.0
Chilamate		4.0
Piedras Gordas		2.2
Tobías		0.7
Las Flores		8.0
Tasajeras		2.5
	Tejutla	34.0
El Salitre		5.0
Concepción		0.9
San José		9.0
Aldeíta		4.5
El Carrizal		3.6
Río Grande de Cardoza		5.2
Río Grande de Alvarado		3.8
Aposentos		4.0
Los Martínez		
Quitasol		12.0
El Tránsito		2.0
Agua Escondida		14.0
Izotal		12.0
Estanzuelas		6.0
El Cerrón		4.0

Cuadro N° 17

Luego se procedió a obtener 25 muestras al azar de cada uno de los tres diagnósticos más frecuentes entre los egresos, los cuales fueron: 1° Parto y Puerperio sin complicaciones, otras complicaciones del embarazo; 2° Gastroenteritis, Colitis salvo diarrea del recién nacido; 3° Infecciones de la piel y tejido celular. Estos se tabularon con respecto a procedencia, días de estancia y kilómetros de distancia hacia el Centro de Salud de Chalatenango, re-

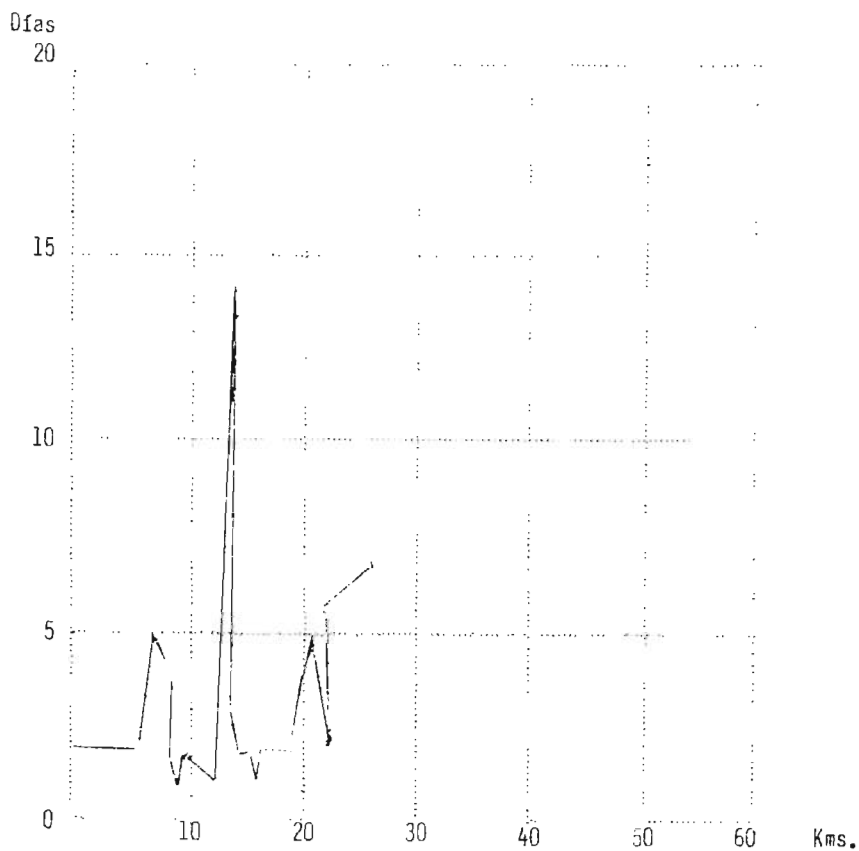
presentando gráficamente cada una de ellas.

No se tomó para este estudio, a las causas mal definidas y desconocidas en morbilidad y mortalidad, por estar incluidos en ellas muchos diagnósticos, los que además no son útiles para fines estadísticos.

CUADRO Y GRAFICA DE 25 PACIENTES DE PARTO Y PUERPERIO NORMAL. OTRAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, DISTRIBUIDOS POR PROCEDENCIA, DIAS DE ESTANCIA Y DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD

