

081005

Ej: 4

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

T  
362.10425  
A 663e  
1960  
F. Med.

FACULTAD DE MEDICINA

Experiencias de un Año de Servicio  
Social en las Unidades de Salud de  
Coatepeque y Texistepeque

OCTUBRE 1958 - SEPTIEMBRE 1959

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

CARLOS MARIA ARAUZ AGUILAR

PREVIA OPCION DEL TITULO DE  
DOCTOR EN MEDICINA

SAN SALVADOR

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

SEPTIEMBRE DE 1960



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR



Rector:

DR. NAPOLEON RODRIGUEZ RUIZ

Secretario General:

DR. ROBERTO EMILIO CUELLAR MILLA

FACULTAD DE MEDICINA

Decano:

DR. JOSE KURI A.

Secretario Interino:

DR. MARIO RIVAS TORRES

JURADOS QUE PRACTICARON EXAMENES PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

CLINICA OBSTETRICA

Dr. Joaquín Ramos Ramírez

Dr. Arturo Jovel Munguía

Dr. Guillermo Debbe

CLINICA MEDICA

Dr. José Benjamín Mancía

Dr. Donaldo Moreno

Dr. José Simón Basagoitia

CLINICA QUIRURGICA

Dr. Carlos González Bonilla

Dr. Salvador Infante Díaz

Dr. Orlando de Sola

JURADOS DE DOCTORAMIENTO

Dr. Alberto Aguilar Rivas

Dr. Tomás Pineda Martínez

Dr. Ramón Lucio Fernández

Ofrecimiento

A mi esposa Gloria Pacheco de Arauz con cariño.

A mi hijo Carlos de Jesús Arauz Pacheco

A mi hermana Gladys Arauz Aguilar

**Agradecimientos a los Doctores:**

**Saturnino Cortés Martínez**

**Salvador Batista Mena**

**Tomás Pineda Martínez**

**En cuyos ejemplos trataré de encauzar mi profesión.**

Dedicatoria

A la memoria de mis padres

Blas M. Arauz y Felipa Aguilar de Arauz

A mis hermanos

Pedro

Ramiro

Armando y

Gladys

A mi suegra Matilde v. de Pacheco

A mi tía Juana Aguilar Vargas con mis mejores recuerdos

A mis Profesores

A mis compañeros y amigos

## PLAN DE TESIS

### PROLOGO:

Interés por la Salud Pública

### CAPITULO I

- 1o. Referencias sobre Coatepeque y Texistepeque.
  - a) Geografía, b) División Política y c) Aspecto Socio-Económico.
- 2o. Historia de las Unidades de Salud de Coatepeque y Texistepeque.
- 3o. Locales de ambas Clínicas.
- 4o. Personal de las mismas.
- 5o. Equipo disponible.
- 6o. Comentarios sobre saneamiento ambiental.

### CAPITULO II

Curanderismo y Parcherismo.

### CAPITULO III

Consultas durante el año:

- a) Patología General
- b) Cuidados Pre-Natales
- c) Higiene Infantil y Pre-escolar

### CAPITULO IV

- 1.- Clasificación Internacional de la Patología y comentarios.
- 2.- Las diez afecciones más frecuentemente diagnosticadas.

### CAPITULO V

CONCLUSIONES.

## P R O L O G O

### INTERES POR LA SALUD PUBLICA

Debido al gran impulso que ha tomado en los últimos años el estudio de los problemas relacionados con la Salud Pública en nuestro país y a las facilidades que nos brinda la Escuela de Medicina, por medio del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública para realizar una mejor actividad en el campo de la Medicina Social, podemos llevar a cabo nuestra labor durante el año de Servicio Social con más libertad y con más conocimientos sobre los problemas médico-sociales del país.

El objeto de presentar como trabajo de Doctoramiento Público la experiencia adquirida durante el año de Servicio Social, en el que desempeñé el cargo de Director de las Unidades de Salud de las ciudades de Texistepeque y Coatepeque en el Departamento de Santa Ana, es el de poner al alcance del público y en especial de los Estudiantes de Medicina, sobre todo para los que en el futuro partan a cumplir tan honrosa misión, mis experiencias personales sobre lo que puede hacerse durante el año, la gran tarea que falta por realizar y la grata satisfacción de haber contribuido en poco, pero con algo, a la solución del grave problema sanitario nacional.

Todos tenemos en mente al terminar nuestros exámenes de Doctoramiento Privado, un cúmulo de proyectos para poner en práctica durante el año de Servicio Social. Muchos, ante la indiferencia que por la Salud Pública se había tenido en el pasado, en que prácticamente se consideraba ese año de servicio como una manera de perder el tiempo obligatoriamente y olvidar la educación académica con tantos sacrificios lograda en las aulas, trataban de quedarse en los Hospitales de la Capital, en los Departamentos y al final, cuando todas las gestiones fracasaban, como en último caso, no queda-

ba más remedio que ir a "Sanidad". Sólo el hecho de que éste concepto esté cambiando en nuestros días, es un augurio feliz para el porvenir. El miedo desaparecerá al conocer lo que se puede realizar. La experiencia de poder trabajar en zonas rurales donde hay mayor necesidad, en las agrupaciones sociales que por primera vez en muchos casos, van a ser tratados por un Médico, la satisfacción de poder cumplir con el postulado más grande de nuestra alma Mater, cual es el de irradiar nuestros conocimientos a las clases más necesitadas, y también, el respaldo que recibimos de la Escuela de Medicina, han hecho cambiar dichosamente, antiguos conceptos.

