



**Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública**



**EXPERIENCIA SANITARIA DURANTE EL CONFLICTO ARMADO
SALVADOREÑO EN LA COMUNIDAD SANTA MARTA, MUNICIPIO
DE CIUDAD VICTORIA CABAÑAS PERÍODO
MARZO – AGOSTO 2016**

Tesis para Optar a Título de Maestro en Salud Pública

Presentado por:

Dr. Salvador Escobar López

Asesora de Tesis

Licda. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza

San Salvador, diciembre de 2016

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

**Lic. Luis Argueta Antillón
RECTOR INTERINO**

**Dra. Msp. Maritza Mercedes Bonilla Dimas
Decana de la Facultad de Medicina**

**Licda. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza
Coordinadora de Maestría en Salud Pública**

JURADO CALIFICADOR

**Licda. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza
Licda. Msp. Hilda Cecilia Méndez de García
Licda. Msp. Edith Veraliz Morán Hernández**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO:

Por guiarme, darme fuerza, fe y voluntad para superar las adversidades en mi vida y sobre todo por darme la oportunidad de compartir este nuevo triunfo.

“Gracias a dios todopoderoso, estad siempre gozosos, dad gracias en todo, porque esta es la voluntad de dios.” 1 Tesalonicense 5: 16-22

A MIS PADRES:

A la memoria de mi padre, a quien no logré conocer físicamente y que desde el cielo ha sido mi guía espiritual para lograr ser lo que ahora soy., a mi madre quien siempre creyó incondicionalmente en esta lucha por el conocimiento, a quien le debo el sacrificio material, la sabiduría de sus consejos y por supuesto por enseñarme a ser de la humildad una fortaleza digna...

A LOS/AS INCANSABLES BRIGADISTAS SANITARIOS Y COLABORADORES/AS INTERNACIONALISTAS DE LA SALUD:

A los que ofrendaron su vida en el cumplimiento de su deber, expresando el más alto nivel del revolucionario. A los hombres y mujeres que conformaban las brigadas sanitarias de las gloriosas fuerzas del ejército del pueblo durante el conflicto armado salvadoreño en la zona geográfica de los cantones de Peña Blanca y Santa Marta del municipio de Ciudad Victoria del departamento de cabañas, por su incalculable sacrificio y enseñanzas a las nuevas generaciones que hoy en día practican la salud pública, Por brindar su valiosa información y hacer de esta investigación un éxito. A los hermanos/as internacionalista que sirvieron en nuestra causa que dios los honre en su gloria por hacer de su gracia y conocimiento la paz y la misericordia de los pobres...

“Pero un samaritano que iba de camino, vino cerca de él, y viéndole fue motivo de misericordia, acercándose vando sus heridas, echádoles aceite y vino, poniéndoselo en su cabalgadura lo llevo a un mesón y cuido de él...” Lucas 10: 30 – 35 parábola del buen samaritano

A MI ASESORA DE TESIS Lcda. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza:

Por su paciencia, apoyo incondicional durante el proceso docente y asesoría de tesis, al alto nivel de dirección técnica que se extiende desde su instinto maternal hasta su imparcial conciencia profesional que inspira a la superación de las nuevas generaciones de salubristas que hoy en día aspiramos a ser parte de este mundo lleno de esperanzas por una mejor salud pública.

“La enseñanza que deja huella no es la que se hace de cabeza a cabeza, sino de corazón a corazón”
Howard Hendricks

DEDICATORIA

A mi hijo Salvador Marcos Escobar Ayala y los hijos e hijas de los/as valientes Brigadistas sanitarios de nuestra querida comunidad Santa Marta, que con su ejemplo nos permiten creer en lo imposible y llenarnos de esperanza de un mundo mejor.

RESUMEN

TITULO: Experiencia sanitaria durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta municipio de Ciudad Victoria, marzo a agosto de 2016.

PROPOSITO: Esta historia se justifica en la oportunidad de poder mostrar cómo es posible lograr salud con el más mínimo recurso, con prácticas nuevas, que requerían mucha suerte y expresión de la naturaleza, así como las habilidades de hombres y mujeres que conformaban los/as brigadistas sanitarios del ejército popular de El Salvador ubicados en el área de combate de la heroica comunidad Santa Marta.

MATERIAL Y METODO: Se usó el Método de Investigación Cualitativa mediante un estudio exploratorio descriptivo de corte transversal con enfoque histórico, el cual se aplica cuando se desarrolla una investigación por primera vez y no plantea hipótesis, que parte de la imagen descriptiva en un tiempo específico delimitado por hechos que acontecieron mucho antes. La población seleccionada, son habitantes de la comunidad Santa Marta que estuvieron relacionados directa o indirectamente con el proceso de atención sanitaria durante el conflicto armado.

RESULTADOS: En el estudio se puede verificar que la experiencia sanitaria obtenida durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta fortalece la realidad de la salud pública local de la comunidad en el marco de la reforma del sector salud y a la vez motiva sus procesos educativos, organizativos y de su memoria histórica.

CONCLUSIONES: La experiencia sanitaria obtenida durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta, su estructura, organización, prácticas sanitarias y la participación de la población civil en la reivindicativa del derecho a la salud se logra sin duda por el resultado de la necesidad y la base del experimento ensayo de las ciencias médicas que se desarrollaron en un momento de adrenalina social de un pueblo que dio todo para poder sobrevivir.

RECOMENDACIONES: Fortalecer la construcción histórica de los procesos sanitarios desarrollados durante el conflicto armado salvadoreño a través de la reforma de salud, retomando las características sociales, históricas y de idiosincrasia que empoderen a las personas y sean estas los actores principales para la construcción y éxito de su propio derecho a la salud.

CONTENIDO

Capítulo	Página
I – INTRODUCCION	1
II - OBJETIVOS.....	3
III- MARCO DE REFERENCIA	4
IV - DISEÑO METODOLOGICO	32
V. RESULTADOS	43
VI - DISCUSION.....	61
VII - CONCLUSIONES.....	65
VIII - RECOMENDACIONES.....	67
IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	69
ANEXOS	73

I – INTRODUCCION

El estado de salud de una población indica el comportamiento del proceso salud- enfermedad de una comunidad en un momento determinado a través de la relación que existe entre el ser humano y la naturaleza desde un punto de vista biológico, psicológico y social.

En El Salvador, los servicios de salud estuvieron expresados de la manera más tradicional y sin dirección única ya que su base de prestación de servicios fue siempre de manera fragmentada y desorganizada, dando prioridad a diversos grupos poblacionales de acuerdo a su situación de aporte económico, acceso geográficos y otras maneras que a fin no garantizan el estado de salud de su población.

En el departamento Cabañas, en donde se encuentra la comunidad Santa Marta, la situación de salud a lo largo de la historia ha sido una odisea, siendo este un territorio excluido de los servicios de salud por parte del Estado Salvadoreño, sumándose a ello la violación de los derechos humanos durante el conflicto armado.

La comunidad Santa Marta, territorio ubicado en el municipio de Ciudad Victoria a 115 km al noreste de San Salvador, Se caracteriza por su historia de lucha por los derechos humanos y organización comunitaria, su antecedente hace raíz en una comunidad repoblada en 1987, después de su exilio en Honduras a causa de la agresión militar en marzo de 1981., Durante la guerra (1980 – 1992) se libró una batalla inequitativa debidamente marcada en donde unos podían tener todo el arsenal de recurso humanos y materiales para poder acertar en su objetivo, mientras que otros dependían de las habilidades natas, escasas de recursos, la naturaleza expresada en las características de cada ser humano y la gracia de Dios. En cuanto a los servicios de salud

durante este período es una de tantas áreas objetivas de estudio para los pobladores de esta comunidad, para poder estudiar y proyectar las más increíbles epopeyas de la experiencia sanitaria vivida en esa época. Esta historia se justifica en la oportunidad de poder mostrar cómo es posible lograr salud con el más mínimo recurso, con prácticas nuevas, que requerían mucha suerte y expresión de la naturaleza, así como las habilidades de hombres y mujeres que conformaban los cuerpos sanitarios del ejército popular de El Salvador ubicados en el área de combate de esta heroica comunidad.

Lo innovador de dicha investigación consiste en que generará herramientas teóricas que motiven a la población de la comunidad Santa Marta para el fortalecimiento de sus procesos educativos, organizativos, de memoria histórica y a la Salud Pública local en función de favorecer los conocimientos de las nuevas generaciones y así poder describir las más increíbles formas de poder hacer salud pública en situaciones completamente adversas.

Por otra parte la población de la comunidad Santa Marta ha manifestado su interés y disposición de involucrarse en el desarrollo del proceso investigativo, de igual manera Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en la zona e instituciones gubernamentales como la gobernación departamental de Cabañas conocen de los propósitos del estudio y han expresado su interés y disposición de participar en dicho trabajo.

El problema a investigar en el presente trabajo es la experiencia sanitaria durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta en el periodo de marzo a agosto de 2016

II - OBJETIVOS

Objetivo General

- ❖ Analizar la experiencia sanitaria durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta del municipio de Ciudad Victoria Cabañas

Objetivos Específicos

- ❖ Identificar la estructura de organización sanitaria desarrollada durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta
- ❖ Investigar las prácticas sanitarias más usadas durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta
- ❖ Describir la participación de la población civil en las actividades sanitarias durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta
- ❖ Describir las evidencias sobre el uso de herramientas sanitarias durante el conflicto armado salvadoreño

III- MARCO DE REFERENCIA

La situación de salud en los países subdesarrollados, constituye un problema que a lo largo de la historia ha sido muy difícil de solucionar sin que exista voluntad política de los gobiernos por mejorarlo y como efecto se tiene un sistema de salud fragmentado y difícil de poder integrarlo¹

En el último siglo la medicina dio un giro tanto de manera cuantitativa como cualitativa, logrando extremos prometedores en la historia de la medicina, las guerras mundiales y otros eventos adversos fueron los momentos claves para el experimento y conseguir dar respuesta a las ciencias médicas y crear teoría, descifrando códigos y paradigmas que mantuvieron dogmas sociales de mitos y leyendas que describían el rumbo de la sociedad de ese entonces.²

En América, específicamente en Centroamérica, dicho siglo finalizó con situaciones denominadas para muchos “efectos de la guerra fría” que representó expresiones sociales que cambiaron la vida de muchas personas para siempre, mezcladas entre el sufrimiento, el dolor y la esperanza de un mañana mejor, en donde se puede contar desde las historias menos aterradoras hasta aquellas que hoy en día no han podido ser contadas y que pueden representar tanto orgullo para la historia salvadoreña así como aportes a la ciencia médicas en la salud pública y las nuevas generaciones

Como lo sostenía Einstein las situaciones más estresantes, adversas, imposibles y hasta al punto social prohibidas, son para el ser humano la mejor forma de expresar su capacidad, actitud y aptitudes natas³

¹ Ryle John, "Medicina social y Salud Pública", en "Desafíos de la Epidemiología", Pág. 126-128..
Publicación Científica N° 505, OPS, 1988

² Sandoval H., Situación y tendencias de la salud pública, en "La crisis de la Salud Pública", op. cit.

³ www.abc.es/ciencia/.../abci-quince-pensamientos-albert-einstein-201412121400.html

En los diferentes países del mundo la salud se considera como un derecho, que el estado debe garantizar a sus ciudadanos, En El Salvador se describe en la constitución de la República en el art. 65 y se materializa mediante el Ministerio de Salud que es el ente rector de este servicio.^{4 5}

Con la Declaración de Alma Ata que es el mayor pronunciamiento internacional en salud que hasta ahora haya tenido lugar en el mundo. Después de 30 años, sigue siendo el marco en el que se reconocen y confluyen la mayor parte de quienes luchan por el derecho a la salud de los pueblos

Alma Ata proclamó que la atención primaria de la salud (APS) es la clave para lograr salud para todos los pueblos del mundo en el tiempo de una generación. El Dr. Halfdan Mahler, director general de la OMS entre 1973 y 1988 y máximo impulsor de las ideas de Alma Ata, ha dicho muchas veces que la APS es una estrategia dentro del sistema de valores de Salud Para Todos, que es la verdadera meta a alcanzar en el espíritu de la justicia social. Alma Ata se dio en el marco del reconocimiento de que un “nuevo orden económico mundial” más justo era imperativo⁶

.La Declaración representa una revolución del pensamiento en salud que promueve cambios políticos, técnicos y en la asignación de recursos. Declara que la salud es un derecho humano fundamental, que las desigualdades en salud entre y dentro de los países son política, social y económicamente inaceptables, reconoce la relación entre salud y desarrollo, el derecho y el deber que tiene el pueblo de participar en la planificación y aplicación de la atención en salud Llama a la acción urgente de los gobiernos, el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial a sumarse a la APS para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.. Así

⁴ www.constitution.org/cons/elsalvad.htm

⁵ HOCHACHKA Gail, “*Desarrollando la sustentabilidad, desarrollando el Ser*”, Victoria Canadá, Págs. 137

⁶ <https://es.scribd.com/doc/93535452/El-Significado-de-Alma-Ata>

mismo, señala que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos y que uno de los principales objetivos de gobiernos, organizaciones internacionales y de la comunidad mundial debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social económicamente productiva. Declara a la atención primaria de la salud como la estrategia fundamental para lograr la salud para todos y la define como la función central y el núcleo principal del sistema nacional de salud y como parte integrante del desarrollo social y económico de la comunidad.⁷

”La APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el países puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación...” La Declaración de Alma Ata identifica los componentes fundamentales de la

APS, resalta la importancia de la acción intersectorial y descentralizada y la integración del equipo de salud con un criterio multidisciplinario y de articulación de otros saberes. Llama a que todos los gobiernos formulen estrategias, políticas y planes y apela a la voluntad política para movilizar los recursos necesarios “De este modo, la atención a la salud como expresión de la calidad de vida, el estudio de los determinantes, el desarrollo prioritario de los servicios de base adecuadamente integrados al sistema, y con la activa y fundamental presencia de la población como sujeto del cambio, es llamada atención primaria de la salud. Primaria en el sentido de principal y prioritaria. El que se ejerza mayormente por un nivel no la limita a ello, es núcleo del sistema en su conjunto, que incluye a los hospitales como instancias indispensables para resolver los problemas de mayor complejidad...La transformación planteada afecta fundamentalmente a las relaciones de poder” y centra el eje del sistema de salud en la población, desde donde se estructura un sistema integrado de servicios de complejidad creciente

⁷ www.promocion.salud.gob.mx/dgpps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

Según la OMS la Salud hasta hace unos años se definía como el máximo estado de bienestar biopsicosocial y no solamente la ausencia de enfermedades, sin embargo recientemente lo describe como el grado en que un individuo o grupo es capaz, por una parte, de realizar aspiraciones y satisfacer necesidades y, por otra, de cambiar o ajustarse al ambiente ⁸

El estado de salud de un individuo o una población nos indica el comportamiento del proceso salud enfermedad de una comunidad en un momento determinado a través de la relación que existe entre el ser humano y la naturaleza desde un punto de vista biológico, psicológico y social, generalmente es un medio para el desarrollo tanto de una persona, como de la comunidad en su entorno ambiental⁹

Según Winslow "la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud". ¹⁰

Según Milton Terris "La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones;

⁸ www.who.int/library/databases/paho/es

⁹ ALVAREZ Álvarez Sintés Gilberto "Medicina General integral" Primera Edición, Editorial Colectivo de actores, Habana-Cuba 1986

¹⁰ <https://www.significados.com/salud-publica>

educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud".¹¹

La Salud Pública se define como la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado.¹²

Según la OMS las disciplinas que integran la salud pública son las siguientes:

Ingeniería Sanitaria, Psicología, Veterinaria, Economía, Administración en Salud, Antropología, Sociología, Ciencias de la Salud, Demografía, Estadística, Ingeniería de Sistemas, Medicina, Biología, Ciencia Política y la Ecología

La salud como una disciplina integral aplicada se acompaña de diversos procesos como la educación y promoción de salud, la prevención de las enfermedades, su curación o control y su respectiva rehabilitación con el fin de dar respuesta a un problema de salud expresado. La Salud Pública es la disciplina encargada de la protección y mejora de la salud de la población humana. Tiene como objetivo mejorar la salud, así como el control y la erradicación de las enfermedades. Es una ciencia de carácter multidisciplinario, ya que utiliza los conocimientos de otras ramas como las ciencias biológicas, conductuales, sanitarias y sociales. Es uno de los pilares en la formación de todo profesional de la salud conocer las ocho funciones esenciales de la salud pública:

 Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.