Procedencia	Días de Estancia	Distancia (Kms)
San Isidro Labrador	14	14.0
Cantón Piedras Gordas-Santa Rita	7	25.2
Arcatao	6	23.0
Cantón Las Minas - Chalatenango	5	7.0
San Rafael	5	21.0
Cantón Guarjila - Chalatenango	4	7.0
Cantón Carasque- Nueva Trinidad	4	20.5
Cantón Bartolo - Chalatenango	4	7.5
San Francisco Lempa	3	14.0
Cantón Santa Bárbara - El Paraíso	2	22.5
Chalatenango	2	
Azacualpa	2	16.0
Cantón Llano Grande-Concep. Quezaltep.	2	15.2
Cantón Matazano - San Miguel de Merced.	2	5.0
San Antonio La Cruz	2	26.0
Las Vueltas	2	9.0
Cancasque	2	17.0
Cantón La Junta - Comalapa	2	19.3
Comalapa	2	18.0
Cantón Los Amates-San Isidro Labrador	2	17.8
Las Vueltas	2	9.0
Cantón El Mojón-San Isidro Labrador	2	15.5
San Antonio Los Ranchos	1	9.0
Concepción Quezaltepeque	1	12.0
Cantón Santa Teresa - Potonico	1	17.0

Cuadro N° 1



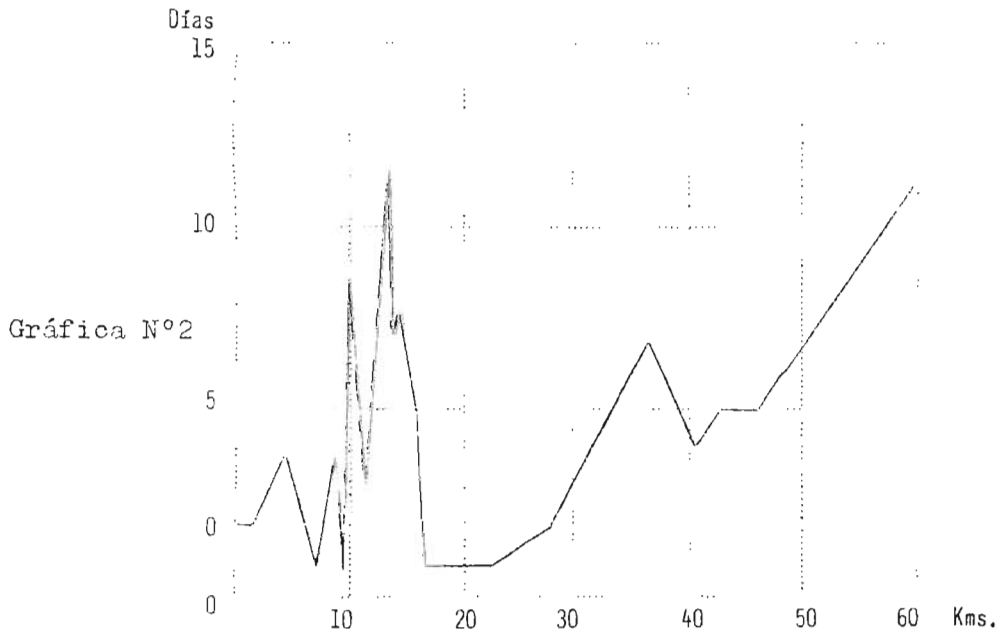
Gráfica N° 1

El promedio de estadía de estos pacientes fue de 2.8 días. Notamos además que con distancias mayores de 20.0 kilómetros los días de estancia aumentan. La excepción de estadía de 14 días de una paciente, se debió a una Glomerulonefritis complicando el embarazo.

CUADRO Y GRAFICA DE 25 PACIENTES DE GASTROENTERITIS Y COLITIS SALVO DIARREA DEL RECIEN NACIDO, DISTRIBUIDOS POR PROCEDENCIA, DIAS DE ESTANCIA Y DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD.

Procedencia	Días de Estancia	Distancia (Kms.)
Honduras (República de)	14	66.0
San Francisco Lempa	12	14.0
San José - Las Vueltas	9	10.0
Ojos de Agua	8	15.0
Cantón Aldeíta - Tejutla	7	38.5
Cantón Monte Redondo-Concep. Quezaltep.	7	15.2
Cantón El Tablón - El Paraíso	5	16.0
Cantón Quitasol - Tejutla	5	46.0
Cantón San José - Tejutla	5	43.0
Nueva Concepción	4	41.0
Cantón San José - Chalatenango	4	9.1
San Miguel de Mercedes	4	4.0
Concepción Quezaltepeque	3	12.0
Chalatenango	2	
Suchitoto	2	28.0
Cantón Las Minas - Chalatenango	2	6.0
Cantón Upatoro - Chalatenango	2	1.9
Cantón San José - Chalatenango	1	9.1
Cantón Pacayas - La Laguna	1	23.0
Cancasque	1	17.0
Cantón Guarjilla - Chalatenango	1	7.0
Cantón Santa Bárbara - El Paraíso	1	22.5
San Luis del Carmen	1	17.0
Azacualpa	1	16.0
Cantón Tamarindo - Chalatenango	1	8.0