Debo agregar que el pretendido atraso científico que según algunos es inevitable en la práctica rural, es sólo un pretexto para los que no quieren dejar la vida muelle de la ciudad. El ejemplo claro está en que los cargos puestos a oposición en los Hospitales grandes, son ganados en su mayoría por Médicos de Unidades de Salud y por Médicos internos de Centros de Salud; tal es el caso en nuestro primer centro hospitalario, el Hospital Rosales. El deber de estar al día con los conocimientos médicos se adquiere, desde el mismo instante en que se escoje esta dura profesión y en este país pequeño, con buenas vías de comunicación, prepararse no es privilegio de los que quedan en ciudades grandes. Es de ver con qué ansias se espera EPACTA en las Unidades de Salud. También con que interés se coleccionan las divulgaciones del Departamento de Medicina y con que ahinco se preparan los Médicos de las Unidades de Salud, cuando se trata de participar en un concurso de oposición donde se lleva en contra, hasta el viejo concepto de que se ha olvidado todo.

A veces nuestro entusiasmo por este trabajo, se queda corto ante la realidad ambiente o ante las limitaciones que todos conocemos. Tenemos

que ajustarnos al material disponible para poder realizar en parte nuestros planes; pero aún así después de un año de convivencia con esa realidad, nuestro entusiasmo es mayor si se quiere y, como el campo descubierto ofrece más y más satisfacciones, son mayores los arrestos. Nuevos e inexplorados campos nos ofrece la Salud Pública y con el asesoramiento de la Escuela de Medicina y la Dirección General de Sanidad, podemos realizar una labor útil para los sectores sociales que necesitan con urgencia los beneficios de una Medicina Social mejor orientada.

La experiencia que quiero dejar como constancia en esta tesis deseo compararla con la idea que tiene la Escuela de Medicina de lo que es un buen Servicio Social. Relacionarla también con las necesidades que como organismo tiene la Dirección General de Sanidad. Este es el trabajo que intento presentar después de laborar un año en las Unidades de Salud de Texistepeque y Coatepeque.

Creo que el Médico, que en nuestro medio no trata de realizar una labor social, ejerciendo la medicina moderna no está llenando a cabalidad el alto cometido a que está destinado.

## CAPITULO I

lo.) Referencias sobre Coatepeque y Texistepeque.

### COATEPEQUE.

Coatepeque es un Municipio perteneciente al Distrito y Departamento de Santa Ana. Está situada a 11 kilómetros de la ciudad de Santa Ana. Todo el Municipio consta de la ciudad de Coatepeque y dieciocho cantones. Fue erigido en pueblo en el año 1812. En Villa 46 años después o sea en 1858. Finalmente en ciudad el 25 de Mayo de 1917. Su nombre es derivado del Náhuat y quiere decir lugar o cerro donde abundan las culebras. Esta situada a 750 metros sobre el nivel del mar. Casi todo su patrimonio deriva del cultivo de productos agrícolas como café, maicillo, maíz, así como del beneficio y recolecta del primero. La ciudad consta de 2.245 habitantes. En sus cantones viven 18.420 habitantes, estos datos según la Dirección General de Estadística y Censos, hasta el 10. de Julio de 1958. La educación primaria está a cargo de 16 escuelas rurales mixtas y cinco escuelas urbanas. La extensión total del municipio es de 134.4 kms. cuadrados. Sus límites: al Norte: Santa Ana y Nueva Concepción; al Sur El Congo; al Este San Juan Opi-co, Ciudad Arce y Tacachico y al Oeste Santa Ana.

La ciudad está provista de buen servicio eléctrico y un aceptable servicio de agua potable.

### TEXISTEPEQUE.

Pertenece al distrito y Departamento de Santa Ana, este Municipio consta de la ciudad de Texistepeque y seis cantones. Su población rural hasta el 10. de Julio de 1958 fué de 10.930 habitantes y la población urbana hasta la misma fecha, de 1.367 habitantes según la Dirección General de Estadística y Censos. La superficie de todo el municipio es de 177.6 kilómetros cua-

drados. Limita al norte con San Antonio Pajonal, Metapán, Masahuat; al Sur Santa Ana; al oeste con Candelaria de la Frontera y al este con Nueva Concepción. Los ríos principales son el Lempa, Guajoyo, Copapayo, Texistepeque y Shutla.

La ciudad de Texistepeque remonta su historia a los tiempos precolombinos. Uno de los más antiguos centros de población de la república se estableció aquí. No se han puesto de acuerdo los historiadores sobre la fecha de su fundación. Está situada a 404 metros sobre el nivel del mar. Obtuvo el título de Villa en 1758. El de ciudad el 22 de Octubre de 1946. El nombre de esta centenaria población deriva del Náhuat y quiere decir lugar o cerro de las piedras. La ciudad tiene agua potable, alumbrado eléctrico, telégrafo y teléfono. La enseñanza primaria esta a cargo de una escuela mixta y de trece escuelas rurales.

#### EL CONGO.

Se hace mención en este trabajo de la Municipalidad de El Congo, debido a que, por las condiciones geográficas y a su elevado número de habitantes, representa un problema serio para la Dirección de la Clínica Asistencial de Coatepeque. En efecto estando las Clínicas de Izalco y de Armenia muy alejadas, todos los pacientes de esta jurisdicción no tienen otro recurso que llegar a la Unidad de Salud de Coatepeque, contribuyendo con esto a su congestión.

Consta la Municipalidad del Congo de la Villa del mismo nombre y de ocho cantones tiene una extensión de 78.08 kms. cuadrados y una población rural de 7.036 habitantes. Sus límites son los siguientes: al norte Coatepeque, al sur Izalco, al oeste Santa Ana y al este Ciudad Arce y Coatepeque.