¹¹ Terris M. "Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas", en "La crisis de la Salud Pública", Publicación Científica N° 540, OPS, 1992.

¹² Frenk J. La nueva Salud Pública, en "La crisis de la Salud Pública", Op. Cit.

- ❖ Vigilancia de la salud pública, investigación, control de riesgos y daños en salud pública.
- ❖ Promoción de la salud
- ❖ Participación de los ciudadanos en la salud.
- ❖ Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación, y gestión en materia de salud pública.
- ❖ Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación, y fiscalización en materia de salud pública.
- ❖ Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- ❖ Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- ❖ Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
- ❖ Investigación en salud pública.

Así como conocer las actividades claves de la salud pública las cuales son

1-Protección de la Salud

Son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos. Además se incluye la seguridad en el trabajo y en el transporte.

2-Promoción de la Salud

Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria. Así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud. La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.

3-Prevención de la Enfermedad

Se basa en intervenciones de prevención primaria, prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y rehabilitación de la secuela dejada por el o los daños de las funciones físicas,

Psíquicas o sociales.

4-Restauración de la Salud

Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en 2 niveles: atención primaria y atención hospitalaria. Las acciones de la salud pública responden a las funciones esenciales ya que con ellas se procede a cumplir con actividades organizadas por ejemplo por la comunidad responden a las FESP 3, 4, 5 y 6, entre ellas tenemos:

a-La educación: La enseñanza general básica debe ser gratuita a toda la población.

b- Política económica: Producción agrícola y ganadera, de bienes y servicios, de empleo y de salarios.

c-Política de vivienda, urbanismo y obras públicas.

d-Justicia Social: De impuestos, de Seguridad Social y de servicios de bienestar y recreativos o de ocio.

En El Salvador, la organización de los servicios de salud estuvieron expresados de la manera más tradicional y sin dirección única, la prestación de servicios fue siempre de manera fragmentada y desorganizada, dando prioridad a diversos grupos poblacionales de acuerdo a su situación de aporte económico, acceso geográficos y otras maneras que a fin no garanticen el estado de salud del pueblo, si no solamente por existir y subsistir a sus contribuyentes y proveedores del sistema.¹³

La situación de salud ha sido muy crítica, al no haber existido voluntad política clara por mejorarla y que se ha considerado amenazada por la posibilidad de que en algún momento los proyectos neoliberales de la oligarquía nacional que manejaron los gobiernos antes de 2009, puedan hacer práctica la continuidad de la privatización de los servicios de salud, del agua potable, la explotación minera y grandes proyectos como la construcción de represas de propiedad extranjera que provoquen severos daños a la salud pública, debido al impacto socio ambiental que pudieran generar.

¹³ [www.transparenciaactiva.gob.sv/foro-nacional de salud](http://www.transparenciaactiva.gob.sv/foro-nacional-de-salud)

No ha existido hasta después de 2009 programas de promoción en salud de manera integrales y accesibles en el que se deben ver involucrados los diferentes sectores de la sociedad, ya que a lo largo de la historia la salud se ha manejado desde un punto de vista curativo y en el cual se integra solamente al personal de salud a base de ver al usuario como un enfermo que necesita medicamentos y no como un ser humano que merece una atención de calidad que vaya desde la educación en salud, prevenir que se enfermedad, controlar y curar las enfermedades existentes, rehabilitar las discapacidades y sobre todo su participación y corresponsabilidad en el cuidado de su salud y el medio en que vive. ¹⁴

En la región paracentral a la cual pertenece el departamento de Cabañas en donde se ubica el municipio de Victoria la situación de salud tiene la misma historia, sumándosele la baja escolaridad, alto nivel de desempleo, desorganización de la población, alto grado de recibo de remesas desde los Estados Unidos el cual permite un acomodamiento y falta de interés social para poder resolver los problemas principalmente el de salud ya que su concepción se centra en lo curativo a través del medicamento en mano, provocando un medio asistencialista en donde la medicina privada toma ventaja, detalles que dan la peor imagen de lo público y generan cada día más desigualdad social llevando como común denominador un bajo nivel de salud y esperanza de vida.

Durante el periodo de guerra, previo al sistema actual de salud de El Salvador, Los servicios de sanitarios estaban organizados y concentrados en las grandes urbes, siendo el sector rural el más desprotegido. En este tiempo la geografía salvadoreña estaba dividida en zonas controladas por las Fuerzas Armadas de El Salvador FAES y las zonas controladas por la guerrilla del FMLN siendo esta lógica coherente con los servicios de salud, situación que agravó más la realidad de las comunidades que

¹⁴ <https://twitter.com/minsalud>

estaban en la segunda zona descrita, realidad que obligo a tomar medidas y formas diferentes de hacer salud o darle salud a su población a como fuera posible¹⁵

A la organización de los servicios de salud se le conoce como sistema de salud, en las circunstancias de la guerra la realidad de la población mostró la capacidad de poder lograr excelentes resultados aun en situaciones adversas, logrando garantizar el derecho a la salud de los que ahí habitaban, mediante una organización clandestina de servicios de salud, con muy escasos recursos humanos y materiales, con o sin ninguna preparación técnica profesional, solamente acompañados de guías (personas profesionales voluntarios y literatura) y la práctica desierta que se expresaba en su acertación o no de acuerdo al resultado obtenido.^{16 17}

SINTESIS HISTORICA Y GENERALIDADES DE LA COMUNIDAD SANTA MARTA

Con la firma del Acuerdo “Esquipulas II” del 6 de agosto de 1987, dos meses después, el 10 de octubre del mismo año renace lo que antes fue conocido como Cantón Santa Marta en Comunidad Santa Marta, tierra que vio regresar a sus primeros 1008 refugiados, que después de 5 años completaran todos su llegada mediante cuatro “éxodos o retornos” desde el campamento Mesa Grande del municipio de San Marcos Ocotepeque en la república de Honduras¹⁸

En el mes de marzo de 1981, los pobladores del Cantón Santa Marta, Peña Blanca y otros caseríos vecinos del municipio de Victoria fueron invadidos y obligados a abandonar sus viviendas y cruzar el rio lempa que delimita la frontera de El Salvador y Honduras mediante la operación “Tierra arrasada “lanzada por el Destacamento Militar N. 2 de Sensuntepeque que provocó la masacre del 18 de marzo en el rio

¹⁵ Análisis de la Situación de Santa de la comunidad Santa Marta Ciudad Victoria, Santa Marta, 2014 pag. 3 a 17

¹⁶ elsalvador.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files

¹⁷ www.mercaba.org/Pastoral/C/comunidades_eclesiales_base

¹⁸ www.guatemalaun.org/bin/documents acuerdos “Esquipulas II”

Lempa en donde fueron asesinados más de 100 personas entre niños/as, mujeres embarazadas y adultos mayores, más de 7000 refugiados y un territorio de dos cantones (Santa Marta y Peña Blanca) en ruinas en donde animales domésticos, cultivos y viviendas fueron completamente destruidos.^{19 20 21}

Los únicos pobladores de esta zona devastada por múltiples bombardeos y quemas fueron los miembros/as activos de las fuerzas guerrilleras del FMLN, en donde se destacaban los **brigadistas sanitarios** quienes con un limitado equipo de trabajo y bajo los escombros de viviendas destruidas representaban parte de la esperanza de seguir con vida en tan difícil escenario.

UBICACIÓN GEOGRAFICA DE LA COMUNIDAD SANTA MARTA

La comunidad Santa Marta está ubicada al norte del municipio de Ciudad Victoria a una distancia de 8 km del casco urbano, a 18 Km. de Sensuntepeque, la cabecera departamental de Cabañas y a 115 Km. al nororiente de la ciudad capital San Salvador, con una altura de 680 metros sobre el nivel del mar, es un territorio húmedo y subtropical con abundante bosques en su alrededor principalmente árboles de Amate, Ceiba, Laureles, Cichuite, Robles, Conacastes, Cedros, Chaparro entre otros, la zona está específicamente marcada por dos estaciones invierno y verano

El municipio de Ciudad Victoria limita al norte a través del río Lempa con la república de Honduras, al sur, al este y oeste con el municipio de Sensuntepeque que lo divide mayormente al noroeste por el río Quebrada Onda-Copinolapa, su superficie es de 139 km² con un área rural del 92%, que suma 11 cantones y 27 caseríos, un cantón de ellos todavía deshabitado (Peña Blanca) y La comunidad Santa Marta que se ubica en tres cantones con el 26% de la población total del municipio, mientras que

¹⁹ unfinishedsentences.org/es/reports/foia-rio-lempa

²⁰ ADES “memoria histórica Santa Marta” Sensuntepeque, 1997 pag. 23 a 220

²¹ www.elfaro.net/.../Demandan-a-la-CIA-por-ocultar-archivos-del-coronel-Ochoa-Pérez.

el pequeño casco urbano solamente representa el 8% total de la superficie del municipio²²

La comunidad Santa Marta extendida en tres cantones del municipio de Ciudad Victoria (cantón Santa Marta, El Zapote y Peña Blanca) cuenta con una propiedad en su mayoría colectiva de 985 manzanas de tierra, distribuida entre lotes para viviendas y parcelas para el principal sustento económico que es el cultivo de maíz, frijol y maicillo. La zona urbanizada está dividida en caseríos y colonias (caserío San Felipe, caserío Valle Nuevo, caserío El Rodeo y caserío Santa Marta centro con sus colonias Los Laureles, La Ceiba, Buenos Aires, 5 de noviembre y 10 de octubre sumado el canto El Zapote y Peña Blanca que es Zona Verde para cultivo y ganadería) que a pesar de ser un territorio rural, la definición de colonias es una designación local.

ASPECTOS SOCIO DEMOGRAFICOS DE LA COMUNIDAD SANTA MARTA

Las vías de acceso a la comunidad Santa Marta son principalmente las rutas de la carretera panamericana que va de San Salvador al municipio de San Rafael Cedros en el departamento de Cuscatlán, luego la carretera principal de Cabañas que conduce a Sensuntepeque y posteriormente a Ciudad Victoria, desde el casco urbano es por carretera local no pavimentada de 8 km hasta llegar a Santa Marta. Internamente las calles y pasajes de Santa Marta son de tierra y el transporte público que llega hasta Sensuntepeque, cabecera departamental de Cabañas, solo hace 3 viajes al día. Muy pocos poseen vehículo particular, lo que la convierte en una comunidad básicamente peatonal.

Las Situación estructural de las viviendas no es homogénea, pues existen viviendas en malas condiciones, viviendas con piso de tierra, paredes de bahareque o de

²² www.mipueblosugente.com/apps/blog/show/9574856-ciudad-victoria-cabanias

lámina, y existen viviendas de ladrillo y piso de cemento gracias a proyectos gestionados por la misma comunidad. La mayoría de las viviendas tiene una sola habitación lo cual permite un alto índice de hacinamiento. La economía está basada fundamentalmente en la agricultura (maíz, frijol, maicillo, arroz y hortalizas) y las remesas familiares de jóvenes que han emigrado a los Estados Unidos, la mayoría de las mujeres son amas de casa por el alto grado de desempleo que existe

El 23.45 % de las casas presentan buenas condiciones estructurales, por estar elaboradas con ladrillo y cemento, tomando en cuenta también el techo y el piso, encontrándose en un 39.23 % las que se evalúan con una situación regular ubicándose en un 38.12 % las casas con deficiencias estructurales en su totalidad construidas de adobe y bahareque desde 1987 y 1988, a estos criterios se añade la consideración del riesgo ante cualquier desastre natural. El grado de hacinamiento está dado por el número de personas que habitan en una casa, la cantidad de dormitorios en que está dividida la vivienda, la buena disposición y separación de sus partes, evaluándose de buenas el 36.5%, regulares 23.9% y de malas el 39.8% ya que la mayoría de las casas están constituidas por una sola habitación donde duermen todos los miembros de la familia, aumenta la posibilidad de transmisión de diferentes enfermedades y contribuye a crear problemas de convivencia en la familia.

En relación al abastecimiento de agua, solo el 59.92 % de las viviendas reciben el abasto de agua a través del servicio de acueducto, aunque con irregularidad, existen algunos hogares donde llega cada 15 días. El otro 40.08 % recogen el agua de nacimientos la cual no tiene ningún tratamiento seguro.

Existe un elevado riesgo de contaminación del agua por los factores siguientes:

1. Frecuencia de caída en un rango de 7 a 15 días que pueden producir la contaminación de la tubería por el agua estancada que entra por las roturas.
2. Uso de recipientes acumuladores en el hogar (pilas, barriles, cántaros, etc.)
3. Riesgo de crearse focos de larvas de zancudo transmisor del dengue.
4. Insalubridad.

5. Mal tratamiento en el hogar de pequeños volúmenes para tomar y cocinar.

Residuales líquidos: La falta de alcantarillado lleva a que todos los habitantes de la zona viertan los residuales líquidos de forma libre en un 75.1%, un 24.9% en resumideros lo cual contamina el manto freático (aguas superficiales) y de los pozos utilizados como fuente de agua para su consumo.

Existe un inadecuado manejo de los animales domésticos, debido a que la mayoría de familias tienen animales domésticos y de corral el 90.6% como perros, gatos, gallinas etc. de los cuales sólo el 100% están libres lo cual constituye un sistema negativo en la evaluación de las condiciones ambientales por la gran cantidad de enfermedades de las que estos son reservorios, sumándose una mala disposición de las excretas favoreciendo la aparición de vectores. No existen medidas de encierro necesarias para el control de la propagación de enfermedades. El 9.4% de los hogares no posee ningún tipo de animales.

Residuales sólidos. No se cuenta con un sistema de recolección sistémica de basura por tanto existen microvertedores de basura, acumulaciones de basura en toda la zona donde los habitantes de las colonias se deshacen de los desechos sólidos por vía libre, argumentando que abonan los terrenos y estos representan el 68.6% algunos queman la basura el 32.5% la queman, y muy pocos la entierran el 5.4%. Una vez al año se realizan jornadas de limpieza en coordinación con las diferentes organizaciones de la comunidad.

También hay vectores en el 100% de las viviendas ya que existe la presencia de diferentes vectores, representando un alto riesgo a la población de contraer enfermedades infecciosas transmitidas por estos. Este hecho se favorece por la irregularidad del servicio de agua que lleva a la población a almacenarla en depósitos que en su mayoría reúnen condiciones para la reproducción del mosquito transmisor del dengue, sumándose a esto la basura que acumula agua en los patios, además la mala disposición de los desechos sólidos líquidos, de las excretas y malas

condiciones higiénicas hacen un lugar propicio para la aparición de moscas cucarachas roedores y otros vectores de enfermedades.

El nivel cultural está en relación directa con el grado escolar alcanzado por la población, esto repercute en las condiciones higiénicas sanitarias de los hogares y a la vez en la alta incidencia de enfermedades infecto contagiosas que las afecta.