Cuadro N° 2

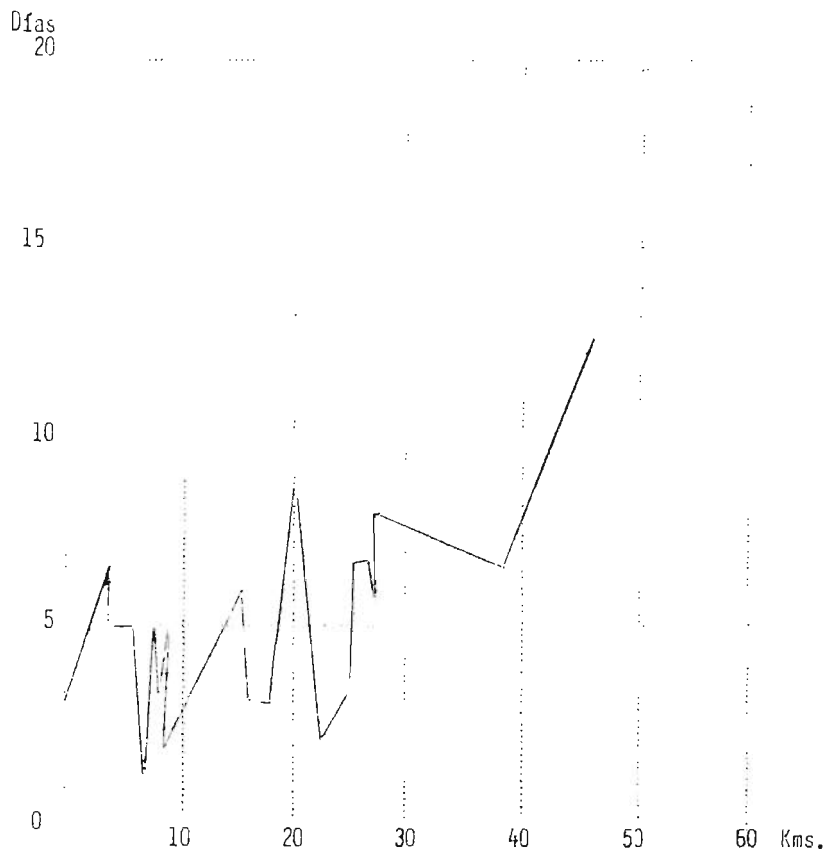


Tenemos en este caso que el promedio de estancia de estos pacientes fue de 3.7 días. Observamos de la misma manera que en el Cuadro N° 1, que salvo excepciones, a mayor distancia hay un aumento en los días de estancia, hecho que se aprecia alrededor de los 20 kms.

CUADRO Y GRAFICA DE 25 PACIENTES DE INFECCION DE PIEL Y TEJIDO CELULAR, DISTRIBUIDOS POR PROCEDENCIA, DIAS DE ESTANCIA Y DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD.

Procedencia	Días de Estancia	Distancia Kms.
Cantón Las Cañas - La Reina	12	45.0
La Laguna	9	20.0
Cantón Los Filos - Arcatao	8	27.0
San Francisco Morazán	7	26.0
Cantón Tasajeras - Santa Rita	7	25.0
Cantón Chiapas - Chalatenango	7	3.8
Cantón Aldeíta - Tejutla	7	38.5
Cantón El Rosario - Concepción Quezalt.	7	15.4
Cantón Colima - Hacienda Colima	6	27.0
Cantón El Rosario-Dulce Nombre de María	6	27.0
Cantón Monte Redondo-Concepción Quezalt.	6	15.2
Cantón San José Areneros-Chalatenango	5	9.1
Cantón Bartolo - Chalatenango	5	7.5
San Miguel de Mercedes	5	4.0
Cantón Las Minas - Chalatenango	5	6.0
Azacualpa	3	16.0
Chalatenango	3	
Comalapa	3	18.0
Cantón Piedras Gordas-Santa Rita	3	25.2
Cantón Jaguatoya-Nueva Trinidad	3	24.0
Azacualpa	3	16.0
Cantón Hacienda Grande-Chalatenango	3	8.0
Las Vueltas	2	9.0
Cantón Santa Bárbara- El Paraíso	2	22.5
San Miguel de Mercedes	1	6.1

Cuadro N° 3



Gráfica N° 3

El promedio de estadía de estos pacientes fue de 5.1 días. no es tan manifiesta la variación de días de estancia, con relación a la distancia, como en casos anteriores; sin embargo un cierto ascenso si se puede apreciar, a medida que la distancia aumenta.