La Villa de El Congo está situada a 3 kilómetros de Coatepeque y sobre la carretera internacional. Su altura sobre el nivel del mar es de 853 metros. En ella viven 2.894 habitantes.

Los problemas sanitarios de toda la población de El Congo son pues atendidos por la Dirección de la Unidad de Salud de Coatepeque, y dado su gran extensión y gran número de habitantes, plantean situaciones de gran cuidado.

Mencionaré más adelante algún problema que tuve en esta jurisdicción y la forma en que ayudé a solucionarlo.

## ASPECTO SOCIO ECONOMICO DE TEXISTEPEQUE Y COATEPEQUE

Como casi toda el área rural del país, la situación de la economía es bastante pobre. Una agricultura rudimentaria que hasta en los últimos años, está recibiendo orientación técnica moderna. El cultivo del café y su recolección moviliza grandes núcleos de población que inyectan vitalidad al comercio. Fuera de esas épocas bonancibles las actividades comerciales son bastantes pobres y monótonas. Hay indicios que en un futuro cercano, esta población tan laboriosa, tendrá mayor orientación agrícola, mayores fuentes de trabajo y una mejor canalización del turismo para crear superiores medios de vida para el medio rural. Desde el punto de vista humano, esta población depende, en un 70 por ciento, de su propio esfuerzo. En este 70% de la población está incluida toda la masa campesina la cual constituye casi exclusivamente, la clientela de las Unidades de Salud de Texistepeque y Coatepeque. Las condiciones de vida en estas áreas se ponen de manifiesto en la descripción que sigue:

### Salario:

El salario aproximado de un jefe de familia en épocas en que no se recolecciona el café varía entre un colón y un colón con veinticinco centavos por día. En los meses de corta del café que dura de dos a tres meses, obtiene un promedio de dos colones cincuenta centavos al día y con la ayuda de toda la familia que casi siempre interviene en estas labores, bien pueden llevar a sus casas entre cuatro y cinco colones diarios.

Si consideramos que la familia campesina como promedio se compone de seis miembros, observamos que el dinero disponible para el gasto diario de una persona, para subsistir con este salario debe ser de 30 a 40 centavos de colón al día.

### El Colono:

El colono es un trabajador del campo que obtiene en el lugar donde trabaja, vivienda, alimentación y un poco de tierra en calidad de préstamo para sembrar maíz. A cambio de esto el dueño de la tierra asegura un personal fijo para cultivarla.

La vivienda cedida por el patrón, es sencilla, generalmente consta de dos apartamentos reducidos. Uno de ellos se dedica para cocina y sala y otra para dormitorio de toda la familia. En la mayoría de las fincas el colono recibe para la siembra de maíz un poco menos de una manzana de terreno. Siempre son las tierra menos fértiles y ante la dificultad de conseguir buenas semillas, abonos y arados, las cosechas son pobres. De esta siembra pueden obtener unos cinco quintales de maíz y un poco más de veinte por ciento de la cosecha regresa al dueño de la tierra en calidad de "terraje". Difícilmente con lo que le queda puede vender un poco de maíz pues casi siempre dedica este producto para la subsistencia familiar. Con frecuencia tiene que comprar para las necesidades del año.

Además del colono existe una población campesina "flotante" que trabaja donde las condiciones de salario son mejores. Estos sólo reciben alimentación mientras trabajan en la recolección del grano de oro.

### Dieta:

La alimentación del campesino que tiene la fortuna de tener trabajo está constituida por cinco tortillas al día: una en el desayuno, dos en el almuerzo y dos en la cena. El peso aproximado de una tortilla es de 98 gramos lo que equivale a 490 gramos del cereal al día. Además consta la dieta del campesino de un puñado de frijoles con un peso de 150 gramos que se reparten en tres raciones de comida. Siempre se agrega a esta dieta un poco de una

bebida caliente a base de panela y maiz a lo que el campesino llama graficamente, "café de maíz". Esta dieta prevista por el patrono para las personas que trabajan en sus tierra, es la misma que el campesino puede obtener para el resto de la familia.

No se necesita gran esfuerzo para darse cuenta que con esta dieta -repetidamente día con día- en una monotonía desesperante, no se llenan los requerimientos básicos para un ser humano. Muy de vez en cuando se agrega una porción de carne, de queso, o de verduras, pero en proporción tan limitada que no llenan ni siquiera pobremente, las necesidades de proteínas, grasas y vitaminas. Ya se ha propuesto en el país la "Dieta Mínima" para subsanar esta gran deficiencia. Prácticamente a lo descrito se le agregan 60 gramos de queso de cualquier clase, 30 gramos de carne y 60 gramos de verduras y un guineo de cualquier clase.

En el momento actual, aunque se hacen esfuerzos magníficos para un mejoramiento de estas condiciones, por lo menos en lo que respecta a las jurisdicciones en que yo trabajé en mi Servicio Social, permanecen sin variación alguna las que dejo descritas.

#### SITUACION CULTURAL DE TEXISTEPEQUE Y COATEPEQUE

Poco hay que decir al respecto. Persiste un alto grado de analfabetismo, más o menos el 60% de la población rural y el 20% de la urbana a pesar de los enormes esfuerzos que se hacen para mejorar esta situación. La necesidad de ayudar al diario sustento, aparta a los niños de las aulas, como una medida necesaria para la subsistencia. Mientras no se tenga un engranaje educativo que oriente toda la enseñanza, esta situación persistirá.

El aspecto de la salud visto a grandes rasgos es pésimo. Unas pocas farmacias regidas por idóneos prestan malamente servicio médico, a pesar de que en su mayoría son administradas para obtener de ellas un excesivo lucro. Fuera de esa asistencia mal orientada impera la superstición y el curanderismo. Por primera vez estos habitantes tienen los servicios de un Médico ya que ningún colega ha ejercido en estas poblaciones.