En general la población mantiene una situación económica desfavorable, ya que casi todos los hogares tienen como base de sustento el trabajo agrícola, labor en la que casi toda la familia participa y que deja bajos ingresos en la economía del hogar, creando dificultades en la satisfacción de las necesidades básicas por lo que cuando se presentan problemas de salud, ocupan un segundo plano para atenderlos. En algunas familias se tiene un ambiente psicosocial desfavorable por la alta incidencia de madres solteras y de hogares desintegrados por personas que viajan a los Estados Unidos en busca de mejores condiciones económicas y por causa de la guerra, a pesar de estos problemas la comunidad se caracteriza por una alta organización con la participación de la mayoría de la población, especialmente los jóvenes lo que favorece la realización de diferentes actividades sanas que contribuyen al encaminar al desarrollo de un ambiente social agradable

Santa Marta cuenta con 2,933 habitantes de los 12,122 del municipio, predominando el sexo femenino con el 53% y el grupo de edad entre los 15 y 35 años, considerándose una población mayormente joven, que se debe a dos factores fundamentales, uno la pérdida mayormente de hombres durante la guerra y la otra la creciente emigración en los últimos años hacia los Estados Unidos de América. La población está organizada a través de directivas, dentro de las cuales se encuentra: la Asociación de Desarrollo Comunal (ADESCO) de Santa Marta, El Rodeo, Valle Nuevo, San Felipe, El Zapote y las tres Cooperativa una de ellas encargada del área productiva y legalización de las Tierras las cuales son comunales, otra de proyectos y la otra de construcción de viviendas, Un equipo de Educación popular, un equipo de Salud, un comité contra el SIDA (COCOSI), Asociación de mujeres, Unión de

Jóvenes “Monseñor Romero”, jóvenes becarios, asociación de profesionales, REVELION (formado por jóvenes en formación de talleres de oficios varios) , organización de Lisiados de Guerra y Directiva de agua

Entre su infraestructura colectiva o instituciones gubernamentales y no gubernamentales se encuentra el Complejo educativo “10 de octubre 1987 “ que brinda educación desde preparatoria hasta bachillerato y tres escuelas más en los diferentes caseríos, la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Marta, el Puesto policial, la Iglesia católica, la casa comunal, Los invernaderos, la cancha Monseñor Romero, oficina de Asociación COCOSI, oficina de ADES y la oficina del comité de agua y saneamiento, sumado a ello la presencia de dos panaderías y un minisúper y una decena de tiendas que ofrecen productos de primera necesidad en concepto de distribuidores y abastecedores

Vale mencionar que la comunidad ha logrado a la fecha una cantidad de 75 profesionales, cerca de 150 estudiantes activos en la Universidad en diferentes carreras dentro y fuera del país destacándose la carrera de Educación, Medicina y Trabajo Social principalmente, además cuenta con más de 500 bachilleres. Los siendo todos estos recursos mencionados becarios en su mayoría a través de la gestión comunitaria y el esfuerzo de la educación popular impulsada desde el tiempo de la guerra.²³

ASPECTOS DE CREENCIAS Y RELIGION DE LA COMUNIDAD SANTA MARTA

La población que hoy habita Santa Marta conserva una huella bien marcada en cuanto a su forma de creer que data desde la organización en las llamadas comunidades eclesiales de base y por el papel verdadero que jugó la iglesia durante el conflicto armado, el 98.8% de la población se considera católica, sin embargo no se practica tradicionalmente lo que la iglesia católica apostólica y romana comúnmente orienta, aunque se conservan aun la celebración de los sacramentos

²³ www.abriendobrecha.org/santa-marta

del bautismo, comunión, confirmación y matrimonio, se mantiene una manera crítica de ver a la iglesia hacia un pensamiento más práctico basado en cada semejante o prójimo e incluso en los últimos tres años cerca de la mitad de los pobladores siguen una línea particular en donde la disciplina romana no define las reglas.

Las fechas festivas a celebrar se centran en el aniversario de regreso desde el refugio en Mesa Grande Honduras hacia El Salvador el 10 de octubre de 1987 y no en el 29 de julio que es el día dedicado a la virgen de Santa Marta o sea la fiesta patronal, sin embargo las fechas de semana santa y navidad siempre se celebran con el mismo fervor del resto del territorio nacional

SINTESIS HISTORICA DE LA COMUNIDAD SANTA MARTA

El cantón Santa Marta se ubica a 8 km del centro del municipio de ciudad Victoria territorio que fue conocido en la época colonial como chocai que significa tierra de gente blanca.

Es el más grande de los 11 cantones, su nombre fue bautizado en 1,918 como Santa Marta en honor a la virgen de Santa Marta que es la patrona cantonal, primeramente se nombraba a toda la zona que se ubicaba después del río “Quebrada honda” como el Peñón, después se le llamó a la zona más hacia el norte como Valle nuevo y los hacendados del Guayabal y la Chaparrera en conjunto con la iglesia católica le dieron el nombre que actualmente es conocida como Santa Marta

Después de los años 50 el cantón Santa Marta tenía los caseríos del Rodeo, El Peñón, El Plan de la Uvilla, Valle Nuevo, San Felipe, El Guayabal y Los Gonzales en el centro del cantón

Su población en los años setenta era de unas 150 familias aproximadamente unos 650 habitantes, colonos en su mayoría que dependían de las haciendas Los

González y El Guayabal, haciendas que se dedicaban a la ganadería, agricultura, hortalizas y crianza de animales de corral y peces

Las viviendas en su mayoría eran de bahareque, adobe y zacate, existía una escuela que alcanzaba el tercer grado, pero el 70% de los campesinos era analfabeto, católica su religión y dominados por la represión y acosamiento de la guardia nacional

A finales de los años setenta (1977-1979), los pobladores de Santa Marta, Peña Blanca y caseríos vecinos iniciaron un proceso que marcaría su vida para siempre, acontecimiento relacionado con la doctrina religiosa y la realidad que vivían a diario, vulnerabilidad que marco la influencia de las llamadas comunidades eclesiales de base en donde aprendieron a conocer sus derechos y sobre todo a saber que eran violados a todo nivel, que trajo como efecto expresar su desacuerdo con la realidad reivindicarlo y estar convencido de defenderlo si era posible con la propia vida, esta etapa marcaría los destinos de toda una generación de personas que empezaron a soñar en cambiar su amarga realidad en una realidad justa.

Después de estos años el territorio fue blanco de múltiples violaciones a los derechos humanos, que iban desde la privación del acceso a salir de la zona hasta la muerte, es así que nace una nueva forma de hacer vida y se fortalece la organización de masas y organización armada, bajo una estructura local que restablecía la oportunidad de algunos de los servicios básicos existentes en esa época como la educación y apertura otros como el servicio de salud, solamente que el enfoque sería muy diferente a los existentes en otras partes del territorio nacional.²⁴

La población no podía salir a buscar ningún servicio fuera de la zona antes mencionada, es entonces que los servicios de la organización clandestina los sustituyen y se fortalecen tanto en el voluntariado de recursos humanos como de

²⁴ adessantamarta.codigosur.net

demanda de atenciones. Mientras más se intensificaba el conflicto armado en la zona, más experiencia y nivel de respuesta tomaban los servicios sanitarios de atención a las fuerzas guerrilleras como a la población civil

Los pobladores de Santa Marta fueron víctimas, durante la guerra civil salvadoreña de la década de los 80, del operativo militar “Tierra arrasada” que consistía en aniquilar material y humanamente aquéllas poblaciones campesinas que se estimaba daban apoyo a la guerrilla , la gente perdió absolutamente todo, las viviendas fueron quemadas y destruidas por los bombardeos.

La posición geográfica, fronteriza con Honduras, les permitió huir hacia ese país el 17 de marzo de 1981, muchos murieron durante el operativo, en la persecución y otros se ahogaron el 18 de marzo mientras cruzaban el río Lempa luego de que los militares abrieron las compuertas de la represa “5 de noviembre” del río Lempa para asesinarlos. La gente se logró refugiarse en Honduras enfrentando dificultades en cuanto a necesidades básicas, Libertad y seguridad en los campamentos debido a la presencia permanente tanto del ejército hondureño como el salvadoreño permaneciendo en calidad de refugiados por más de 7 años.

Se organizaron bajo la supervisión del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y el Comité Nacional – hondureño - para Refugiados (CONARE) quienes mantenían autoridad máxima en la toma de decisiones sobre los refugiados y es dentro de ese complicado escenario donde comienza la experiencia y el aprendizaje para la autogestión colectiva, que se hacía difícil porque no gozaban de autonomía, pero lograban incidir en las decisiones que afectaba a la comunidad²⁵

²⁵ www.elfaro.net/es/201411/fotos/16291/Campos-de-refugiados.htm

Todo esto obliga a la población a retornar a Santa Marta el 10 de octubre de 1987 luego de la firma del Acuerdo “Esquipulas II” del 6 de agosto de 1987, pese a que la guerra en El Salvador continuaba.

Llegando a Santa Marta, la gente se encontró con una completa selva, todo estaba destruido, la gente comenzó a organizarse y se construyeron tiendas de campaña y luego viviendas provisionales de lámina y madera.

Las tierras fueron compradas a terratenientes y pequeños propietarios en 1988, las cuales se repartieron en pequeñas parcelas individuales destinadas para la vivienda de cada familia. La tierra de cultivo, que se adquirió con fondos donados principalmente por el Arzobispado de San Salvador, era de carácter colectivo por lo que la comunidad les llamó “el común”. El trabajo agrícola se organizó en grupos de trabajo y el almacenamiento de alimentos también se organizó de forma colectiva. Este trabajo fue posible por la esperanza de la comunidad de una vida nueva en su patria, por haber desarrollado una forma de vida colectiva en los campamentos de refugiados en Mesa Grande Honduras y por la ayuda internacional, quienes proveían de insumos agrícolas y víveres, necesarios para abastecer a toda la población.

En esta etapa, su actividad productiva, sus ingresos y subsistencia dependía de la agricultura en trabajo colectivo y de la ayuda internacional. Durante este periodo de tiempo, la población fue víctima de mucho hostigamiento militar, los operativos militares estaban a la orden del día, muchos cateos, capturas, bombardeos, ametrallamientos etc.^{26 27}

Esta situación hizo más necesaria la organización de todos los habitantes de la comunidad. La ayuda internacional cesó con la firma de acuerdos de paz y, abandonados por el Estado, no pudieron autofinanciar el trabajo colectivo que requería de maquinaria, mantenimiento e insumos; la apatía luego del fracaso de la última ofensiva, donde muchos pobladores de Santa Marta fueron a luchar, y la decadencia social (sectores acostumbrados a vivir de la cooperación internacional y

²⁶ www.caritaselsalvador.org.sv/programas/ddhh/432-pastoral-de-migrantes.htm

²⁷ www.uca.edu.sv/boletines/upload_w/file/.../4f9b22d3bf377losdesplazados.pdf

del trabajo colectivo de otros, paternidad irresponsable, alcoholismo, entre otros vicios) hicieron que desapareciera el trabajo colectivo en 1991 con la entrega de parcelas individuales

Así comienza una nueva etapa para Santa Marta, el individualismo se apoderó del lugar, las acciones gubernamentales y de los organismos encargados para llevar a cabo los programas de reinserción para excombatientes, contemplados en los acuerdos de paz, no fueron suficientes para lograr los objetivos para los cuales fueron creados. Uno de ellos fue el Plan de Transferencia de Tierras (PTT) que consiste en la creación de un banco de tierras a través de la compra a terratenientes y pequeños propietarios para beneficiar a los más afectados por la guerra a nivel nacional. La parcelación de las tierras del PTT se realizó bajo la figura jurídica “proindiviso”, de propiedad colectiva donde cada uno tiene designada una parcela no determinada parcelas que, al igual que las tierras adquiridas para la repoblación de Santa Marta durante la guerra, fueron posteriormente individualizadas. Este programa no logró impulsar el desarrollo de Santa Marta ya que las tierras, tanto para vivienda como para la producción agrícola, no iban acompañadas de asesoramiento y servicios necesarios para su correcta explotación y junto con la degradación de la economía agrícola y la falta de perspectivas de empleo obligaron a que las familias optaran por enviar a sus miembros más jóvenes a los Estados Unidos en busca de ingresos, quienes consolidaron el individualismo como forma de vida, influenciados por el estilo de vida estadounidense

Ante la precaria situación económica, a finales de 1993, una nueva organización llegó a asistir a Santa Marta en el área educativa a través de la Asociación de Desarrollo Económico y Social. Esta ayuda, nuevamente, bajo un modelo asistencialista, anuló la autonomía organizativa de Santa Marta. Más débil que en otras épocas, la Directiva Comunal no contrarrestó esta situación promoviendo iniciativas, esta vez no fue capaz de redefinir su identidad y sus funciones se redujeron a la organización de fiestas y aniversarios

En cuanto a la ayuda; brindada por la cooperación internacional, ONGs, instituciones estatales o del gobierno local; es preciso aclarar que es necesaria para los sectores económicamente deprimidos y marginados, pero la ayuda puede tener un valor caritativo o un valor sustentable. La ayuda puede ser negativa cuando se arroja en forma de caridad, sin asesoría ni participación popular, porque genera en la población una cultura asistencialista, caracterizada por el conformismo y desidia, haciendo que, antes de que terminen los proyectos realizados por la ayuda, la gente estire la mano para recibir más y sus necesidades nunca serán satisfechas de esta manera. Si por el contrario, se acompaña con el asesoramiento necesario para desarrollar capacidades en la población y se da lugar a la participación, a través de la autogestión y el esfuerzo solidario, permite la apropiación de los beneficios, fomenta un sentido de pertenencia y, en definitiva, el desarrollo sustentable a partir de la cooperación de amigos en el exterior.

SITUACION SANITARIA DURANTE EL CONFLICTO ARMADO SALVADOREÑO EN LA COMUNIDAD SANTA MARTA

ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA DURANTE EL CONFLICTO ARMADO SALVADOREÑO EN LA COMUNIDAD SANTA MARTA

La estructura sanitaria convencional en los países se expresa de diferentes maneras, en los países latinoamericanos predominan los mejor conocidos como sistemas de salud dirigidos por una Secretaría o un Ministerio que funcionan similarmente tanto en su definición política como jurídica que a su vez dependen directamente del poder ejecutivo del gobierno y que su razón de ser o funcionalidad depende de un presupuesto y planteamiento técnico delimitado en el tiempo y las definiciones políticas de cada sector o proyección ideológica de quien gobierna, esto principalmente en los países donde las autoridades se definen por el proceso democrático.

Los sistemas de salud más conocidos tienen estructura basada por los niveles de atención y las más evidentes son la atención ambulatoria y la atención hospitalaria, las cuales hoy en día se describen como primer nivel de atención ósea la atención ambulatoria y en la atención hospitalaria la dividen en segundo y tercer nivel de atención según la complejidad que este tenga.