V - EVALUACION DEL CENTRO DE SALUD Y SUS PROYECCIONES FUTURAS -

El presente capítulo trata esencialmente de los problemas que afronta el Centro de Salud de Chalaténango, y no se han hecho mayores críticas en lo concerniente a su sistema administrativo o del trabajo realizado por su personal médico-asistencial. Muchas de las observaciones que se definirán en el presente capítulo, ya han sido contempladas aisladamente en los capítulos anteriores, pero se ha creído conveniente que sean consideradas nuevamente para tener un resumen de las mismas, así como para hacer hincapié en otras.

La segunda parte de este capítulo se relacionará con el proyecto de Hospital-Centro de Salud para el Departamento de Chalaténango. Tampoco en este caso el autor ha creído conveniente hacer un examen minucioso y detallado de todos los aspectos relacionados con este proyecto; se limitará a hacer críticas y observaciones aisladas con respecto a algunos aspectos que se han considerado deficientes o innecesarios.

Indudablemente la primera observación que se debe hacer se relaciona con el edificio o caserón en donde realiza sus labores el Centro de Salud. Sólo existe una parte nueva que comprende la Administración, Dirección, Oficina de Enfermeras, Comedores de Médicos y Enfermeras, Lavandería y el Dormitorio de Médicos Internos. El resto del Centro de Salud y que está relacionado directamente con la atención de pacientes, tanto de consulta externa como hospitalizados, salvo con pequeñas modificaciones, es viejo, antihigiénico y mal acondicionado. Constituía el edificio, antiguamente, un gran mesón de dimensiones cuadradas con un gran patio en medio. Cada uno de los cuartos fue siendo acondicionado para realizar los diversos trabajos de un Centro de Salud, y en medio, en el patio, se construyó la sala de operaciones con el aspecto de una capilla.

Los diversos servicios de hospitalización, adolecen cada uno de ellos de defectos que se considerarán aisladamente.

Considerando el Servicio de Pediatría, vemos que en primer



lugar el número de camas es muy reducido (10 cunas y 5 pequeñas para lactantes), no existe un aislamiento apropiado, ya que éste constituye esencialmente el traslado del paciente a la Capilla o al corredor en donde sufre las inclemencias del tiempo. Algunas veces las cunas son ocupadas por pacientes crónicos o quirúrgicos, lo que hace que las cunas estén ocupadas por un período de tiempo prolongado, lo que dificulta enormemente el ingreso de nuevos pacientes. Resultado: los pacientes ya ingresados son dados de alta cuando su condición ya no es de inminente muerte para continuar su tratamiento fuera del hospital con el riesgo correspondiente. De ahí la gran movilización de pacientes y su condición de salida sólo mejorada.

En este Servicio de Pediatría no se cuenta entre otras cosas con medios para atender pacientes prematuros. El autor comprende que el manejo de pacientes prematuros es asunto delicado, pero no se puede esperar que todo niño prematuro en la República de El Salvador vaya a parar al Centro Médico Nacional. Así como hay otros hospitales fuera de la capital que cuentan con estos medios de tratamiento v.gr.: incubadoras, es de elemental necesidad que en un Centro asistencial como el de Chalatenango, se cuente con estos equipos y así descargar la ardua labor de la capital.

Por último tenemos que el Servicio de Pediatría se encuentra adyacente a la cocina. Los humos y las abundantes moscas hacen el ambiente inadecuado y antihigiénico.

Con respecto al Servicio de Maternidad, consta esencialmente de un pequeño cuarto en donde se alojan las pacientes en seis camas, separado de otro pequeño cuarto por una pared de ladrillo. En este otro cuarto se encuentran las cunas de los recién nacidos, un escritorio y una mesa de exámenes en donde se atienden partos de multíparas.

Es la opinión del autor que el mayor defecto que existe en este Servicio, es la capacidad. La causa de mayor número de egresos la constituye precisamente los problemas gineco-obstétricos y si a esto se añade el incremento progresivo de operaciones de cirugía ma-

yor dentro de esta especialidad, pacientes que tardan más en recuperarse y que ocupan una cama obligada, se comprende que es absolutamente indispensable de que uno de los Servicios del Centro de Salud con más camas debe ser el de Maternidad.

Con respecto a los dos Servicios restantes de Hombres y Mu jeres nos enfrentamos con el mismo problema de capacidad. El autor considera que el número de 12 camas por servicio es insuficiente para atender pacientes de medicina y cirugía general al mismo tiempo. En cada uno de estos servicios volvemos a notar el problema antes mencionado del paciente quirúrgico con un promedio de estancia obligadamente mayor que el de los demás.