Por lo tanto la educación referente a los problemas sanitarios, prácticamente no existe. Las nociones de enfermedad, de aseo, de prevención, de vacunación, es necesario enseñarlas poco a poco.

El desconocimiento de nociones elementales respecto a los problemas sanitarios, actúa como una rémora para el trabajo de la Clínica.

2o.) Historia de la Fundación de las Clínicas Asistenciales de Texistepeque y Coatepeque.

A partir del año de 1954, el clamor popular que sentía la necesidad de contar con una Clínica Asistencial en las ciudades de Coatepeque y Texistepeque, se fué encauzando hasta consolidar a los ciudadanos en Sociedades que luchaban por obtener este gran adelanto para sus respectivas jurisdicciones. Así se crearon en ambas ciudades las Juntas Pro-Unidades de Salud.

Si actualmente, después de cerca de cinco años de labor Sanitaria la situación de estas pobres gentes apenas empieza a modificarse favorablemente, ya nos podemos imaginar como imperaba en estas regiones el más completo abandono en lo que respecta a la Salud Pública. Producto de tantos años de abandono, es la dificultad para luchar con mejor éxito por el bien de estas comunidades. Pueblos antaño dejados a la mano de Dios, gentes víctimas de toda clase de supersticiones, sometidas a los negocios más burdos a costa de su salud, es lógico que conserven todavía una amarga experiencia.

Así fué que en este mismo año de 1954, las Juntas Pro-Clínicas Asistenciales se dirigieron al Señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, solicitando ayuda para establecer en estas ciudades de Coatepeque y Texistepeque sendas Unidades de Salud.

A instancias del Ministerio, la Dirección General de Sanidad, por medio del Centro Regional de Salud Pública I. consideró factible la instalación de estas Clínicas Asistenciales.

No se contaba en aquel entonces con presupuesto como para que una sola entidad hiciera la instalación completa de ambas Clínicas y ante la necesidad urgente de ponerlas a funcionar, se aunaron esfuerzos de parte del Ministerio de Salud Pública y de la Dirección General de Sanidad, con las Municipalidades y los vecinos interesados, que en todo momento prestaron su valiosa colaboración.

El Ministerio de Salud Pública se comprometió en los primeros días del año 1955 a pagar el salario de un Médico y en proveer algún equipo así como medicinas. De inmediato envió jeringas, agujas, mesas para exámenes, tensiómetros y estetoscopios, así como un lote regular de Penicilina y Sulfas. La Dirección General de Sanidad contribuyó con fichas, alcohol y algotros medicamentos. Ambas Alcaldías Municipales acordaron proveer locales para la instalación de las Clínicas. Los vecinos se comprometieron a cubrir el salario de la Auxiliar de Enfermería de ambas Clínicas. Con el fondo del 5% de higienización y saneamiento, se repararon ambos locales hasta dejarlos en condiciones regulares de funcionamiento.

Tanto el Médico como la auxiliar de enfermería de ambas Clínicas recibieron un curso de capacitación en el Centro Regional de Salud Pública I. con sede en Santa Ana y en los primeros días del mes de Marzo de 1955 se

inauguró el servicio en la Clínica Asistencial de Coatepeque en medio del júbilo de la población.

El Médico visitaba esta Clínica durante cinco días a la semana ya que la de Texistepeque no podría funcionar hasta pasado algún tiempo, debido a dificultades en el acondicionamiento del local y a que no se contaba en ese momento con una auxiliar de enfermería que reuniera las condiciones necesarias para el cargo.

Las Clínicas comenzaron prestando servicios a enfermos de Consulta General y cuidados preventivos circunscritos al control de gestantes e Higiene Infantil.

Fué en Mayo de 1955 o sea dos meses después de inaugurada la Clínica de Coatepeque, que comenzaron las labores de la de Texistepeque.

Las consultas se daban los Lunes, Miércoles y Viernes en Coatepeque y los Martes y Jueves en Texistepeque. El transporte a Texistepeque lo proveía la Dirección General de Sanidad.

Con las mismas consultas que en Coatepeque la Clínica de Texistepeque comenzó a prestar servicios en Mayo de 1955.

Bajo la supervisión del Centro Regional y bajo la constante ayuda de los vecinos, en la actualidad se nota el progreso enorme que estas Clínicas constituyen para estas zonas del país.

El primer paso había sido dado. Debemos de reconocer que talvez un poco precipitadamente. No se hizo, en realidad, un estudio completo de ambas zonas; posiblemente ante el hecho innegable de la necesidad evidente de estas Clínicas. Posible y lógicamente porque se pensó que con esta avanzada se podía recoger valiosos datos para un planeamiento futuro. Esto es lo que se está haciendo actualmente y es en lo que se trata de hacer hincapié en

este modesto trabajo. Las Clínicas Asistenciales de Texistepeque y Coatepeque, en pleno auge, se han convertido en instituciones queridas, respetadas e indispensables para ambas comunidades.

En Agosto de este mismo año de 1955, la Dirección General de Sanidad incluyó en su presupuesto, los sueldos de las auxiliares de clínicas para Texistepeque y Coatepeque y entonces este aporte económico que daban los vecinos vino a constituir una ayuda efectiva para reforzar la cantidad de medicinas de ambas Clínicas.

En estas condiciones se trabajó hasta el año de mil novecientos cincuenta y ocho en que estas Clínicas fueron dispuestas para que en ellas, los estudiantes de Medicina llevaran a cabo el año de Servicio Social. Con este paso, un nuevo y vigorizante impulso, de indudables repercusiones, vino a levantar el prestigio de estas Clínicas. Ya se notó entonces, en el ánimo de mi antecesor, nueva orientación. El deseo de "hacer algo", el indudable orgullo de hacer del Servicio Social un año de desarrollar inquietudes y de ayudar con más entusiasmo a la resolución del problema médico-sanitario del país, se hizo más patente.