Como entidad general de salud secretaria o ministerio de salud su estructura se simplifica desde una figura máxima que puede ser el secretario/a o ministro/a luego las figuras de dirección por niveles y establecimientos, le sigue la figura administrativa financiera, técnica, jurídica o de abastecimiento y luego la figura protagónica operativa que se expresa por las profesiones correspondientes (médicos/as, enfermeros/as y todas las profesiones que complementan el sector salud)

La estructura de la organización sanitaria durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta, estaba delimitada por una jerarquía piramidal que tenía como base los/as brigadistas sanitarios quienes eran la expresión operativa de la estructura, luego mantenía una figura de nivel intermedio que su mayor función era la parte técnica que se expresaba mayormente en la creación y formación de nuevos/as brigadistas sanitarios que en su mayoría lo integraban personal profesional voluntario de origen nacional o internacional y en la cúspide se encontraba el nivel superior conocido como equipo de mando de la estructura sanitaria, que tenía entre sus funciones principales la responsabilidad directriz o gerencia de la estructura, la gestión interna y externa de recursos humanos y materiales y la formaban figuras de alto nivel en la estructura militar de la guerrilla. Por otra parte se destacaba un componente esencial para el buen funcionamiento de la estructura sanitaria que estaba compuesto por la población civil que colaboraba tanto como garante del servicio sanitario o como usuario del servicio

Los niveles de atención estaban en relación a tres características propias de la medicina de guerra, una en relación si era atención de emergencia que podía ser la

expresión de atención durante el combate, otra cuando se trataba de atenciones en espacios conocidos como hospitales clandestinos, que se relacionaba con el paciente de atención continua por problemas de salud puramente consecuencia de la guerra y el tercero eran las atenciones preventivas para la tropa durante el tiempo que no se relacionaba con el combate directo, además a esta última se agregaba la atención a la población civil que habitaba en las zonas de conflicto y que no podía acceder a un servicio de asistencia médica gubernamental

EVIDENCIAS DE LA INFRAESTRUCTURA Y HERRAMIENTAS DE USO SANITARIO DURANTE EL CONFLICTO ARMADO SALVADOREÑO EN LA COMUNIDAD SANTA MARTA

En las grandes urbes de países desarrollados la infraestructura de los servicios de salud goza de la más alta tecnología en materia de construcción, así como de la instalación de equipos con tecnología de punta actualizada y modernizada para poder realizar los más destacados procedimientos clínicos quirúrgicos que describe la ciencia actual, con material o herramientas sofisticadas en donde los materiales son descartables o desechables, con aparatos electromagnéticos con tecnología digital y con una fuente inagotable de recursos que garantiza la obtención de medicamentos e insumos necesarios

En los países subdesarrollados no siempre se cuenta con el mejor presupuesto, sin embargo existe lo necesario para poder realizar la atención sanitaria de los usuarios

La infraestructura y herramientas de uso sanitario durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta se basó primordialmente en los escombros de viviendas bombardeadas, cuevas y en los llamados tatús, espacios subterráneos contruidos con el objetivo de mantener oculto el servicio sanitario así como para garantizar la seguridad ante el peligro de que las personas atendidas fueran descubiertas por sus adversarios o destruidos por algún bombardeo aéreo y el escenario más desafiante era la atención durante un combate en donde la

infraestructura consistía en la suerte de poder salir vivo tanto el brigadista como la persona que recibía la atención

Las herramientas de uso sanitario estaban en relación con un ligero equipo clínico quirúrgico que mediante los mecanismos de reutilización, esterilización y los insumos que la madre naturaleza proporcionara en la oportunidad de cada atención. La tecnología utilizada se basaba en la gracia viva de cada brigadista sanitario

PRÁCTICAS SANITARIAS MÁS USADAS DURANTE EL CONFLICTO ARMADO SALVADOREÑO EN LA COMUNIDAD SANTA MARTA

Entre las prácticas sanitarias más usadas se destacan las del área de cirugía basada en la medicina de guerra en donde se experimenta las grandezas del sistema inmune y la gracia del ser humano

Las heridas de bala o arma de fuego, politraumatismo, hemorragias, heridas gangrenosas y amputaciones de miembros son entre otras el diario vivir del brigadista sanitario de la zona de la comunidad Santa Marta durante el conflicto armado salvadoreño

Descripción del perfil epidemiológico durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta. Las principales causas de consulta o morbilidad se clasificaban en dos categorías la primera en lo relacionado a los/as combatientes de la guerrilla del FMLN y la segunda la de la población civil de la zona de la comunidad Santa Marta atendida por las brigadas sanitarias²⁸

Primeras 10 causas de atención sanitaria a combatientes del FMLN

- 1-Heridas de bala (por arma de fuego)
- 2- Enfermedades respiratorias agudas
- 3- Fracturas de miembros (superiores e inferiores)
- 4-Insolación
- 5- Politraumatismos

²⁸ amerpages.com/spa/elsalvador/items/view/19576/iglesia-bautista-emmanuel

- 6-Crisis de pánico (traumatismos psicológicos)
- 7-Enfermedad diarreica aguda / Deshidratación
- 8- Heridas gangrenosas
- 9-Micosis superficial del pie
- 10-Parasitismo intestinal

Primeras 10 causas de atención a población civil

- 1- Enfermedades respiratorias agudas
- 2- Crisis de pánico (traumatismos psicológicos)
- 3- Parasitismo intestinal
- 4-Enfermedad diarreica aguda
- 5-Enfermedades de la piel
- 6-Desnutrición por defecto
- 7-Anemia
- 8-Enfermedades acido péptica
- 9-Enfermedad febril aguda (paludismo)
- 10-Partos domiciliarios

Los torniquetes con cuerdas, restos de tela de pantalón y en ocasiones vejucos de los árboles o pencas de la corteza de laurel eran la primera medida para salvaguardar la vida de un combatiente con una hemorragia causada por una herida de bala

Las hamacas de cuerda o costal eran las herramientas de transporte de combatientes heridos desde el frente de combate hasta las zonas de atención médica clandestinas

Los trocos grandes, tapescos de madera verde o piedras con superficie plana se acomodaban para servir como camillas para realizar los procedimientos clínico quirúrgico de los combatientes heridos

El material de limpieza de heridas como gasas, torundas o algodón eran lavados en agua hervida dentro de un recipiente cerrado como un bote grade y así desinfectados (esterilizados) para volver a usar

El equipo corto punzante que iba desde agujas y jeringas, pinzas, bisturí se esterilizaba mediante la ebullición en ollas de cocina y fuego mediante leña en una hornilla

Al material de hidratación convencional (sueros), como reajuste de soporte o en casos de no contarse con el material adecuado, se utilizaba como insumo de hidratación fuentes naturales que iban desde el agua de coco, agua de pichones de huertas, agua de vejucos, agua de frutas como la sandía o naranja y el puré de guineo

El alcohol artesanal (chaparro) derivado principalmente de fermentación de maíz, y piña se usaba para diferentes procedimientos que iban desde la asepsia de materiales y heridas hasta usarse como un anestésico oral

LA PARTICIPACION DE LA POBLACION CIVIL EN LAS ACTIVIDADES SANITARIAS DURANTE EL CONFLICTO ARMADO SALVADOREÑO EN LA COMUNIDAD SANTA MARTA

La participación de la población civil en las actividades sanitarias durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta fue de manera activa y de manera pasiva, considerada así por sus actores, describiendo las dos formas de participación, destacando la primera como activa a las tareas directas que la población realizaba en cuanto a las actividades sanitarias que iban desde a albergar en sus casas a combatientes heridos, curarlos y alimentarlos durante el periodo que el paciente necesitaba para recuperar su salud, así como estas se destacaban otras actividades traslado de heridos, elaboración de insumos que iban desde la preparación de alcohol artesanal, ropa de uso militar, insumos complementarios para la rehabilitación de los heridos, esterilización de material clínico quirúrgico y la

construcción de tatús que eran el resguardo hospitalario clandestino que en ocasiones podrían estar subterráneos dentro de una vivienda de una persona civil²⁹

Otra de las formas activas de participación de la comunidad era la gestión internacional de insumos y medicamentos y sobre todo la producción de los alimentos mediante los trabajos en común de toda la comunidad, es decir que se realizaba una área grande de cultivo de maíz, frijol, maicillo y otros productos de manera colectiva y que a la hora de la recolección de lo producido este era distribuido racionalmente a todas las familias y que de este producto se garantizaba el abastecimiento para la alimentación de los combatientes del FMLN de la zona de la comunidad Santa Marta

En cuanto a la participación pasiva se destaca que la población civil era beneficiada con atención sanitaria por parte de las brigadas sanitarias, pues esta población civil está ubicada en zonas geográficas en donde no había acceso de acudir a otros servicios médicos, además que esta población vivía en extrema pobreza y nunca habían tenido en su comunidad ningún tipo de atención medica

Las formas de atención a la comunidad estaban programadas durante el año y este tipo de atención iban desde la educación en salud, promoción, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación así como actividades de saneamiento ambiental que garantizaban una completa atención de manera integral que no solo veía a la persona de manera individual, sino que veía la familia y el medio en que esta se desarrollaba

La estrategia clave que garantizaba la relación de la población civil y las brigadas sanitarias eran la organización sectorial de corresponsabilidad del territorio que estaba estructurada desde un comité central de la comunidad, que a su vez coordinaba con otra figura que se denominaba comité de logística y vigilancia

²⁹ <https://www.icrc.org/es/where-we-work/americas/el-salvador>

sectorial que tenía la coordinación directa con los comités por cada diez viviendas y que a su vez este era liderado por la principal figura estratégica operativa denominada “Guardián de salud y saneamiento” que mantenía la disciplina sanitaria en el perímetro de las diez viviendas, considerada esta figura por la población como un líder integral que podía resolver todo tipo de problemas, pues este era el portavoz de todos sus habitantes a cargo, tenía el respeto de su territorio y su función era completamente voluntaria, no devengaba ningún sueldo bastaba con el convencimiento del cumplimiento de sus actividades y los resultados obtenidos sustentados por los valores del amor al prójimo, la solidaridad y la cooperación mutua³⁰

Entre las actividades más comunes estaban la educación en salud, la promoción, la prevención de enfermedades y las tareas específicas de saneamiento básico, esta última era la de mayor expresión colectiva ya que el escenario de las condiciones de salubridad de la comunidad tenían muchas desventajas, que iban desde viviendas en mal estado y hacinamiento, no se contaba con agua potable, no existía mecanismos de reelección de desechos sólidos, ni había sistema de energía eléctrica.

Para mantener la comunidad en condiciones salubres las tareas de saneamiento ambiental eran decisivas y para poderlas garantizar se disponía de una masiva participación en donde todos los grupos de edad en la familia tenían actividades asignadas que aseguraban un nivel de educación y conciencia basado en la prevención que iban desde la procura de no contribuir a ensuciar la comunidad, mantener las condiciones de la vivienda lo más salubres posibles y la realización de jornadas colectivas de limpieza y saneamiento periódicamente acompañado de la vigilancia en los hogares mediante la visita del guardián y este a su vez informaba a al comité de vigilancia y logística sectorial para tomar las medidas necesarias en caso de incumplimientos o situaciones que desfavorecían el proceso sanitario

³⁰ <https://esiglesialuterana.wordpress.com/category/historia>

IV - DISEÑO METODOLOGICO

4.1. Método de Investigación.

El Método utilizado es el método de investigación cualitativa el cual da profundidad a los datos, la dispersión, la riqueza interpretativa, la contextualización del ambiente o entorno, los detalles y las experiencias únicas, lo que le permite crear teoría, además aporta un punto de vista "fresco, natural y holístico" de los fenómenos, así como flexibilidad. Es empírico, porque recoge datos del fenómeno que estudia, requiere seriedad, profesionalismo y dedicación. Asimismo es expansivo y por lo común no busca generar preguntas de investigación de antemano ni probar hipótesis preconcebidas, sino que éstas surgen durante el desarrollo del estudio. Es individual, no mide numéricamente los fenómenos estudiados ni tampoco tiene como finalidad generalizar los resultados de su investigación; no lleva a cabo análisis estadístico; su método de análisis es interpretativo, contextual y etnográfico; se apoya en la lógica. A sí mismo, se preocupa por capturar experiencias en el lenguaje de los propios individuos y estudia ambientes naturales.^{31 32}

4.2. Tipo de estudio

Exploratorio descriptivo de corte transversal con enfoque histórico, el cual se aplica cuando se desarrolla una investigación por primera vez y no plantea hipótesis, parte de la imagen descriptiva en un tiempo específico delimitado por hechos que acontecieron mucho antes. Acotando a lo anterior los estudios exploratorios se efectúan cuando el fin es examinar un

³¹ HERNANDEZ Sampieri Roberto, etal, "*Metodología de la Investigación*". Segunda Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México, D.F. 1998. Págs. 171

³² TAYLOR S. J etal, "*Introducción a los métodos cualitativos de la investigación*". Primera Edición. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina 1984.

tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes.

4.3. Área de estudio

El estudio se realizó en la comunidad Santa Marta del municipio de Ciudad Victoria Cabañas El Salvador

4.4. Universo y Muestra

Grupo poblacional, en la actualidad la comunidad Santa Marta cuenta con 2,933 habitantes, de ellos el 65% vivieron el conflicto armado, cerca del 20% fueron miembros activos (587 combatientes) del ejército popular del FMLN en diferentes momentos del conflicto y más del 2% (57 brigadistas sanitarios) pertenecieron o formaron parte del sistema sanitario ubicado en la zona y sus alrededores de la comunidad.

La muestra se tomó a partir de un grupo seleccionado bajo criterios de inclusión y exclusión, con habitantes de la comunidad Santa Marta que están relacionados directa o indirectamente con el proceso de atención sanitaria durante el conflicto armado y en su defecto personas no habitantes de la comunidad pero que estuvieron involucrados directamente (Personal de salud voluntario internacional) o que pertenecen o pertenecieron a una organización que haya servido como cooperante de dicho proceso sanitario. Del 100% de personas que conformaron el equipo de brigadista sanitario durante el conflicto armado solo 24 se encuentran en la comunidad, unos cayeron en combate, otros viven en otras comunidades y otros emigraron fuera del país, así que según criterios de inclusión y exclusión se tomó el 50% de los que viven aún en la comunidad (12 personas que cumplen con los criterios de inclusión)

4.5. Criterios de inclusión y exclusión

Cuadro N. 1

Criterios para la selección de las unidades de análisis

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN
<p>Habitantes de la comunidad Santa Marta hombres y mujeres, mayores de 50 años que hayan tenido relación directa con la experiencia sanitaria durante el conflicto armado en dicha comunidad</p> <p>Personal médico o voluntario que no son habitantes de la comunidad y colaboraron durante el conflicto armado</p> <p>Personal de salud actual en la comunidad Santa Marta</p> <p>Líderes comunitarios que tengan más de 24 años de residir en la Comunidad Santa Marta</p>	<p>Personas que vivieron el conflicto armado en la zona pero que no son habitantes de la comunidad.</p> <p>Cuando a la hora de la visita domiciliar (para realizar las entrevistas individuales) se encuentre solamente en la vivienda a niños y personas menores de 50 años, así como personas adultas mayores que no estén en la facultad de proporcionar la información.</p> <p>Familiares, adultos o menores de edad, que asistan a los a las jornadas sin haber sido invitados por el equipo de investigación. y que no llenan las características de selección</p>	<p>Por razones fuera de lo previsto, en la que las personas a entrevistar, a pesar de llenar los criterios de inclusión no quieren participar en el estudio.</p> <p>También, en el caso que la persona seleccionada padezca de alguna enfermedad y no pueda proporcionar la información. por razones de preservar una mejor salud</p>

Fuente: Elaboración propia

Perfiles de las personas informantes:

(Durante la etapa de recolección de información.)

La recolección de la información se hizo con base al siguiente perfil que debía reunir cada uno de los y las informantes.

Cuadro N. 2

Perfil de informantes, pobladores (as) de la comunidad Santa Marta

Atribuciones	Criterios
Edad	Mayor de cincuenta años
Sexo	Indiferente
Antecedentes/ocupación	a- Personal sanitario durante el conflicto b-Excombatiente atendido por un problema de salud durante la guerra c- Líder comunitario durante la guerra d- Personal de salud actual
Estado civil	Indiferente
Nivel académico	Indiferente
Tiempo de residencia en la comunidad	Más de veinte y cuatro años
Experiencia organizativa	Que haya pertenecido o que pertenezca a un grupo organizado de la comunidad.