Considerando aisladamente el Servicio de Señoras, notamos que está localizado de tal manera que las pacientes ingresadas no es tan aisladas adecuadamente del Consultorio General. La visita diaria del médico se dificulta muchas veces, y para las pacientes es em barazoso, cuando se les tiene que examinar bajo las miradas indiscreta s de las personas ajenas a ese lugar. Así mismo, se ven en esta situación, las personas que están en tratamiento de enfermedades en las que deben tener al descubierto partes de su cuerpo, v.gr.: quem a duras.

En lo referente al laboratorio, considera el autor de que el número de exámenes que es posible realizar v.gr.: Hemograma, Hemato zoarios, Examen de Orina y Heces, y Antígenos Febriles, son insufici entes para poder dar una atención adecuada a los pacientes, tanto de consulta externa como hospitalizados. La ausencia de exámenes de Química Sanguínea, diversos cultivos bacteriológicos y otros ee ámenes de primordial importancia, hace muy difícil el trabajo de los mé dicos, especialmente en los casos de emergencia. Hasta la fecha no se puede hacer un estudio adecuado del Líquido Céfalorraquídeo, tan importante para el tratamiento de pacientes con enfermedades del Sis tema Nervioso Central.

La presencia de una sola técnica de laboratorio, hace muy ardua la labor, y muchas veces pacientes que se les puede tomar exáme

nes preliminares para un pronto diagnóstico, tienen que ser hospitalizados para tomar las muestras en los días subsecuentes; esto por lo tanto implica mayores gastos y recargo de trabajo para el personal.

No existe un Banco de Sangre adecuado, pues los únicos exámenes que se realizan previos a una transfusión son el simple tipeo sanguíneo y Rh. sin hacer la prueba cruzada, de tanta importancia, ni mucho menos pruebas de Coombs.

Otro problema que encuentro en el Banco de Sangre es la falta de un refrigerador adecuado para el almacenamiento de la sangre. En las refrigeradoras que existen se refrigera todo tipo de medicamentos que lo necesita, como vacunas, diversas soluciones inyectables y hasta se obtiene hielo para el uso de los pacientes hospitalizados y el personal.

Indudablemente bajo estas condiciones ninguna sangre puede durar un tiempo suficiente para ser usada en días posteriores, de tal manera que en estas circunstancias una persona que necesite sangre tiene que conseguir donantes inmediatos, con las mismas características de sangre de ella (compatible), no pudiendo permutar sangres diferentes como se hace en un verdadero Banco de Sangre.

Los médicos que laboran en este Centro de Salud, se ven muchas veces en grandes dificultades cuando se necesita sangre de urgencia realizando verdaderos actos heroicos por salvar la vida de los pacientes, especialmente de aquellos que tienen que sufrir intervenciones de Cirugía Mayor.

Personalmente el autor realizó, durante su Servicio Social, dos Histerectomías Abdominales por ruptura uterina, en donde no se pudo administrar ni una gota de sangre. Esto constituye un gran riesgo para el paciente al verse sometido sin sangre a tales intervenciones quirúrgicas.

De más está decir que es casi imposible obtener sangre en casos de urgencia de parientes y amigos que en ese momento se encuentran con el paciente. El terror de perder un poco del precioso líquido, hacen casi imposible su obtención, aún cuando el paciente

ofrezca pagársela.

Todo lo anteriormente dicho, hace de imperiosa necesidad la existencia de un adecuado Banco de Sangre.

En lo que respecta a la farmacia, no se cuenta con una reserva de medicamentos de primordial necesidad. La hidratación de niños, muchas veces tiene que ser llevada a cabo con sueros inadecuados, con el riesgo correspondiente, debido a que los sueros a necesitar se han terminado y no han sido repuestos. De más está decir que la administración de electrolitos se hace en base clínica, ya que no existe ayuda del laboratorio.

Los tipos de antibióticos utilizables con muy limitados y sólo bajo los esfuerzos del Patronato del Hospital se puede contar en algunos casos con medicamentos fuera de lo común. Careciendo de pruebas de sensibilidad para microbios, el tratamiento se hace en base clínica.