### 30.) Locales de las Unidades de Salud de Texistepeque y Coatepeque.

En este estado de cosas me hice cargo en función de Director de estas Unidades de Salud y cumpliendo el año de Servicio Social obligatorio, el primero de Septiembre de 1958.

La primera impresión al hacerme cargo de estas clínicas, confieso que fué de completa desilusión. Los cuartos provistos por las Alcaldías no llenaban a mi manera de ver, las más elementales reglas de higiene. La de Coatepeque había sido el local donde ensayaban la banda de música municipal. La de Texistepeque posiblemente había servido de cárcel. Es indudable que

las reparaciones hechas para ponerlas a funcionar fueron insuficientes para darles un aspecto decente y adecuado a la función para lo que fueron dispuestas. Pensé: me gustaría, si yo fuera paciente, llegar a esas clínicas? Sólo por la gran necesidad y por no haber conocido nunca mejores cosas, la pobre gente acudía a semejantes locales; y allí nació el propósito de hacerlas nuevas y decentes.

De inmediato se indagó sobre la cantidad de los fondos que las Alcaldías tenían en concepto de Higienización y Saneamiento y se solicitó al Departamento de Ingeniería Sanitaria del Centro Regional, un estudio y planos para realizar este proyecto. Tanto las Municipalidades como el citado departamento de ingeniería, colaboraron pronto y efectivamente a este propósito. Después de varios trámites y gestiones ante el Ministerio del Interior, se logró la aprobación para las nuevas construcciones.

A la Clínica de Texistepeque, además de acondicionarle la sala de espera y el local de la consulta médica, se le construyó un cuarto para la Inspectoría Sanitaria y otro para casos de emergencias.

En la Clínica de Coatepeque se tropezó con la dificultad que el Patronato que vela por su buena marcha, había comenzado, sin la asesoría del Departamento de Ingeniería, en el año 1957, el ensanchamiento del local. Naturalmente, la construcción no progresó por divergencias de los miembros de dicho Patronato que no tenían un proyecto fijo para tal obra y carecían de los más rudimentarios conceptos de Ingeniería.

Por recomendación del Director del Centro Regional los trabajos se suspendieron hasta que se presentara un plano adecuado y una financiación lógica y segura.

Posteriormente, con un plano apropiado que enmendaba los errores citados, se gestionó en la Alcaldía los fondos de Higiene y Saneamiento y se terminó de construir, dejándola en las condiciones inmejorables que hoy presenta esta Clínica. Se hicieron dos nuevos locales: uno que sirviera en casos de emergencias y el otro que se dejó con el objeto de que sirviera de sala de partos. Ambos locales se equiparon con cinco camas. Además se remodeló la Oficina del Médico y se amplió el local de la sala de espera.

Con gran satisfacción dejé concluido este proyecto para que los pacientes sean tratados como seres humanos.

4o.) Personal en las Unidades de Salud.

Además del Médico Director, que como ya se dijo visitaba estas Clínicas en días alternos, había una señorita enfermera auxiliar y un Inspector Sanitario que residían en estas ciudades y que desarrollaron una labor meritoria durante el año que estuvieron bajo mi dirección.

5o.) Equipo Disponible.

El material para laborar en estas Clínicas llenó bastante bien las necesidades del trabajo. Había en ambas Clínicas un buen escritorio en la oficina para el Médico, dos canapés modernos, una mesa ginecológica en perfectas condiciones, una báscula también en buenas condiciones. Dos estetoscopios, uno de ellos clínico y otro obstétrico tipo De Lee. También martillos para investigación de reflejos e instrumental para cirugía menor. Con este material se pudo trabajar en buenas condiciones en lo referente a equipo.

6o.) Comentarios sobre saneamiento ambiental.

En este aspecto, el Estudiante de Medicina en Servicio Social, se encuentra ante problemas que conoce muy poco y que tiene que resolver en gran parte, guiado por su criterio personal. Esto puede traerle dificultades a veces muy

serias.

En algunas oportunidades debido al desconocimiento del Código de Sanidad y por dejar su interpretación a personas menos capacitadas, puede llegarse a situaciones embarazosas.

Es posible que las nuevas generaciones egresen de la Escuela de Medicina con una preparación mejor sobre este aspecto, pues se está dando una preparación adecuada. Cuando yo egresé de la Escuela de Medicina no existían programas que dieran tal importancia a la Salud Pública y ello contribuyó, a que me sintiera desorientado en mi labor sobre saneamiento ambiental.

Es por el problema que ya he planteado que creo sería de gran utilidad para el Estudiante de Medicina en Servicio Social un asesoramiento efectivo de la Escuela de Medicina y de la Dirección General de Sanidad de común acuerdo. Debe considerarse además que muchas veces el estudiante por primera vez se enfrenta con la responsabilidad de dirigir un personal en ocasiones con varios años de servicio, lo que si es cierto que constituye una ventaja, es una dura prueba para quién tiene que demostrar mayor criterio y capacitación. Creo que en el aspecto de Saneamiento ambiental, tanto en la zona urbana como en la rural se hubiera necesitado un personal más numeroso, mejor capacitado y un tiempo mayor del que se disponía para efectuar una labor un poco más meritoria.

Debido a la extensión de los programas solo me dediqué a mejorar algunos aspectos que me parecieron esenciales y que comentaré brevemente en este orden:

Ciudad de Coatepeque

a) Control de viviendas

b) Abasto de Aguas

- c) Control de alimentos
- d) Red de alcantarillado y disposición de excretas
- e) Recolección y disposición de basuras.

a) Control de viviendas.