Fuente: elaboración propia

Cuadro N. 3

Perfil de informantes, agentes externos a la comunidad Santa Marta

Atribuciones	Criterios
Edad	Mayor de cincuenta años
Sexo	Indiferente
Antecedentes/ocupación	a-Personal médico o voluntario durante el conflicto armado b-Colaborador originario de comunidades aledañas c-Cooperante internacional
Estado civil	Indiferente
Nivel académico	Indiferente
Tiempo de trabajar en la comunidad o institución.	Más de 24 años o durante el conflicto armado
Experiencia.	Con conocimientos o haber vivido juntos la historia de la comunidad

Fuente: Elaboración propia

4.6. OPERACIONALIZACION DE LOS DESCRIPTORES

Descriptor	Definición operacional	Sub descriptor	Fuente	Técnica
Estructura de la organización	Mediante un equipo de mando, un equipo de asistencia Técnica y las Brigadas sanitarias	-Organización general de las brigadas sanitarias -Asistencia técnica a los brigadista -Brigadas médicas	Brigadistas Sanitarios	Entrevista
Prácticas sanitarias	-La Experiencia práctica, - Experimentos y procedimientos sanitarios -Problemas de salud más frecuentes	-Aprendizaje continuo en situaciones adversas - Realización de procedimientos clinicoquirurgicos complejos con resultados experimentales -Uso de medicina natural cuando no se cuenta con	Brigadistas sanitarios	Entrevista
Participación de la población civil	-Población civil -Miembros de las brigadas sanitarias -Voluntarios	-Colaboración conjunta (población civil y brigadas sanitarias) -Uso de viviendas de la población civil como resguardo de pacientes guerrilleros	Brigadistas sanitarios Documentos oficiales del conflicto armado	Entrevista Revisión documental

	internacionalistas	<ul style="list-style-type: none"> -Atención médica de heridos (guerrilla) -Atención médica a la población en general -Médicos y otro tipo de personal de salud extranjero 	<p>salvadoreño</p> <p>Material audio visual de autores que participaron en el conflicto armado salvadoreño</p>	
Evidencia de la infraestructura y herramientas de uso sanitario	<p>Hospitales con Infraestructura provisional ,</p> <p>Documentos clínico y administrativos e</p> <p>Instrumentos médicos de uso convencional y quirúrgicos acompañados de medicamentos sintéticos y medicina de guerra</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Viviendas de bahareque y Excavaciones subterráneas (Tatud) -Bibliografía médica científica -Tensiómetros, estetoscopios, oftalmoscopios, termómetros, lámparas, bandejas, pinzas, tijeras, algodón, alcohol, yodo, camillas, hamacas, cuerdas, hilos, mascarillas, sabanas, torniquetes y medicamentos principalmente analgésicos, opiáceos y antibióticos mascarillas, sabanas, torniquetes y medicamentos principalmente analgésicos, opiáceos y antibióticos 	<p>Brigadistas sanitarios</p> <p>Lista de inventarios que conserva el equipo de memoria histórica de la comunidad</p>	Observación

4.7. Procedimiento que se utilizaron en la recolección de datos:

1-Para el caso de la observación.

En primer lugar mediante una **guía de observación**, se hizo un recorrido por la comunidad, incluyendo los diferentes campamentos guerrilleros, hospitales talud, observatorio de instrumentación y mobiliario existentes así como fotografías e inventarios del área de memoria histórica, durante el recorrido se aplicó una guía de observación que permitió identificar los principales recursos con los que se contaba así como el estado de los mismos. Este recorrido fue guiado por pobladores de la comunidad con pleno conocimiento del territorio, estas personas fueron contactadas previamente.

2-En el segundo momento se realizó una serie de entrevistas, cada una de ellas comprendió el siguiente procedimiento:

Para el caso de las entrevistas a pobladores de la comunidad.

- a) Se contactó en su casa de habitación, para solicitarle la entrevista. En este mismo momento se concretó el lugar, el día y la hora en que se realizaría
- b) Se envió una nota escrita como recordatorio de la entrevista.
- c) Se revisó y estudio el instrumento diseñado para la entrevista (guía de entrevista)
- d) Se procedió a realizar la entrevista.
- e) Se Transcribieron y codificaron los resultados de la entrevista.
- f) Se redactó y envió nota de agradecimiento a la persona entrevistada.

Para el caso de las entrevistas a agentes externos a la comunidad.

- g) Se solicitó la entrevista de forma escrita.
- h) Se contactó vía telefónica alguna de los participantes y otros personalmente para conocer la respuesta a la solicitud.

- i) Se concertó el lugar, el día y la hora en que se realizó la entrevista
- j) Se realizó una llamada telefónica para confirmar o recordar la entrevista.
- k) Se revisó y estudio el instrumento diseñado para la entrevista (guía de entrevista)
- l) Se realizó la entrevista.
- m) Se transcribieron y codificaron los resultados de la entrevista.
- n) Se redactó y envió nota de agradecimiento a la persona entrevistada.

3- Para el caso de la revisión documental.

Se realizó una guía para la revisión documental de material bibliográfico objetivo para fortalecer la investigación de la experiencia sanitaria durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta, que incluyo revistas, libros, artículos en la web, documentos oficiales, material audio visual como documentales y la memoria histórica de la comunidad Santa Marta

4.8. Procedimiento para el análisis de la información.

Revisión y preparación de instrumentos.

Cuadro N. 4

Técnicas de investigación e instrumentos que se utilizaron.

Método cualitativo descriptivo de corte transversal con enfoque histórico	
Técnicas de Investigación	Instrumentos e insumos que se utilizaron
La Observación	Guía de observación a) Observación de la infraestructura de hospitales clandestinos o tatús utilizados durante el conflicto armado como centros de atención sanitaria b) Observación del material clínico quirúrgico utilizado para la atención sanitaria durante el conflicto armado en la zona de investigación (ente caso la mayoría se evidencia en fotografías de listas de inventarios) c) Se hizo uso de fotografías para evidenciar lo observado
Entrevista estructurada	Guía de preguntas a) Médico o voluntario que colaboró en el área sanitaria durante el conflicto armado en la zona de estudio b) Personal de salud actual en la comunidad
Revisión documental	Guía de revisión documental a- Revisión de documentos oficiales del proceso de guerra en El Salvador b- Revisión de libros c- Revisión de Revistas d- Revisión de material audio visual e- Revisión de en la web f- Revisión de la memoria histórica de la comunidad Santa Marta

Fuente: Elaboración propia.

4.9. PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Elaboración y descripción de programa informático seleccionado

Durante el proceso de investigación se llevó un registro a través de crónicas o diario de campo que fue un insumo para el análisis de la información recolectada.

Todos los registros obtenidos se clasificaron y analizaron utilizando el Software Ethnograph 5.0, instrumento tecnológico que permitió la creación de un código para organizar las viñetas, obtener las descripciones y narraciones que le dieron soporte al informe final, una vez las entrevistas fueron inscritas.

Para esta fase el primer paso fue la creación del proyecto en el sistema de archivo del Ethnograph 5.0. Posteriormente se procedió a colocar nombres a cada una de las entrevistas que habían sido transcritas y se crearon archivos de codificación. Una vez finalizada esta fase, se analizó el material y se inició la codificación, buscando sentidos en fragmentos, frases o palabras, según la pertinencia de la información encontrada.

Una vez finalizado este proceso se realizó un análisis del proceso seguido para la recolección de los datos, esto permitió sustentar de mejor forma el informe final.

Se contó con el apoyo profesional

V. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la presente investigación se lograron mediante tres técnicas de investigación (la entrevista, la observación y revisión documental) para lo que fue necesario construir una guía de entrevista aplicada, la cual tiene diez preguntas y se realizaron a doce personas que se corresponden al perfil que se describe anteriormente relacionado a los criterios de inclusión y exclusión, una guía de observación, la cual tiene tres puntos claves para realizarla, se centran en observar los sitios en donde se brindó la atención, evidenciar el instrumental médico quirúrgico utilizado durante la práctica sanitaria y conversar con personas que fueron atendidas por los/as brigadistas sanitarios durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta (se evidencia mediante fotografías) y una guía de revisión documental la cual tiene tres puntos claves para realizarla que se centran la revisión de documentos oficiales de las diferentes organizaciones que conformaban el FMLN, documentación y bibliografía de consulta de los brigadistas sanitarios y documentos físicos y audiovisuales de la colaboración internacional o libros de autores que sirvieron como voluntarios internacionalistas durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad

MATRIZ N. 1

CONFORMACION DE LA ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS BRIGADAS SANITARIAS

PERSONAL QUE CONFORMABA LAS BRIGADAS SANITARIAS	FRECUENCIA DE RESPUESTA
Médicos/as	1
Enfermeros/as	2
Personal voluntario de la comunidad	9
TOTAL	12

Fuente: Guía de entrevista

ANALISIS INTERPRETATIVO

En general según los datos obtenidos mediante las doce entrevistas realizadas a personas originarios de la comunidad y personas que no pertenecen actualmente a la comunidad, pero que formaron parte del proceso del conflicto armado salvadoreño en la zona de Santa Marta y que fueron parte de las brigadas sanitarias o que fueron atendidos por estas, responden que quienes conformaban mayormente la estructura de la organización de las brigadas sanitarias eran en su mayoría personal voluntario de la comunidad (9), seguido por personal de enfermería (2) y como último integrante personal médico (1) que este en su mayoría era de origen extranjero

MATRIZ N. 2

CONFORMACION DE LA ESTRUCTURA DE ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE ASISTENCIA TÉCNICA

PERSONAL QUE CONFORMABA EL EQUIPO DE ASISTENCIA TÉCNICA	FRECUENCIA DE RESPUESTA
Médicos/as voluntarios internacionalistas	3
Estudiantes de medicina de la UES	7
Personal voluntario de la cruz roja internacional	1
Personal voluntario de iglesia	1
TOTAL	12

Fuente: Guía de entrevista

ANALISIS INTERPRETATIVO

Según los datos obtenidos mediante las doce entrevistas realizadas los que conformaban la organización del equipo técnico más de la mitad eran los estudiantes de medicina de la universidad de El Salvador (7), médicos voluntarios internacionalistas (3), personal voluntario de iglesias (1) y personal voluntario de la cruz roja internacional (1)

MATRIZ N. 3

CONFORMACION DE LA ESTRUCTURA DE ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE MANDO

PERSONAL QUE CONFORMABA EL EQUIPO DE MANDO	FRECUENCIA DE RESPUESTA
Médicos/as voluntarios internacionalistas	9
Personal voluntario de la comunidad	2
Jefes guerrilleros	1
TOTAL	12

Fuente: Guía de entrevista

ANALISIS INTERPRETATIVO

Según los datos obtenidos mediante las entrevistas las brigadas sanitarias o que fueron atendidos por estas, responden que quienes conformaban la estructura del equipo de mando eran en su mayoría médicos voluntarios internacionalistas (9), personal voluntario de la comunidad (2) y jefes guerrilleros (1)

MATRIZ N. 4

PROBLEMAS DE SALUD MÁS FRECUENTES EN LA PRÁCTICA SANITARIA CON LOS COMBATIENTES

PROBLEMAS DE SALUD MAS FRECUENTES EN LA PRÁCTICA SANITARIA CON LOS COMBATIENTES	FRECUENCIA DE RESPUESTA
Heridas de bala (por arma de fuego)	2
Enfermedades respiratorias agudas	2
Fracturas de miembros (superiores e inferiores)	1
Insolación	1
Politraumatismos	1
Crisis de pánico (traumatismos psicológicos)	1
Enfermedad diarreica aguda / Deshidratación	1
Heridas gangrenosa	1
Micosis superficial del pie	1
Parasitismo intestinal	1
TOTAL	12

Fuente: Guía de entrevista

ANALISIS INTERPRETATIVO

En general según los datos obtenidos mediante las doce entrevistas realizadas a personas originarios de la comunidad y personas que no pertenecen actualmente a la comunidad, pero que formaron parte del proceso del conflicto armado salvadoreño en la zona de Santa Marta y que fueron parte de las brigadas sanitarias o que fueron atendidos por estas, responden que los problemas de salud más frecuentes en práctica sanitaria con los combatientes atendidos por las brigadas sanitarias eran Heridas de bala (por arma de fuego) ,Enfermedades respiratorias agudas, Fracturas de miembros(superiores e inferiores) ,Insolación¹, Politraumatismos, Crisis de pánico (traumatismos psicológicos),Enfermedad diarreica aguda / Deshidratación , Heridas gangrenosas , Micosis superficial del pie y Parasitismo intestinal

MATRIZ N. 5

PROBLEMAS DE SALUD MÁS FRECUENTES EN LA PRÁCTICA SANITARIA CON LA POBLACION CIVIL

PROBLEMAS DE SALUD MAS FRECUENTES EN LA PRACTICA SANITARIA CON LA POBLACION CIVIL	FRECUENCIA DE RESPUESTA
Enfermedades respiratorias agudas	3
Crisis de pánico (traumatismos psicológicos)	1
Parasitismo intestinal	1
Enfermedad diarreica aguda	1
Enfermedades de la piel	1
Desnutrición por defecto	1
Anemia	1
Enfermedades acido péptica	1
Enfermedad febril aguda (paludismo)	1
Partos domiciliarios	1
TOTAL	12

Fuente: Guía de entrevista

ANALISIS INTERPRETATIVO

En general según los datos obtenidos mediante las doce entrevista realizadas a personas originarios de la comunidad y personas que no pertenecen actualmente a la comunidad, pero que formaron parte del proceso del conflicto armado salvadoreño en la zona de Santa Marta y que fueron parte de las brigadas sanitarias o que fueron atendidos por estas, responden que los problemas de salud más frecuentes en la práctica sanitaria con la población civil atendidos por la brigadas sanitarias eran Enfermedades respiratorias agudas , Crisis de pánico (traumatismos psicológicos) ,Parasitismo intestinal , Enfermedad diarreica aguda , Enfermedades de la piel , Desnutrición por defecto , Anemia , Enfermedades acido péptica , Enfermedad febril aguda (paludismo) y Partos domiciliarios

MATRIZ N. 6

PRÁCTICAS SANITARIA MÁS UTILIZADAS

TIPO DE PRACTICAS SANITARIAS UTILIZADAS	FRECUENCIA DE RESPUESTA
Reciclaje de material clínico quirúrgico	1
Lavado con agua hervida en recipiente tapado (botes grandes) y después planchado (plancha con brazas) de material de curación e inyección y cirugía (torundas, algodón, agujas, jeringas, pinzas, bisturí, catéteres y otros)	1
Esterilización en olla de cocina (en hornilla de leña)	1
Asepsia con alcohol artesanal	1
Anestesia oral con alcohol artesanal	1
Hidratación con fuentes naturales (agua de coco, agua de pichón de huerta, agua de vejucos y de frutas como sandia y puré de guineo)	1
Torniquetes de cuerda o de restos de tela	1
Antisépticos naturales para heridas (chiles picantes, tomate maduro, jugo de piña, tabaco y marihuana)	1
Higiene odontológica con sal y carbón de leña	1
Caño de bambú como pipetas y en ocasión como jeringas	1
Ganchos de madera como espátulas en caso de cirugías ortopédicas	1
Guacal de morros como recipiente de antisépticos	1
TOTAL	12

Fuente: Guía de entrevista

ANÁLISIS INTERPRETATIVO

En general según los datos obtenidos mediante las doce entrevista realizadas a personas originarios de la comunidad y personas que no pertenecen actualmente a la comunidad, pero que formaron parte del proceso del conflicto armado salvadoreño en la zona de Santa Marta y que fueron parte de las brigadas sanitarias o que fueron atendidos por estas, responden que los tipo de prácticas sanitaria que utilizaban eran Reciclaje de material clínico quirúrgico , Lavado con agua hervida en recipiente tapado (botes grandes) de material de curación e inyección y cirugía (torundas, algodón, agujas, jeringas, pinzas, bisturí, catéteres y otros), Esterilización en olla de cocina (en hornilla de leña), Asepsia con alcohol artesanal, Anestesia oral con alcohol artesanal, Hidratación con fuentes naturales (agua de coco, agua de pichón de huerta, agua de vejucos y de frutas como sandia y puré de guineo), Torniquetes de cuerda o de restos de tela, Antisépticos naturales para heridas (chiles picantes, tomate maduro, jugo de piña, tabaco y marihuana), Higiene odontológica con sal y carbón de leña, etc.