La Sala de Operaciones es un edificio de paredes exteriores poligonales, localizado como ya se dijo antes, en el patio del Centro de Salud. Consta primordialmente de una mesa de operaciones con luz directa, un autoclave, un ebullidor, un aparato de aspiración, un aparato de succión continua, lavatorio para cirujano y otros muebles e implementos. Mantiene satisfactoriamente la temperatura interna un aparato de aire acondicionado. Los tipos de anestesia que se administran son: anestesia local, eter abierto, trileno, pentotal, y anestesia raquídea de pontocaína pesada; esta última es administrada por el cirujano; las otras, usualmente por una enfermera graduada o en Servicio Social, aunque algunas veces el médico que no está de turno es llamado para administrarla.

No se tiene un aparato de anestesia por gases ni un anestesista, teniendo por lo tanto cada operación, que ser limitada en su duración y en general con bastantes más riesgos para el paciente que lo común. Algunos de los aparatos como el aspirador, no se encuentran en buenas condiciones, lo que dificulta las operaciones en las que hay bastante derrame de líquido v.gr.: cesárea.

Otros medios quirúrgicos con que se cuenta en la Sala de Operaciones son: una caja de laparotomía grande, una caja de laparotomía pequeña, dos equipos de legrado, dos equipos de punción lumbar, una caja de anestesia para pentotal, dos cajas para atención de partos, un equipo de traqueostomía, dos forceps Simpson, un equipo de punción pleural, un equipo de paracentesis, un resucitador eléctrico, nueve espéculos, tres cajas pequeñas para cirugía menor, dos pinzas de biopsias para cuello uterino, un equipo de garfios, y varias sondas Nelaton y Foley.

Varios de estos instrumentos y equipo no se encuentran en buenas condiciones y el hecho de estar en cantidad limitada hacen que las operaciones sean sujetas a las circunstancias.

No se cuenta en la actualidad con un aparato de Rayos X en buen funcionamiento, por lo que es necesario recurrir en su defecto, a un aparato de fluoroscopia que así como no demuestra tan fielmente las lesiones como aquel, también constituye riesgo considerable para el personal médico por las radiaciones.

El personal médico-administrativo que labora en el Centro de Salud, es variable, especialmente el relacionado con el número de enfermeras tanto graduadas, en Servicio Social o auxiliares; actualmente el total del personal consta de: un médico director a tiempo parcial; dos médicos en Servicio Social a tiempo completo con el cargo de asistentes de residente; un odontólogo en Servicio Social a tiempo parcial, una enfermera graduada con el cargo de Supervisora; dos enfermeras graduadas; cuatro enfermeras en Servicio Social; once enfermeras auxiliares; una laboratorista; una encargada de farmacia; una encargada de archivo; una administradora; una secretaria de dirección; dos inspectores de saneamiento; dos cocineras; tres lavanderas; cuatro empleadas de aseo; un portero; dos mozos de servicio; dos mozos de saneamiento y un motorista.

Para cumplir los requisitos médico-asistenciales del Centro de Salud, es indudable que el personal actualmente existente es insuficiente, especialmente en lo referente al personal de enferme-

ría que en días de ardua labor se ve imposibilitado de cumplir con sus obligaciones teniendo que recurrir al resto de personal que no esta de turno en esos momentos.

El Centro de Salud tiene un número efectivo de camas alrededor de 45. Si aceptamos que por cada 7 camas debe existir una enfermera graduada o en servicio social y 3 auxiliares, para el número de camas actual deberían existir 7 enfermeras de la primera categoría y 19 de la segunda. Ambas cantidades no están satisfechas al presente.

En lo que respecta a las proyecciones futuras del Centro de Salud, creo que éstas se pueden considerar desde el punto de vista inmediato y lejanas. Al presente la muy buena administración del actual director, Dr. Gustavo Mejía Duarte, ha hecho posibles varias remodelaciones y construcciones que han mejorado notablemente las condiciones de este Centro de Salud.

Uno de los factores que ayudan al mejor funcionamiento del hospital y por consiguiente a velar por un futuro mejor, es el Patronato del Centro de Salud, que con sus contribuciones monetarias y entusiasmo han logrado muchas mejorías de otra manera imposibles. Entre las entusiastas personas que forman parte del mismo, hay que mencionar al Dr. Rafael A. Figueroa (odontólogo), que en forma desinteresada y altruista ha trabajado con vigor en pro del Centro de Salud.

La proporción actual de camas por habitantes es de 0.3 por mil; siendo la recomendada 2.5 por mil. Como se puede apreciar, un gran porcentaje de personas (30% aproximadamente) quedan sin hospitalización.

En noviembre de 1965 se realizó un estudio en informe para la preparación de un programa de construcciones hospitalarias, en el cual el Dr. Rafael Pliscoff contribuyó con el trabajo: "Fundamentos y Programas para la Construcción del nuevo Hospital-Centro de Salud de Chalatenango".