Dentro del plan general de un censo sanitario de la ciudad de Coatepeque, se obtuvieron algunos datos sobre el control de viviendas de los cuales expongo los que tuve la oportunidad de comprobar en el poco tiempo de que dispuse para estas actividades.

Cuadro No. 1

Relación de las viviendas de la ciudad de Coatepeque con el No. de sus habitantes. Oct. 1958 - Sept. 1959.

Vivienda	No. de viviendas.	No. de habitantes.	Promedio de Hab. por vivienda.
Particulares	190	942	4.9
Alquiler	103	577	5.6
Colectivas	51	805	15.8
Total	344	2 324	

En el cuadro No. 1 notamos que el promedio de habitantes en alojamientos colectivos es elevado comparado con el de los alojados en viviendas de alquiler y particulares, esto que ya todos lo conocemos, nos indica que es a partir de esas viviendas que nace el problema más agudo con que se enfrenta el personal de la Clínica, en cuanto a incidencia de enfermedades. Estas viviendas de tipo colectivo en un 94% estaban en mal estado estructural y sólo el 5.88% en regular estado y no hubo ni una estructuralmente en buen estado.

Es indudable que estos datos reflejan el grave problema que afronta el país a este respecto.

b) Abasto de aguas.

El abasto de agua de la ciudad se efectúa por bombeo de la fuente llamada "Los Chorros" situada a 3 Kms. al sur de la ciudad. Aunque no se ha hecho un aforo del caudal de la fuente, es notoria la abundancia de agua en la ciudad. La ciudad de Coatepeque y la Villa de El Congo se proveen de esta fuente. El agua no era clorada y considerando este problema en su justo valor, se interesó a la Municipalidad en la compra de un aparato de Cloración, a un costo de mil colones.

Existe un problema que debe afrontar el Director de la Unidad de Salud de Coatepeque. Este problema se deriva de que la Villa de El Congo recibe durante 12 horas, agua de la fuente de Coatepeque. Por causas de distribución territorial entre estas dos comunidades existen desacuerdos a tal grado que Coatepeque ejerce con este derecho de dar agua al Congo, una especie de coacción para mantener bajo su tutela ciertos cantones en litigio. Ultimamente la Villa de El Congo compró una planta propia la cual no puede funcionar porque los de Coatepeque hicieron desaparecer no se sabe cómo, piezas vitales de esa planta. Si bien es cierto que esto parece trivial, lo describo porque para estas poblaciones son problemas graves de supervivencia y por lo tanto deben ser vistos con toda la atención de los funcionarios de Sanidad.

c) Control de alimentos.

Cuenta la Ciudad de Coatepeque con un mercado en buenas condiciones de higiene. Visité algunas veces a los comerciantes dedicados a la venta de productos alimenticios y siempre obtuve de ellos una acogida digna. Lo mis-

mo sucedió en los comedores públicos que pude visitar. Se organizaron pláticas, algunas de las cuales se dieron en la noche, con una asistencia numerosa.

Se logró que la Alcaldía Municipal mejorara el rastro y que lo equipara bastante bien. En este aspecto, aunque mucho falta que hacer, creo que Coatepeque puede llegar a tener un control de alimentos muy bueno. Esto es indudable, si se mantiene la armonía entre los vecinos, la Alcaldía y las Autoridades Sanitarias.

d) Red de alcantarillado.

La red de alcantarillado se aumentó en 900 metros gracias a la colaboración municipal. Con esto se cubrió el 75% de la ciudad.

e) Recolección y disposición de basuras.

La recolección de la basura se llevaba a cabo por un acuerdo informal entre la Municipalidad y un terrateniente de la localidad. Como se presentaron muchos interesados en la basura, se planeó un contrato formal y se trazó la ruta del tren de aseo a fin de beneficiar el mayor número de personas. Se inició una campaña de divulgación que incluyó pláticas en escuelas para explicar a los alumnos y padres de familia el peligro de las basuras y la necesidad de colaboración en este sentido. Con las muchas disposiciones, el 80% de la población se ha beneficiado.

Villa El Congo.

Solo esporádicamente se le presta atención a esta Villa. Tiene sin embargo algún problema sanitario. Habitado por gentes que luchan por establecer el tren de aseo y en cooperación con la Dirección de la Unidad de Salud conseguimos tan ansiados servicios que fueron reglamentados como en Coatepeque.

Texistepeque.

En esta ciudad los habitantes son muy negligentes. Las campañas de saneamiento se presentan por lo tanto muy difíciles: Una de ellas fué la que inicié para la instalación del tren de aseo.

El 18 de Octubre de 1958 reunimos en la Alcaldía Municipal a los vecinos del lugar, profesores y autoridades para plantear la situación que era realmente lamentable y de esta reunión se formó un Comité Pro-tren de aseo. Gestionó que un hacendado, se hiciera responsable de este servicio tal como lo reglamentaba la Dirección de la Unidad de Salud. El 12 de Noviembre 1958 se firmó el contrato y el 10. de Diciembre de 1958 se inauguró este importante servicio.

Saneamiento rural.

Poco se hizo a este respecto. Algunas obras se realizaron pero es innegable que los problemas de saneamiento urbano no dejaron tiempo para el saneamiento rural. Este obtendrá beneficios cuando el personal y el tiempo sean suficientes.

## CAPITULO II

### CURANDERISMO Y PARCHERISMO

Hablaré en este Capítulo de un problema que se presenta comunmente en todos los pueblos o ciudades donde se presta Servicio Social esto es: el caso de aquellas personas que ejercen la Medicina sin ningún derecho legal a ello y lo que resulta peor sin conocimiento absoluto de esta ciencia.