MATRIZ N. 7

PARTICIPACION DE LA POBLACION CIVIL EN LAS ACTIVIDADES SANITARIA

PARTICIPACION DE LA POBLACION CIVIL EN LA ATENCION SANITARIA	FRECUENCIA DE RESPUESTA
Organización de trabajo sectorial conjunto (población y brigadistas sanitarios)	2
Vigilancia sanitaria (Miembros de la población como Guardián de salud y saneamiento)	2
Producción y abastecimiento de alimentos en común (población y combatientes)	2
Construcción de tatús (hospitales clandestinos subterráneos)	2
Albergar en sus viviendas a los/as combatientes heridos (hospital clandestino)	1
Traslado de los/as heridos desde el lugar del combate hasta el hospital (clandestino o servicio convencional de otra parte del país)	1
Preparación y esterilización de material clínicoquirúrgico	1
Preparación y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos	1
TOTAL	12

Fuente: Guía de entrevista

ANALISIS INTERPRETATIVO

En general según los datos obtenidos mediante las doce entrevista realizadas a personas originarios de la comunidad y personas que no pertenecen actualmente a la comunidad, pero que formaron parte del proceso del conflicto armado salvadoreño en la zona de Santa Marta y que fueron parte de las brigadas sanitarias o que fueron atendidos por estas, responden que la participación que realizaba la población civil en la atención sanitaria eran Organización de trabajo sectorial conjunto (población y brigadistas sanitarios) , Vigilancia sanitaria (Miembros de la población como Guardián de salud y saneamiento, Producción y abastecimiento de alimentos en común (población y combatientes), Construcción de tatús (hospitales clandestinos subterráneos), Albergar en sus viviendas a los/as combatientes heridos (hospital clandestino), Traslado de los/as heridos desde el lugar del combate hasta el hospital (clandestino o servicio convencional de otra parte del país), preparación y esterilización de material clínicoquirúrgico, preparación y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos

MATRIZ N. 8

A QUIÉNES ATENDÍAN LOS/AS BRIGADISTAS SANITARIOS

A QUIENES ATENDIAN LOS/AS BRIGADISTAS SANITARIOS	FRECUENCIA DE RESPUESTA
A los/as combatientes	7
A la población Civil	5
TOTAL	12

Fuente: Guía de entrevista

ANALISIS INTERPRETATIVO

En general según los datos obtenidos mediante las doce entrevista realizadas a personas originarios de la comunidad y personas que no pertenecen actualmente a la comunidad, pero que formaron parte del proceso del conflicto armado salvadoreño en la zona de Santa Marta y que fueron parte de las brigadas sanitarias o que fueron atendidos por estas, responden que los/as brigadistas sanitarios atendían tanto a los/as combatientes y la población civil , en cuanto a la población se trata de personas que no tienen acceso a los servicios de salud gubernamentales tanto por su contexto geográfico relacionado con el conflicto armado así como la marginación y exclusión social por parte del gobierno nacional

MATRIZ N. 9

ATENCIONES QUE RECIBÍA LA POBLACIÓN CIVIL A TRAVÉS DE LOS/AS BRIGADISTAS SANITARIOS

TIPO DE ATENCIONES QUE RECIBIA LA POBLACION CIVIL A TRAVES DE LOS /LAS BRIGADISTAS SANITARIAS	FRECUENCIA DE RESPUESTA
Educación en salud	2
Promoción de salud	2
Prevención de enfermedades	2
Curación y control de enfermedades	2
Actividades de saneamiento básico	2
Organización y vigilancia sanitaria	2
TOTAL	12

Fuente: Guía de entrevista

ANALISIS INTERPRETATIVO

En general según los datos obtenidos mediante las doce entrevista realizadas a personas originarios de la comunidad y personas que no pertenecen actualmente a la comunidad, pero que formaron parte del proceso del conflicto armado salvadoreño en la zona de Santa Marta y que fueron parte de las brigadas sanitarias o que fueron atendidos por estas, responden que los tipos de atención que recibían por los/as brigadistas sanitarios eran educación en salud, promoción de salud, Prevención de enfermedades, curación y control de enfermedades 2, actividades de saneamiento básico y organización y vigilancia sanitario

MATRIZ N. 10

EVIDENCIA DEL ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS

DONDE SE ALMACENABAN LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOS
En buzones secretos (tatús de almacenamiento)
En viviendas de la población civil
En instituciones que se localizaban fuera del área de combate

Fuente: Guía de entrevista y Guía de observación

ANÁLISIS INTERPRETATIVO

En general según los datos obtenidos mediante la guía de entrevista complementada con la guía de observación se obtiene como resultado que los sitios donde se almacenaban los medicamentos e insumos médicos, eran los buzones secretos (tatús de almacenamiento), en viviendas de la población civil y en instituciones que estaban localizadas fuera del área de combate, en el caso de las instituciones eran las que se relacionaban con la disciplina y que su mayor papel era de intermediario tanto para el almacenamiento, abastecimiento y gestión de los mismos

MATRIZ N. 11

EVIDENCIA DE LOS LUGARES DONDE SE BRINDABAN LAS ATENCIONES SANITARIAS

LUGARES DONDE SE BRINDABAN LAS ATENCIONES SANITARIAS
En el combate
En los hospitales clandestinos (Tatús)
En restos de viviendas abandonadas por la población civil
En viviendas habitadas por la población civil

Fuente: Guía de entrevista y Guía de observación

ANÁLISIS INTERPRETATIVO

En general según los datos obtenidos mediante la guía entrevista complementada con la guía de observación los lugares en donde brindaban las atenciones sanitarias eran durante el conflicto armado eran en principalmente cuatro, en el combate, en los hospitales clandestinos (Tatús), en restos de viviendas abandonadas por la población civil y en viviendas habitadas por la población civil

MATRIZ N. 12

EVIDENCIA DE LA INFRAESTRUCTURA Y UBICACIÓN DE LOS HOSPITALES CLANDESTINOS

SITIOS EN DONDE ESTABAN UBICADOS LOS HOSPITALES CLANDESTINOS
Tatús n. 1 ubicado en la colonia Buenos aires de la comunidad Santa Marta (En la casa de la familia Laínez)
Tatús n. 2 ubicado en el cerro El jocoton (En Chamoco)
Tatús n. 3 ubicado en colonia La Ceiba (Dentro de la casa de propaganda del END)

Fuente: Guía de observación (evidencia con fotografía)

ANÁLISIS INTERPRETATIVO

En general según los datos obtenidos mediante la guía de observación los sitios en donde se ubicaban los hospitales clandestinos durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta son tres y se evidenció mediante visitas a los lugares específicos acompañados de miembros/as de la comunidad que sirvieron como brigadistas sanitarios , el primero Tatús n. 1 ubicado en la colonia Buenos aires de la comunidad Santa Marta (En la casa de la familia Laínez), el segundo Tatús n. 2 ubicado en el cerro El jocotón y el Tatús n. 3 ubicado en colonia La Ceiba (Dentro de la casa de propaganda del END)¹

MATRIZ N. 13

EVIDENCIA DE LAS HERRAMIENTAS E INSTRUMENTAL MÉDICO QUIRÚRGICO UTILIZADO EN LA PRÁCTICA SANITARIA

INSTRUMENTAL MÉDICO UTILIZADO EN LA PRÁCTICA SANITARIA DURANTE EL CONFLICTO ARMADO
Estetoscopio de pinar y bell binaural
Esfigmomanómetro de mercurio, aneroide-análogo y oscilómetro
Termómetros de mercurio de vidrio o de líquidos y pirómetros o sin contacto
Lámpara médica manual y cuello de ganso
Depresor de lengua
Bolígrafos

Fuente: Guía de observación (Lista de inventario, evidenciado con fotografía memoria histórica

Santa Marta)

ANÁLISIS INTERPRETATIVO

Se tuvo acceso a observar el instrumental médico quirúrgico utilizado en la práctica sanitaria durante el conflicto armado en la comunidad Santa Marta, a través del equipo de memoria histórica (se evidencia lista de inventario con fotografías) y nos permitió evidenciar los resultados de manera descriptiva, así como apreciar el instrumental que aún se conserva en la comunidad, entre ellos estetoscopios de pinar y bell binaural , esfigmomanómetros de mercurio, aneroide-análogo y oscilómetro, termómetros de mercurio de vidrio o de líquidos y pirómetros o sin contacto , lámpara medica manual y cuello de ganso , depresor de lengua y bolígrafos

Algunas herramientas e instrumental médico que aún se conserva están en el inventario de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de la comunidad Santa Marta

MATRIZ N. 14

EVIDENCIA DE LAS HERRAMIENTAS INSTRUMENTAL DE CURACION, INYECCION Y CIRUGIA MENOR UTILIZADO EN LA PRÁCTICA SANITARIA

INSTRUMENTAL DE CURACION, INYECCION Y CIRUGIA MENOR UTILIZADO EN LA PRÁCTICA SANITARIA DURANTE EL CONFLICTO ARMADO
Algodón y torundas
Torniquetes de hule, de tela, de pencas de laurel o bejucos
Tela para campos
Jeringas de metal y vidrio con diferentes tipos de agujas
Guantes de látex
Alcohol artesanal
Agua con sal y jabón artesanal de aceituno (para limpiar heridas)
Navajas y tijeras
Hilos de sutura
Pinzas (Kelly recta y curva, kocher recta y curva, krile recta, Rochester, pinza de disección con garra ,pinzas de bayoneta, bisturí entre otras)
Guacales de morro

Fuente: Guía de observación (Lista de inventario, evidenciado con fotografía memoria histórica Santa Marta)

ANALISIS INTERPRETATIVO

Se tuvo acceso a observar el instrumental de curación, inyección y cirugía menor utilizado en la práctica sanitaria durante el conflicto armado en la comunidad Santa Marta, a través del equipo de memoria histórica (se evidencia inventario con fotografías) nos permitieron evidenciar tanto de manera descriptiva, así como apreciar el instrumental que aún se conserva en la comunidad ,entre el material más utilizado se describe Algodón y torundas , Torniquetes de hule, de tela, de pencas de laurel o bejucos , Tela para campos , Jeringas de metal y vidrio con diferentes tipos de agujas , Guantes de látex, Alcohol artesanal , Agua con sal y Jabón artesanal de aceituno (para limpiar heridas) , Navaja y tijeras , Hilos de sutura , Pinzas (Kelly recta y curva, kocher recta y curva, krile recta, Rochester, pinza de disección con garra ,pinzas de bayoneta, bisturí entre otras) y Guacales de morro. La mayoría de instrumental de cirugía menor que aún se conserva está en el inventario de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de la comunidad Santa Marta, mucho de ese material todavía está en uso.

MATRIZ N. 15

EVIDENCIA DE LAS HERRAMIENTAS E INSTRUMENTAL DE CIRUGIA MAYOR UTILIZADO EN LA PRÁCTICA SANITARIA

INSTRUMENTAL DE CIRUGIA MAYOR UTILIZADO EN LA PRÁCTICA SANITARIA DURANTE EL CONFLICTO ARMADO
Mangos de Bisturí 3 y 4
Juego de Pinzas y herramientas de cirugía mayor(porta agujas, aspirador curvo, Kelly recta y curva, kocher recta y curva, krile recta, Allis , Rochester,pinza de disección con garra o dientes ,pinzas de bayoneta, separadores balfour con valva, barafeut chicos tijeras de mayo cortas y rectas y metzembaum mediana y tijeras de cooper, fórceps, espátulas, charola de mayo y otros)
Sondas acanaladas de diferentes calibres
Alcohol de 70 y 90 grados
Jabón yodado
Mesa de mayo
Tronco o piedra plana como mesa
Tronco o gancho como espátula

Fuente: Guía de observación (Lista de inventario, evidenciado con fotografía)

ANALISIS INTERPRETATIVO

Se tuvo acceso a observar el instrumental de cirugía mayor utilizado en la práctica sanitaria durante el conflicto armado en la comunidad Santa Marta, a través del equipo de memoria histórica (se evidencia inventario con fotografías) nos permitieron evidenciar tanto de manera descriptiva, así como apreciar el instrumental que aún se conserva en la comunidad ,entre ellos Mangos de Bisturí (3 y 4) , Juego de Pinzas y herramientas de cirugía mayor(porta agujas, aspirador curvo, Kelly recta y curva, kocher recta y curva, krile recta, Allis , Rochester,pinza de disección con garra o dientes ,pinzas de bayoneta, separadores balfour con valva, barafeut chicos tijeras de mayo cortas y rectas y metzembaum mediana y tijeras de cooper, fórceps, espátulas, charola de mayo y otros) , Sondas acanaladas de diferentes calibres , Alcohol de 70 y 90 grados , Jabón yodado , Mesa de mayo , Tronco o piedra plana como mesa y Tronco o gancho como espátula

MATRIZ N. 16

EVIDENCIA DE LAS HERRAMIENTAS E INSTRUMENTAL DE ESTERILIZACION UTILIZADO EN LA PRÁCTICA SANITARIA

INSTRUMENTAL DE ESTERILIZACION UTILIZADO EN LA PRÁCTICA SANITARIA DURANTE EL CONFLICTO ARMADO
Olla frijolera a vapor con fuego de leña
Botella de vidrio para almacenar jeringas, guantes y equipo de cirugía menor durante la ebullición
Plancha de brazas para esterilizar material de tela (campos, torundas, algodón, apósitos entre otros)

Fuente: Guía de observación (Lista de inventario, evidenciado con fotografía memoria histórica Santa Marta)

ANALISIS INTERPRETATIVO

Se tuvo acceso a observar el instrumental de esterilización utilizado en la práctica sanitaria durante el conflicto armado en la comunidad Santa Marta, a través del equipo de memoria histórica (se evidencia parte del equipo que aún existe con fotografías) nos permitieron evidenciar tanto de manera descriptiva, así como apreciar el instrumental que aún se conserva en la comunidad ,entre ellos Olla frijolera a vapor con fuego de leña , Botella de vidrio para almacenar jeringas, guantes y equipo de cirugía menor durante la ebullición y Plancha de brazas para esterilizar material de tela (campos, torundas, algodón, apósitos entre otros)

MATRIZ N. 17

EVIDENCIA DEL INVENTARIO DE MEDICAMENTOS UTILIZADO EN LA PRÁCTICA SANITARIA

INVENTARIO DE MEDICAMENTOS UTILIZADO EN LA PRÁCTICA SANITARIA DURANTE EL CONFLICTO ARMADO
Analgésicos para dolores leves y moderados
Antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos
Opiáceos y anestésicos
Antibióticos de amplio espectro
Antiparasitarios
Antimicoticóticos
Antisépticos
Antianémicos
Antipalúdicos
Antihistamínicos
Antieméticos
Solución de rehidratación oral y endovenosos

Fuente: Guía de observación (Lista de inventario, evidenciado con fotografía memoria histórica Santa Marta)

ANÁLISIS INTERPRETATIVO

Se tuvo acceso a observar el inventario de medicamentos utilizados en la práctica sanitaria durante el conflicto armado en la comunidad Santa Marta, a través del equipo de memoria histórica (se evidencia listado de inventario con fotografías) nos permitieron evidenciar de manera descriptiva en donde refieren que se manejaba un promedio de 112 medicamentos de los grupos siguientes Analgésicos para dolores leves y moderados , Antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos , Opiáceos y anestésicos, Antibióticos de amplio espectro, Antiparasitarios, Antimicoticóticos, Antisépticos, Antianémicos, Antipalúdicos, Antihistamínicos, Antieméticos y solución de rehidratación oral y endovenosa.