Aunque este trabajo no es considerado actualmente definitivi

vo sino proyecto, me he permitido hacer algunas observaciones al res  
pecto.

El Hospital-Centro de Salud que se proyecta construir cons  
tará de 100 camas y aparentemente estará equipado con todos los re-  
quisitos necesarios para el buen desarrollo de sus funciones. Obser-  
vamos en el trabajo del Dr. Pliscoff que uno de los mayores problemas  
con que se va a contar en esta institución va a ser el personal, tan  
to en número como en capacidad, ya que se habla de contar con un la-  
boratorio moderno, un servicio de radiología, una morgue y sala de  
autopsias y una farmacia bien administrada. Considerando nada más es  
tos aspectos, vemos que para el buen funcionamiento de estas depen-  
dencias se necesitará un personal especialmente entrenado o titulado,  
para su buen desarrollo. Es de mi opinión que en la actualidad va a  
ser bastante difícil que tecnólogo, patólogo o radiólogo, tenga inten  
ciones de trabajar en Chalatenango excepto por una buena paga.

El área de hospitalización considerada es de 100 camas. Ya  
hemos visto que para las 45 camas actuales el personal de enfermería  
con que se cuenta es insuficiente y según mis conocimientos no puede  
ser adecuado por falta de fondos en el Ministerio de Salud Pública y  
Asistencia Social. Desgraciadamente no he podido encontrar literatu  
ra que me informe como va a poderse satisfacer esta demanda de perso  
nal en este nuevo Hospital-Centro de Salud, ya que probablemente el  
número total de este personal será más del doble del actual.

Evidentemente vemos que si consideramos el número de perso  
nal por camas antes descrito, para las 100 camas se necesitarán 15  
enfermeras graduadas o en servicio social y 43 auxiliares. Es difícil  
creer que este número de personal sea completado existiendo ac-  
tualmente deficiencia con menos de la mitad de camas.

Hay que hacer notar que el número óptimo de camas que el  
nuevo hospital debería de tener para alcanzar el número ideal de 2.5  
camas por mil habitantes serían 230 camas, pero ha sido reducido a  
100 en base a la idea de que su distribución no es fija sino sensible.  
Por ejemplo en caso de más demanda de camas en maternidad y pocas en

pediatría, ésta cedería local y personal a aquella, y de la misma manera en otros servicios del hospital.

Continuando nuestras observaciones en este proyecto se habla de Cirugía Ocular, cuarto y equipo de anestesista, la realización de cirugía ortopédica, todo lo cual implica que se deberá de contar en el futuro con un personal de especialistas en estas materias.

El autor bajo las circunstancias que vive actualmente la medicina en el país y especialmente las que predominan en el Centro de Salud de Chalatenango, considera muy difícil que se realicen adecuadamente tales actividades. El número de personal auxiliar que se necesitaría para realizar las labores diarias de este hospital-centro de salud que en proyecto es bastante completo en todos los sentidos, es considerable. De la misma manera habrá que considerar un gran gasto para su mantenimiento en el futuro.

En el proyecto que se considera, se hace mención de grandes cantidades de equipo tales como equipo portátil de rayos x y fluoroscopia, además de las unidades fijas correspondientes; cámara refrigeradora para cadáveres, refrigeradora especial para Banco de Sangre, cámaras frigoríficas de alimentos, planta eléctrica de emergencia, etc., cuyos gastos es de presuponer que están contemplados en el cálculo inicial del costo total del Hospital-Centro de Salud que alcanza la suma de \$1.500.000.00.

El autor hace notar que en el proyecto de este Hospital-Centro de Salud no se hace mención de algunos equipos que considera necesarios e indispensables como: en Sala de Operaciones, equipo de aspiración, equipo de succión continua e intermitente y resucitadores. En Sala de Pediatría una incubadora para prematuros que considera necesaria. Para uso general del hospital 1 ó 2 aparatos de electrocardiograma.