El parchero o el farmacéutico idóneo a falta de una asistencia mejor presta algunos beneficios en las zonas rurales y urbanas que se presentan en este trabajo. La adquisición de experiencia en el transcurso de su práctica diaria, así como la aparición de antibióticos de amplio espectro, lo llevan a obtener resultados a veces realmente buenos en sus tratamientos. El trato más íntimo con la situación socio-económica de los habitantes de la región les permite orientar una terapéutica aceptable. Llenan a veces, hay que reconocerlo, un vacío en la Asistencia Médica. En parte compensan así, el abuso económico y el desconocimiento de los peligros a que exponen a los pacientes.

En cuanto a aquellos que hacen uso de prácticas e ideas místicas, que explican infinidad de padecimientos a base de "Milagros", de "sustos", con apariciones del "cadejo", del "cipitillo", de la "ciguanaba", de los "invisibles", etc. llenan también una misión que para muchos es poco comprendida: tienen la virtud de dar al cliente, una explicación de sus enfermedades. Así cubren en cierto modo, el vacío y la inseguridad que es innegable siente cada enfermo. Mientras el Estudiante en Servicio Social no se percate que su práctica debe en parte conseguir del individuo y de la colectividad, una seguridad y una fe en su médico, es poco lo que podrá lograr ... Mientras exista en

el hombre una cara oculta en su psiquis, mientras sólo nos dediquemos a curar el plasma que constituye el organismo humano y no coordinemos nuestra terapéutica con las grandes inquietudes del espíritu, no avanzaremos gran cosa. Higiene mental que debe empezar por el Estudiante de Medicina para después ser puesta a disposición del pueblo a quien vamos a servir.

Pero dejemos a un lado los beneficios y ahondemos un poco en el problema que constituyen para un Médico los parcheros y curanderos y lo que es peor para el paciente, y hagamos una crítica constructiva de ello.

Una de las primeras impresiones que lleva quien comienza su Servicio Social en una Unidad de Salud, es la inaudita audacia con que impunemente se ejerce la Medicina por parte de individuos inmorales. Tengo la convicción que no los guía más sentimiento que el del lucro, la ganancia fácil de dinero, no importa que ello signifique dolor y luto para la pobre gente. Casos en que cuatro aspirinas infantiles se venden a setenta y cinco centavos; en que tres comprimidos de Camoquin se venden a cuatro colones cincuenta centavos e infinidad de descarados negocios a costa del indefenso campesino, son frecuentes en estas regiones que apenas hoy entrevén una pequeña luz de esperanza que les envía la Escuela de Medicina.

Ignorancia y necesidad aparecen como las primeras causas de tal explotación. Ignorancia porque se busca el remedio en el último caso. Necesidad porque en una ocasión así poco queda que escoger; qué puede hacer un padre o una infeliz madre que ve a su hijo morir, ante la prédica falaz de un comerciante de estos que le ofrece curar su hijo por unos cuantos colones? Qué puede hacer si no acceder al imperativo "dando y dando"? Déme el dinero: aquí tiene la medicina. Y ante la sensación nauseosa que nos embarga, ante

el sentirse sólo luchando con vicios que en el campo son instituciones, no queda más que luchar con ardor para superarlos. Dejar algo. Avanzar un poco. Introducir la luz de nuestra profesión, firme inexorablemente, para hacer retroceder tanta ignorancia. Y a veces se pregunta unos buenos y la Defensa de la Profesión? y los postulados de la Sociedad Emilio Alvarez? y el Ministerio? Pero luego no queda más que enojarse de hombros y avanzar solos. Allá ellos.

Y que conste que no me refiero al curandero clásico, supersticioso que receta collares de ajo; que coloca empastos de vino con huevo en las muñecas y en el abdomen; los famosos "confortes"; el que extrae sapos succionando el ombligo del sugestionado paciente; que cura el paludismo colgando sobre el fogón campesino, un molde del pié izquierdo de su cliente, sacado en una tuna de "caite"; ni al que cura con agua serenada y con polvo de culebra. No, me refiero a los mil veces más peligrosos "parcheros". A los que manejan Penicilina, Estreptomocina, Sulfas, Tetraciclina y Diuréticos. Que "ponen inyecciones y sacan muelas". Ahí y que cobran un capital. A esos mismos que cuando no pueden curar un niño lo mandan a la clínica porque "para eso mandan Médico". Y envían a la clínica verdaderos cadáveres para luego decir al pobre pariente que se lo mataron en ella. No es raro que al pasar por una de esas "farmacias" se encuentre con "clientes" a quienes se le inyectan "sueños" o se les "sacan muelas". Algunos de estos parcheros esconden a sus clientes tras los biombos. Esos, por lo menos, gastan un centavo de puros. Huelga decir que quienes generalmente administran esas farmacias son personas que vislumbraron un buen negocio y a base de audacia ejercen la Medicina.

Y que decir sobre la infaltable "enfermera". Las hay con oficina con puertas plegables y con horas de consulta "de 8 a 12 y de 3 a 6". Las hay con talonarios con el nombre arriba y el inevitable Rp. Las hay de maletín que de casa en casa dicen "no van a necesitar inyecciones hoy"? Y por unos centavos inyectan calcio, complejo B, hígado, penicilina para los nervios y para engordar etc. Justo es reconocer que las tales "enfermeras" generalmente no son desde luego, graduadas. La mayoría de las "Enfermeras" son desplazadas por incapaces o por inmorales de los centros hospitalarios o simplemente personas audaces e ignorantes. Ríos de medicinas innecesarias corren por nuestros pueblos para solaz de las casas productoras y sus representantes.