MATRIZ N. 18

EVIDENCIA DEL INVENTARIO DE INSUMOS MEDICOS UTILIZADOS EN LA PRÁCTICA SANITARIA

INVENTARIO DE INSUMOS MEDICOS UTILIZADO EN LA PRÁCTICA SANITARIA DURANTE EL CONFLICTO ARMADO
Guantes de diferentes tamaños
Mascarillas (nasobuco)
Gafas (anteojos de protección)
Yeso
Catéteres
Equipo de venoclisis
Muletas
Andaderas
Zapatos ortopédicos

Fuente: Guía de observación (Lista de inventario, evidenciado con fotografía memoria histórica Santa Marta)

ANALISIS INTERPRETATIVO

Se tuvo acceso a observar el inventario de insumos médicos utilizado en la práctica sanitaria durante el conflicto armado en la comunidad Santa Marta, a través del equipo de memoria histórica (se evidencia el listado de inventario con fotografías) nos permitieron evidenciar de manera descriptiva los siguientes Guantes de diferentes tamaños, Mascarillas (nasobuco) , Gafas (anteojos de protección) , Yeso , Catéteres , Equipo de venoclisis , Muletas ,Andaderas y Zapatos ortopédicos

MATRIZ N. 19

EVIDENCIA DE PERSONAS QUE FUERON ATENDIDAS POR LOS/AS BRIGADISTAS SANITARIOS

PERSONAS DE LA COMUNIDAD SANTA MARTA QUE FUERON ATENDIDAS POR LOS BRIGADISTAS SANITARIOS	FRECUENCIA DE RESPUESTA
Lisiados de guerra (amputación de miembros)	5
Discapacitados (ciegos, hipoacusicos y trastornos mentales)	2
Personas heridas de bala atendidas por brigadistas	2
Personas que verificaron parto atendidos por brigadistas sanitarios	2
Persona aparentemente sana actualmente que fue atendido por los brigadistas sanitarios	1
TOTAL	12

Fuente: Guía de entrevista y Guía de observación

ANALISIS INTERPRETATIVO

Se visitaron 12 personas que fueron atendidas por los/as brigadistas sanitarios durante el conflicto armado salvadoreño en el área de la comunidad Santa Marta entre se encuentran los siguientes Lisiados de guerra (amputación de miembros) , Discapacitados (ciegos, hipoacusicos y trastornos mentales) , Personas heridas de bala atendidas por brigadistas , Personas que verificaron parto atendidos por brigadistas sanitarios y Persona aparentemente sana actualmente que fue atendido por los brigadistas sanitarios

De las 12 personas visitadas, 8 de ellas fueron combatientes y fueron atendidos en los hospitales clandestinos (Tatús), el resto 4 personas eran de la población civil que fueron atendidos por los brigadistas sanitarios

MATRIZ N. 20

EVIDENCIA A TRAVES DE REVISIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES DEL CONFLICTO ARMADO

EVIDENCIA DE QUE PAÍSES ERAN LOS MÉDICOS Y COLABORADORES VOLUNTARIOS E INTERNACIONALISTAS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN SANITARIA EN LA COMUNIDAD SANTA MARTA DURANTE EL CONFLICTO ARMADO SALVADOREÑO
El Salvador
México
Nicaragua
Venezuela
Estados Unidos de América

Fuente: Guía de revisión documental

ANÁLISIS INTERPRETATIVO

Se hizo revisión de documentos oficiales del conflicto armado salvadoreño, libros, revistas y materiales audiovisuales de las diferentes organizaciones que conformaban el FMLN, con los cuales se logró evidenciar de que países eran los médicos y colaboradores voluntarios e internacionalistas en el proceso de atención sanitaria en la comunidad Santa Marta durante el conflicto armado, 2 documentos de carácter oficial del conflicto armado salvadoreño (Acuerdos de paz de El Salvador y Acuerdo de Esquipulas II), 3 libros de autores de diferentes organizaciones que conformaron el FMLN (El Salvador el otro Vietnam PCC-PCS 1981-1985, Relatos de la guerra por Dr. Eduardo Espinoza 2012 y Crónicas en el espejo por Firmán Cienfuegos FARN 1992), 2 materiales audiovisuales (En nombre del pueblo por Dr. Charles Klemen 1981-1985 y Centro América una región en revolución FPL 1981)

Se describen los países de donde eran los colaboradores/as sanitarios e internacionalistas que participaron durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta El Salvador, México, Nicaragua, Venezuela y Estados Unidos de América

MATRIZ N. 21

EVIDENCIA DE BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA QUE UTILIZABAN LOS/A BRIGADISTAS SANITARIOS

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA UTILIZADA POR LOS/AS BRIGADISTAS SANITARIOS PARA REALIZAR MEDICINA DE GUERRA
Manual del guerrillero (anexo1) Diario del che en Bolivia 1967
Características clínicas y diagnósticas del abdomen agudo (Loechez Fernández 1984)
Preparación médico-militar Tomo I,II,III y IV (C. Pozos Beceiros y Fariñas Puig 1979)
Principios de dirección de los servicios médicos para evaluar la situación (Colectivo de autores La Habana 1977)
Cirugía de guerra Tomo I y II (Instituto cubano del libro 1979)
Cirugía militar de campaña (3 edición Moscú 1975)
Psiquiatría general (Hiran castro-Genard 1984)
Organización y tácticas de servicios médicos de las tropas terrestres de Leningrado (Academia Kirow 1975)
Primary care (Singleton- Sandoski -Green 1985)
Medicina Interna Harrison (USA Medicine 1984)
Manual Merk (USA Medicine 1989)
Manual de Farmacología 1 y 2 partes (Eduardo Cuestas campos 1985)

Fuente: Guía de revisión documental

ANALISIS INTERPRETATIVO

En general según los datos obtenidos mediante las doce guías de entrevista realizadas a personas originarios de la comunidad y personas que no pertenecen actualmente a la comunidad, pero que formaron parte del proceso del conflicto armado salvadoreño en la zona de Santa Marta y que fueron parte de las brigadas sanitarias o que fueron atendidos por estas, más lo que se logró evidenciar a través de las tres guías de observación se definió que la documentación y material bibliográfico de consulta utilizada eran Manual del guerrillero (anexo1) Diario del che en Bolivia 1967 , Características clínicas y diagnósticas del abdomen agudo (Loechez Fernández 1984) , Preparación médico-militar Tomo I,II,III y IV (C. Pozos Beceiros y Fariñas Puig 1979) , Principios de dirección de los servicios médicos para evaluar la situación (Colectivo de autores La Habana 1977) , Cirugía de guerra Tomo I y II (Instituto cubano del libro 1979), Cirugía militar de campaña (3 edición Moscú 1975), Psiquiatría general (Hiran castro-Genard 1984)1, Organización y tácticas de servicios médicos de las tropas terrestres de Leningrado (Academia Kirow 1975), etc.

MATRIZ N. 22

EVIDENCIA A TRAVÉS DE DOCUMENTOS FÍSICOS Y AUDIO VISUALES DE LA COLABORACION INTERNACIONAL

EVIDENCIA A TRAVÉS DE DOCUMENTOS FÍSICOS DE LA COLABORACION INTERNACIONAL DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZABAN LOS/AS VOLUNTARIOS E INTERNACIONALISTAS DE LA SALUD DURANTE EL CONFLICTO ARMADO SALVADOREÑO EN LA COMUNIDAD SANTA MARTA
Gestión a nivel nacional e internacional para la atención sanitaria
Creación y formación de brigadistas sanitarios
Diseñadores de infraestructura hospitalaria clandestina
Miembros del equipo técnico o de mando de atención sanitaria
Mantener la disciplina psicológica y anímica de la tropa
Brigadistas sanitarios
Combatientes

Fuente: Guía de revisión documental

ANALISIS INTERPRETATIVO

En general según los datos obtenidos mediante documentos físicos y audiovisuales de la colaboración internacional o libros de autores que sirvieron como voluntarios internacionalistas durante el conflicto armado Salvadoreño en la comunidad Santa Marta se logró evidenciar cuales eran las actividades que realizaban los/as voluntarios e internacionalistas, entre ellas Gestión a nivel nacional e internacional para la atención sanitaria, Creación y formación de brigadistas sanitarios, Diseñadores de infraestructura hospitalaria clandestina, Miembros del equipo técnico o de mando de atención sanitaria, Mantener la disciplina psicológica y anímica de la tropa, Brigadistas sanitarios y Combatientes

VI - DISCUSION

En el último siglo la medicina dio un giro tanto de manera cuantitativa como cualitativa, logrando extremos prometedores en la historia de la medicina, las guerras mundiales y otros eventos adversos fueron los momentos claves para el experimento y conseguir dar respuesta a las ciencias médicas y crear teoría, descifrando códigos y paradigmas que mantuvieron dogmas sociales de mitos y leyendas que describían el rumbo de la sociedad de ese entonces. En América, específicamente en Centroamérica, dicho siglo finalizó con situaciones denominadas para muchos “efectos de la guerra fría” que representó expresiones sociales que cambiaron la vida de muchas personas para siempre, mezcladas entre el sufrimiento, el dolor y la esperanza de un mañana mejor, en donde se puede contar desde las historias más aterradoras hasta aquellas que hoy en día no han podido ser contadas y que pueden representar tanto orgullo para la historia salvadoreña así como aportes a la ciencia médicas en la salud pública y las nuevas generaciones

En El Salvador, la organización de los servicios de salud estuvieron expresados de la manera más tradicional y sin dirección única, la prestación de servicios fue siempre de manera fragmentada y desorganizada, dando prioridad a diversos grupos poblacionales de acuerdo a su situación de aporte económico, acceso geográficos y otras maneras que a fin no garantizaban el estado de salud del pueblo.

Durante el periodo de guerra, previo al sistema actual de salud de El Salvador, Los servicios de atención sanitaria estaban organizados y concentrados en las grandes urbes, siendo el sector rural el más desprotegido. En este tiempo la geografía salvadoreña estaba dividida en zonas controladas por las Fuerzas Armadas de El Salvador (FAES) y las zonas controladas por la guerrilla del (FMLN) siendo esta lógica coherente

con los servicios de salud, situación que agravó más la realidad de las comunidades que estaban en la segunda zona descrita, realidad que obligó a tomar medidas y formas diferentes de hacer salud o darle salud a su población a como fuera posible.

Al analizar la experiencia sanitaria durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta del municipio de Ciudad Victoria Cabañas indudablemente fortalece la realidad de la salud pública a nivel local, epopeya que genera discusión y estimula razones para seguir estudiando más este proceso, por lo que será necesario conocer las verdaderas bases sociológicas de la convicción y entrega de hombres y mujeres por una sociedad diferente, para quienes el compromiso colectivo, la organización comunitaria y la vigilancia de la salud integral son los principios claves para la construcción de nuevas formas de hacer salud, en donde con el mínimo recurso pueda realizarse el máximo de las metas y que estas no se desarrollen solamente en números estadísticos, sino en bienestar biopsicosocial de la persona, familia, comunidad y ambiente que le rodea

El contexto de la forma de hacer salud según la experiencia sanitaria de la comunidad Santa Marta durante el conflicto armado Salvadoreño, describe en su expresión operativa rasgos de similitud con respecto a la Reforma del sector Salud que actualmente se desarrolla en El Salvador, sin embargo el escenario y momento en donde ocurren los dos eventos son muy diferentes, el primero muestra compromiso individual y colectivo a nivel personal y de la comunidad sobre los objetivos que se esperan alcanzar, mantiene un incomparable nivel de disciplina y entrega a las ciencias médicas en el marco de la bioética y la sociedad en que se desarrolla y los recursos humanos y materiales son limitados, el segundo no goza de compromiso individual ni colectivo a nivel personal y de la comunidad sobre los objetivos que esperan alcanzar, el nivel de disciplina es más burócrata y estadística y los recursos humanos y materiales comparativamente con el primero son superiores, los resultados que se esperan tener en

determinados periodos se relacionan a justificar los recursos económicos y financieros y no a medir la satisfacción y bienestar de las personas que reciben la atención.

Al Identificar la estructura de organización sanitaria que desarrollaban los/as brigadistas sanitarios durante el conflicto político militar de El Salvador en la Zona guerrillera de la comunidad Santa Marta, se puede describir que se trataba de una estructura piramidal aparente, desde el punto de vista administrativo y gerencial, puesto que al profundizar en el contexto del verdadero objetivo de la estructura nos damos cuenta que un miembro del equipo de mando podía desempeñar todos los papeles, podía ser generador y formador de nuevos brigadistas como recurso técnico, brigadista sanitario en los diferentes escenarios tanto en la comunidad como en la línea de combate y además podía ser este combatiente como tal.

Las evidencias de la infraestructura que utilizaban aparentemente podríamos creer que era rudimentaria, un tatús u hospital clandestino subterráneo, restos de viviendas bombardeadas y viviendas de la población civil, que al compararlo con las instalaciones, tecnología y desarrollo de la medicina moderna de un hospital en cualquier ciudad del mundo basta con imaginarlo para creer que se trata de inventos rudimentarios en donde la medicina tendrá un bajo nivel de efectividad, no obstante en la infraestructura utilizada por los brigadistas sanitarios se practicaba a un alto nivel las ciencia médicas, el experimento de cada día fortalecía los conocimientos y la confianza en la relación médico paciente que para los actores de esta historia fue la diferencia de realizar medicina en un espacio diferente a lo esperado, en donde cada paciente o brigadistas comparte lo mejor de sí y donde las tareas y las insignias sociales, laborales y culturales no existen y su subjetividad es cada vez más marcadas y su mayor reto es la herramienta base del ser humano la hermandad y vivencia en comunidad

Las prácticas sanitarias más usadas durante el conflicto armado salvadoreño en la zona ubicada en la comunidad Santa Marta son resultado de la necesidad y la base del experimento ensayo de las ciencias médicas que se desarrollan en un momento de adrenalina social de un pueblo que da todo para poder sobrevivir. La medicina utilizada se relacionó a los recursos que la naturaleza le proporcionara tanto en cuanto al desarrollo de los conocimientos de las ciencias médicas, así como a la libertad de realizar actividades que fueran prohibidas en el resto de la sociedad y que reabrieran nuevas reglas de hacer el bien sin tener que cumplir protocolos obligados existente que sugieran resultados adversos

Las prácticas sanitarias siempre se mantuvieron a la altura necesaria, aunque no dependieron directamente de las sociedades de medicina existentes

La participación de la población civil en las actividades sanitarias durante el conflicto armado salvadoreño en la Zona guerrillera ubicada en la comunidad Santa Marta fue el punto de encuentro entre la ciencias médicas y lo humano de la medicina, expresado a través de la relación que existe entre cada semejante, donde el conocimiento no tiene límites sociales y en donde las personas pueden tratarse como seres humanos sin tener que esperar nada a cambio desde el nivel material

La relación establecida entre la población civil y los brigadistas sanitarios de la guerrilla se fortaleció a medida en que uno necesitaba de lo otro, entre más necesidad tenía la población de atención médica por el recrudecimiento de la guerra, mas era la necesidad de los brigadistas para relacionarse y poder extender con mayor claridad las relaciones humanas en las personas las cuales deben complementarse en sus aptitudes, virtudes, ganancias morales y científicas y más aún cuando estas son vitales para la sobrevivencia, en conclusión la participación fue mutua

VII - CONCLUSIONES

1-La estructura de la organización sanitaria durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta, estaba delimitada por una jerarquía piramidal aparente que tenía como base los/as brigadistas sanitarios, luego mantenía una figura de nivel intermedio que su mayor función era la parte técnica y en la cúspide se encontraba el nivel superior conocido como equipo de mando de la estructura sanitaria.

2-Los niveles de atención estaban en relación a tres características propias de la medicina de guerra, una en relación si era atención de emergencia, otra cuando se trataba de atenciones en espacios conocidos como hospitales clandestinos, y el tercero eran las atenciones preventivas para la tropa durante el tiempo que no se relacionaba con el combate directo, además a esta última se agregaba la atención a la población civil que habitaba en las zonas de conflicto y que no podía acceder a un servicio de asistencia médica gubernamental.

3-La infraestructura y herramientas de uso sanitario durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta se basó primordialmente en los escombros de viviendas bombardeadas, cuevas y en los llamados tatús, espacios subterráneos contruidos con el objetivo de mantener oculto el servicio sanitario así como para garantizar la seguridad ante el peligro de que las personas atendidas fueran descubiertas.

4-Las herramientas de uso sanitario estaban en relación con un ligero equipo clínico quirúrgico que mediante los mecanismos de reutilización, esterilización y los insumos que la madre naturaleza proporcionara en la oportunidad de cada atención. La tecnología utilizada se basaba en la gracia viva de cada brigadista sanitario

5-Las principales causas de consulta o morbilidad se clasificaban en dos categorías la primera en lo relacionado a los/as combatientes de la guerrilla del FMLN y la segunda la de la población civil de la zona de la comunidad Santa Marta atendida por las brigadas sanitarias.