VI - RESUMEN Y CONCLUSIONES -

- 1) Se analizan 1563 consultas externas y 1330 egresos hospitalarios tomados al azar de los registros de consultas y egresos diarios.
- 2) Se distribuyen cada uno de ellos por edades, por procedencia y sexos, ampliándose el estudio para los egresos en que se analizan días de estancia y condición de salida.
- 3) Tanto en consulta externa como en egresos, la patología más frecuente fue la relacionada a problemas de índole gineco-obstétrico.
- 4) En lo referente a sexo hubo ligera predominancia del femenino.
- 5) Las edades más frecuentes fueron entre 15 y 29 años y 30 y 49 probablemente debidas a la influencia del sexo y patología.
- 6) En una población esencialmente rural (72%), se encontró diferencia significativa entre urbanos y rurales, atribuyéndose esta diferencia a las distancias y vías de accesibilidad.
- 7) Las regiones vecinas a la Troncal del Norte no contribuyeron significativamente ni a la consulta externa ni a la hospitalización.
- 8) La mayor procedencia de pacientes foráneos fue de la República de Honduras, tanto en consulta externa como en hospitalización, debido a la escasa asistencia médica en las regiones aledañas a la frontera.
- 9) Se hace resaltar la gran incidencia de diagnósticos vagos y no específicos, que se han tenido que clasificar como causas mal definidas y desconocidas de morbilidad y mortalidad, atribuyéndolos el autor, en los casos de consulta externa, a factores ajenos al personal médico y en los casos de hospitalización a deficiencias de dicho personal.
- 10) Se concluye que la capacidad hospitalaria del Centro de Salud es insuficiente al momento actual. El número existente de camas por habitantes es de 0.3 x 1.000 cuando lo ideal debería ser de 2.5 x 1.000.

- 11) Se concluye que las distancias de los hogares de los pacientes al Centro de Salud influyen su hospitalización, considerándose se que las personas residentes en lugares alejados son hospitalizadas con más frecuencia que las de residencias cercanas al Centro de Salud.
- 12) La mayoría de los pacientes egresados tuvieron un promedio de estancia menor a los 5 días y su condición de salida fue de mejorada. Es de opinión del autor que la causa de ello radica en la escasez en el número de camas, así como también la hospitalización de pacientes con enfermedades que no la necesitan técnicamente y que no permanecen hospitalizados largo tiempo.
- 13) Se hacen consideraciones sobre la influencia de las distancias del Centro de Salud a los hogares de los pacientes con respecto a los días de estancia y se concluye que evidentemente parece haber una relación directa entre ambas.
- 14) En lo que respecta a la distribución de los diversos servicios se considera en términos generales que además de ser reducido su número de camas, la distribución de las mismas es inadecuada concluyéndose que al presente el Centro de Salud es incapaz de llenar los requisitos necesarios para un buen funcionamiento.
- 15) Se hace notar las deficiencias que adolece el actual Centro de Salud en lo referente a personal y equipo en general. Es imperioso que se hagan prontas mejoras en estos aspectos tanto para lograr una mejor atención del paciente como para descargar el trabajo del Centro Médico Nacional al cual muchas veces se tiene que recurrir.
- 16) Se recomienda se estudie cuidadosamente el proyecto del nuevo hospital-centro de salud, sobre los aspectos de equipo y personal, ya que se comprende que si el Centro de Salud actual adolece de muchas deficiencias por carecer el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de fondos necesarios, esta nueva Institución acarrearía un aumento considerable en los gastos en gene-

ral. Por lo tanto es necesario que el Presupuesto Nacional en lo referente a Salud Pública sea considerablemente aumentado no sólo para llenar las necesidades antes apuntadas del actual Centro de Salud, como para preveer los enormes gastos que la nueva institución acarrearía.

MARIANO CACERES

MC/ldt.-

- BIBLIOGRAFIA -

- 1 - Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos, TERCER CENSO NACIONAL DE POBLACION 1961. San Salvador 1965, 10-13, 34-36 p.
- 2-- Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos, DICCIONARIO GEOGRAFICO DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR 1959. San Salvador 1959, 258 p.
- 3 - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Planificación y Evaluación en Salud, DISTANCIA Y RUMBO DEL CENTRO DEL CANTON A LA RESPECTIVA CABECERA MUNICIPAL, CLASIFICADOS POR DEPARTAMENTO. REPUBLICA DE EL SALVADOR. Departamento de Chalatenango 1-6 p.; San Salvador 1965.
- 4 - Pliscoff, Rafael, Fundamentos y Programas para la Construcción del nuevo Hospital-Centro de Salud de Chalatenango. En ESTUDIOS E INFORME PARA LA PREPARACION DE UN PROGRAMA DE CONSTRUCCIONES HOSPITALARIAS. San Salvador 1965, 84-117 p. (mimeografiado).
- 5 - Renderos Merino, Godofredo, CIRUGIA MAYOR ELECTIVA Y DE URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CHALATENANGO (EN UN AÑO DE SERVICIO SOCIAL) San Salvador 1966, 58 p. Tesis mimeografiada.
- 6 - Archivo interno del Centro de Salud de Chalatenango.

...0000000...