6-La participación de la población civil en las actividades sanitarias durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta fue de manera activa y de manera pasiva, con diferentes responsabilidades de acuerdo a las necesidades del momento.

7-Las formas de atención a la comunidad estaban programadas durante el año y este tipo de atención iban desde la educación en salud, promoción, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación así como actividades de saneamiento ambiental que garantizaban una completa atención de manera integral que no solo veía a la persona de manera individual, sino que veía la familia y el medio en que esta se desarrollaba

8-La estrategia clave que garantizaba la relación de la población civil y las brigadas sanitarias eran la organización sectorial de corresponsabilidad del territorio que estaba estructurada desde un comité central de la comunidad, que a su vez coordinaba con otra figura que se denominaba comité de logística y vigilancia sectorial que tenía la coordinación directa con los comités por cada diez viviendas y que a su vez este era liderado por la principal figura estratégica operativa denominada “Guardián de salud y saneamiento”.

9-La comunidad manifiesta su interés en la investigación, al considerar que esta generará herramientas teóricas que motiven a la población de Santa Marta en el fortalecimiento de sus procesos educativos, organizativos, de memoria histórica y a la Salud Pública local en función de favorecer los conocimientos de las nuevas generaciones y así poder describir las más increíbles formas de poder hacer salud pública en situaciones completamente adversas.

VIII - RECOMENDACIONES

PARA EL MINISTERIO DE SALUD:

1 – Fortalecer la construcción histórica de los procesos sanitarios desarrollados durante el conflicto armado salvadoreño a través de la Reforma de Salud, retomando las características sociales, históricas y de idiosincrasia que empoderen a las personas y sean estas los actores principales para la construcción y éxito de su propio derecho a la salud.

2 - Que los principales indicadores de la Reforma de Salud actual tomen en cuenta los datos estadísticos, así como el avance social del empoderamiento y aceptación del proceso de reforma en correspondencia con sus expectativas y visión del derecho a la salud así como de sus deberes como ciudadanos activos.

PARA EL MINISTERIO DE EDUCACION:

1 – Implementar en los/as maestros y estudiantes conocimientos basados en la educación en salud que pueda generar estímulos de habilidades que fortalezcan una mejor cultura integral en Salud Pública en las nuevas generaciones y con ello avanzar en el proceso de Reforma de Salud.

PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR:

1 – Fortalecer el banco de temas a investigar, con los relacionados a nuestra identidad e historia y así fortalecer los conocimientos de los/as estudiantes a partir de las vivencias de generación en generación y con ello conservar nuestros valores e identidad, no solamente orientado en lo que hasta ahora se ha contado, sino en seguirla descubriendo y sobre todo poder visualizar las virtudes de los/as salvadoreños en situaciones adversas a la realidad.

PARA EL FMLN:

1-Que incluya en su agenda como institución partidaria la memoria histórica y la base fundamental de sus luchas y a través de una comisión de reconstrucción de la historia de los/as salvadoreños que participaron en el proceso transformador de esta institución.

PARA LA COMUNIDAD SANTA MARTA

1 - Fortalecer la memoria histórica y crear mejores formas de proyectarla al mundo y a las nuevas generaciones mediante evidencias escritas por sus propios actores y con ello mantener viva una de las principales epopeyas como lo es la experiencia sanitaria durante el conflicto armado salvadoreño

2 - Mantener activa la estructura de atención sanitaria rescatando principalmente la experiencia de los/as brigadistas, la organización sectorial de la comunidad y la vigilancia sanitaria mediante la intersectorialidad con el actual equipo de salud de la comunidad.

IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

A-LIBROS.

1. ALVAREZ Álvarez Sintés Gilberto "Medicina General integral" Primera Edición, Editorial Colectivo de actores, Habana-Cuba 1986
2. Frenk J. La nueva Salud Pública, en "La crisis de la Salud Pública", Op. Cit.
3. HERNANDEZ Sampieri Roberto, etal, "Metodología de la Investigación". Primera Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México, D.F. 1997.

Págs. 505
4. HERNANDEZ Sampieri Roberto, etal, "Metodología de la Investigación". Segunda Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México, D.F. 1998.

Págs. 171
5. HOCHACHKA Gail, "Desarrollando la sustentabilidad, desarrollando el Ser", Victoria Canadá, Págs. 137
6. Ryle John, "Medicina social y Salud Pública", en "Desafíos de la Epidemiología", Pág. 126-128.. Publicación Científica N° 505, OPS, 1988
7. Sandoval H., Situación y tendencias de la salud pública, en "La crisis de la Salud Pública", op. cit.
8. Terris M. "Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas", en "La crisis de la Salud Pública", Publicación Científica N° 540, OPS, 1992.
9. TAYLOR S. J etal, "Introducción a los métodos cualitativos de la investigación". Primera Edición. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina 1984.

10. Winslow C.E.A. The Untilled Fields of Public Health, Science 51:23:33, 1920.

B- DICCIONARIOS.

- 1- ANDER Egg Ezequiel, "Diccionario del Trabajo Social", Buenos Aires Argentina, 1999. Págs. 198

- 2- ORTIZ Uribe Frida Gisela, "Diccionario de Metodología de la Investigación Científica". Primera Edición. Editorial Limusa, S.A de C.V. México, D.F. 2003. Págs. 171.

C-REPORTES DE INVESTIGACIONES.

- 1- Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Publicado: 2008

D-DOCUMENTOS ELECTRONICOS EN LA WEB

- 1- asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/Ley_Consejo_Superior_de_Salud.pdf

- 2- ADES, "MEMORIA HISTORICA SANTA MARTA" Sensuntepeque, 1997 pag. 23 a 220

- 3- adessantamarta.codigosur.net

- 4- acuerdosdepazdechapultepec.blogspot.com

- 5- amerpages.com/spa/elsalvador/items/view/19576/iglesia-bautista-emmanuel

6- concepto.de/salud-segun-la-oms

7- elsalvador.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files

8- FAO, Prevention of Water pollution by Agriculture and Related Activities,
FAO, Water Report, 1993

9- <https://www.significados.com/salud-publica>

10-<https://es.scribd.com/doc/93535452/El-Significado-de-Alma-Ata>

11-<https://twitter.com/minsalud?lang=es>

12-unfinishedsentences.org/es/reports/foia-rio-lempa

13-Pleitez, W. Comp. Informe sobre Desarrollo Humano: El Salvador 2001.
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, 2001.

14-Nixon L. J. La Ofensiva del T y los estrago de la guerra de Vietnam, USA
pag. 112-123 2da Edición ,1982

15-Nakait H. Pasajes subterráneos y la estrategia de Ho chi Minh, Vietnam
Pag. 23-48 1ra Edición, 197

16-Navarro Vicente, Concepto Actual de Salud Pública; San Salvador, 2009.
Págs. 17 a 122

17-RIBEIRO Silvia, “*Apuntes del taller Desarrollo a Escala Humana*”.
Montevideo Uruguay, 1995. Págs. 12

18-UCSF SANTA MARTA, “Análisis de la Situación de Santa de la comunidad
Santa Marta Ciudad Victoria, Santa Marta, 2014 pag. 3 a 17

19-VELÁSQUEZ Sánchez Oscar Antonio. “*Los paradigmas como exigencia
del poder. Líneas de reflexión teórico metodológica en torno a los de
Comunicación*”. San Salvador, El Salvador. Págs. 14

- 20- VELÁSQUEZ Sánchez Oscar Antonio, “*La entrevista*”. San Salvador, El Salvado 2006 Págs. 4
- 21-www.fesal.org.sv/2008/informe/resumido/03-Antecedentes.htm
- 22-www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc...90.
- 23-www.monografias.com › Salud
- 24-www.who.int/library/databases/paho/es
- 25-www.abc.es/ciencia/.../abci-quince-pensamientos-albert-einstein-201412121400.html
- 26-www.elfaro.net/.../Demandan-a-la-CIA-por-ocultar-archivos-del-coronel-Ochoa-Pérez
- 27-www.buenastareas.com › Página principal › Informes de libros winslow
- 28-www.abriendobrecha.org/santa-marta
- 29-www.elfaro.net/es/201411/fotos/16291/Campos-de-refugiados.htm
- 30-www.caritaselsalvador.org.sv/programas/ddhh/432-pastoral-de-migrantes.htm
- 31-www.uca.edu.sv/boletines/upload_w/file/.../4f9b22d3bf377losdesplazados.pdf
- 32-www.mercaba.org/Pastoral/C/comunidades_eclesiales_base
- 33-www.constitution.org/cons/elsalvad.htm
- 34-www.mipueblosugente.com/apps/blog/show/9574856-ciudad-victoria-cabanass

ANEXOS



Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública



GUIA DE ENTREVISTA
PARA LA REALIZACION DE LA SIGUIENTE INVESTIGACION

**Experiencia Sanitaria durante el conflicto armado Salvadoreño en La
Comunidad Santa Marta, municipio de Ciudad Victoria Cabañas
Marzo – Agosto 2016**

1-¿Quiénes conformaban las brigadas sanitarias?

2-¿Quiénes conformaban el equipo de asistencia técnica?

3-¿Quiénes conformaban el equipo de mando?

4-¿Qué tipo de problemas de salud eran más frecuentes en los combatientes?

5-Que tipo de problemas de salud más frecuentes en la población civil?

6-¿Cuáles eran las prácticas sanitarias que utilizaban?

7- ¿Cuál era la participación de la población civil en las actividades sanitarias?

8-¿A quiénes atendían los brigadistas sanitarios/as?

9-¿Cuáles eran las atenciones que recibía la población civil?

10-¿En qué lugares se almacenaban los medicamentos e insumos médicos?



Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública



GUIA DE OBSERVACION
PARA LA REALIZACION DE LA SIGUIENTE INVESTIGACION

Experiencia Sanitaria durante el conflicto armado Salvadoreño en La Comunidad Santa Marta, municipio de Ciudad Victoria Cabañas Marzo – Agosto 2016

1- Se visitaran los sitios en donde estaban ubicados los hospitales clandestinos y se evidenciará a través de fotografías



Universidad de El Salvador
 Facultad de Medicina
 Maestría en Salud Pública



GUIA DE REVISION DOCUMENTAL
 PARA LA REALIZACION DE LA SIGUIENTE INVESTIGACION

**Experiencia Sanitaria durante el conflicto armado Salvadoreño en La
 Comunidad Santa Marta, municipio de Ciudad Victoria Cabañas
 Marzo – Agosto 2016**

1 Mediante la revisión de documentos oficiales del conflicto armado salvadoreño, libros, revistas y materiales audiovisuales de las diferentes organizaciones que conformaban el FMLN, evidenciaremos de que países eran los médicos y colaboradores voluntarios e internacionalistas en el proceso de atención sanitaria en la comunidad Santa Marta durante el conflicto armado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con n. de DUI _____

Hago constar que he recibido de la parte investigadora información sobre la realización de una investigación sobre la experiencia sanitaria durante el conflicto armado salvadoreño en la comunidad Santa Marta, por lo que se me ha explicado que no recibiré ningún beneficio económico por participar, ni tendré compromisos posteriores, por lo que mi participación es completamente voluntaria, además estoy dispuesto/a en complementar con algún tipo de evidencia como fotografías o materiales relacionados con la investigación por tratarse de un estudio muy importante para nuestra comunidad, el cual nos servirá a todos/as y a las nuevas generaciones para mantener la memoria histórica.

Al finalizar la investigación tendremos acceso a una copia del documento con el objetivo de conservar nuestra historia y de saber que hemos participado.

Firma _____ Fecha _____



Imagen 1: Localización de Cabañas en El Salvador. Fuente: (MICROSOFT, 2016)

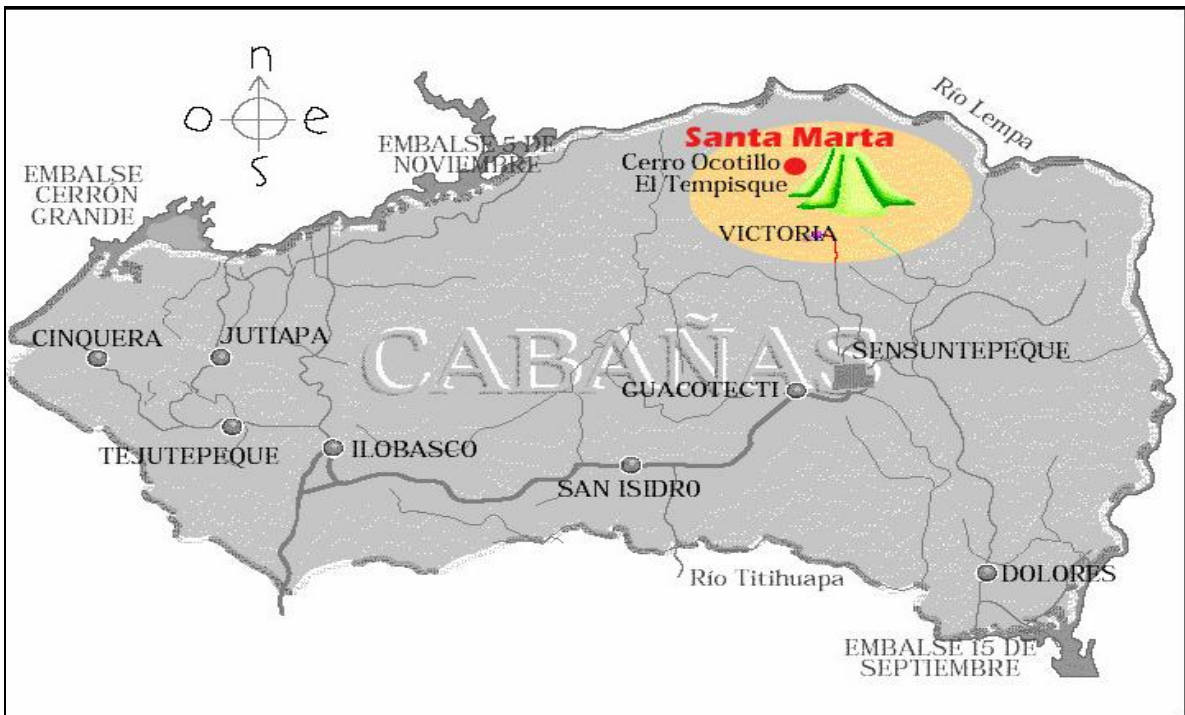


Imagen 2: Localización de Cabañas en El Salvador. Fuente: (MICROSOFT, 2016)

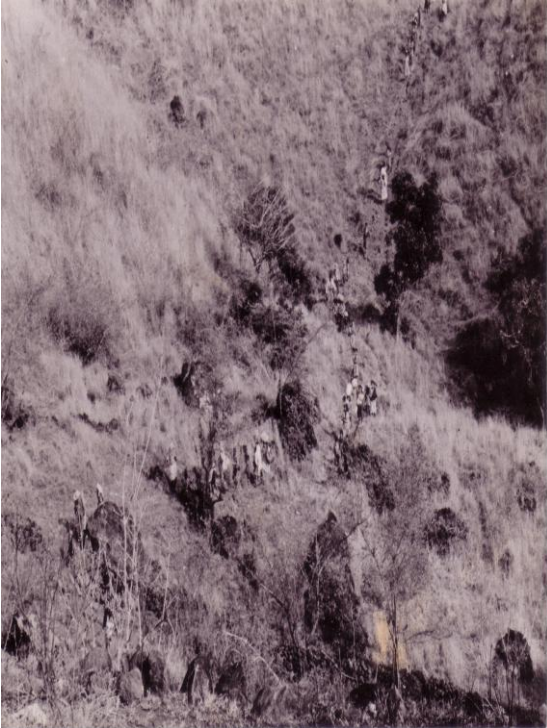


Imagen: 3 Éxodo de campesinos De santa marta hacia Honduras



imagen: 4 Campamento Mesa grande Honduras 1982 Fuente: Memoria histórica



Imagen: 5 Dibujo de un campesino de santa marta que fue expulsado a Mesa grande Honduras Fuente: Memoria histórica