No puedo dejar de mencionar que también funcionan clínicas de "invisibles". Cobran un colón o más por la consulta y al final la eminencia invisible aconseja que vaya a Sanidad porque "allí está la salvación", -Si no fuera porque el paciente nos llega a la consulta ya casi "invisible", pues generalmente es un pobre desnutrido, la burla no sería tan trágica.

Solución? No hay más que una; capacitar las Unidades de Salud para servir mejor. Demostrar con hechos las bondades de la Medicina. Hacer notar al Estudiante de Medicina que esta situación por el momento aceptada porque no se puede sustituir por algo mejor, debe desaparecer poco a poco, que nuestra manera de ayudar para borrar esa lacra es haciendo un Servicio Social digno y honorable.

Debo mencionar los peligros que esta práctica empírica puede ocasionar. Declaro que no hay exageración de ninguna clase. Casi frente a la Unidad de Texistepeque existe una buena señora que receta a cada niño febril, una serie de inyecciones de Estreptomocina. Estas series varían de 3 a 6 gramos.

Ella misma las pone y al parecer no cobra pues como dije antes es muy caritativa. Multitud de niños reciben ese tratamiento pues los procesos febriles abundan. Otro señor -que si cobra- tiene como panacea la quinina y a cuanto niño padece aunque sea de un simple estado gripal, le inyecta esta droga. El problema reside en que no sería nada raro que en el futuro, aparezca en Texistepeque una colonia de sordos, dado el abuso de drogas que dañan --como todos sabemos- el óido interno.

Dejo planteado aquí este grave problema tal como yo lo aprecié en el año de mi Servicio Social.

Hago notar lo que para mi es la médula de este Capítulo: un Servicio Social honorable y digno es la forma en que como estudiante de Medicina y como hombres jóvenes, podemos dar ayuda a la resolución lenta de este problema.

El curanderismo dejará de usurpar funciones de la Medicina cuando ésta llene el problema socio-económico y dé seguridad en el ánimo de los hombres que la necesitan.

El Médico podrá enjuiciar al empírico cuando a travez de una vida de verdadero crisol -tal nuestra profesión y sacerdocio, pueda superar las bíblicas palabras y lanzar la primera y última piedra.

CAPITULO III

CONSULTAS DURANTE EL AÑO

a) Patología General.

Total de consultas, niños, mujeres, hombres y referidos a hospital durante los meses de Octubre 1958 a Septiembre 1959 en la Clínica Asistencial de Texistepeque.

M E S	TOTALES	Menores de 15 años	De 15 años ó mas	Mujeres	Hombres	Referidos a Hospital
Octubre	106	70	25	11	3	
Noviembre	165	79	56	30	5	
Diciembre	116	45	45	26	2	
Enero	186	106	68	12	5	
Febrero	150	78	60	12	4	
Marzo	126	51	60	15	6	
Abril	170	90	50	30	6	
Mayo	215	135	66	14	8	
Junio	287	177	90	20	7	
Julio	234	110	80	44	7	
Agosto	161	85	51	25	7	
Septiembre	231	120	90	21	10	
TOTALES	2 147	1 146	741	260	70	

Total de consultas, niños, mujeres, hombres y referidos a hospital durante los meses de Octubre 1958 a Septiembre 1959 en la Clínica Asistencial de Coatepeque.

M E S	TOTALES	Menores de 15 años	De 15 años ó más		Referidos a Hospital
			Mujeres	Hombres	
Octubre	154	103	37	14	6
Noviembre	127	88	24	15	11
Diciembre	113	75	24	14	6
Enero	108	67	29	12	6
Febrero	200	100	80	20	7
Marzo	175	100	55	20	8
Abril	200	118	60	22	10
Mayo	270	174	72	24	15
Junio	160	90	50	20	8
Julio	205	110	65	30	6
Agosto	200	98	73	29	12
Septiembre	170	92	58	20	8
<b>TOTALES</b>	<b>2 082</b>	<b>1 215</b>	<b>627</b>	<b>240</b>	<b>103</b>

Una revisión rápida de los cuadros que indican el total de asistencia a las clínicas de Coatepeque y Texistepeque durante el año, nos revela la constancia de la asistencia: el número de consultas por mes fué sensiblemente parecido. Ello se debió a factores diversos pero fácilmente comprensibles: se visitaba las Clínicas en días alternos. Se daba consulta en Texistepeque durante los días Martes, Jueves y Sábado. En Coatepeque durante los días

Lunes, Miércoles y Viernes. Desde luego, al quedar un día vacante para cada Clínica, se acumulaba en ese tiempo la cantidad de pacientes para rebasar la cifra de cincuenta a sesenta que llegaban a solicitar consulta cada vez. Desde las cinco de la mañana, la enfermera empezaba a anotar y a llenar las fichas respectivas. Eran anotados todos aquellos pacientes que a su juicio ameritaban con más urgencia la asistencia Médica, dejando para la consulta siguiente a aquellos que no estaban muy graves. A éstos últimos se les proveía de analgésicos y en algunos casos de antibióticos pero en todo caso se inscribían para la próxima consulta. En ningún momento llegaron menos de cincuenta pacientes en solicitud de consultas. De todos los solicitantes se veían un promedio de veinticinco a treinta pacientes cada día.

Los pocos meses en que este promedio no se mantuvo fué en Diciembre debido a los días de vacaciones de fin de año y en otros meses, en los cuales hubo enfermedad de la señorita enfermera y por lo tanto no se abrió la Clínica por algunos días.

Un ejemplo de lo dicho lo tenemos durante el mes de Enero en Coatepeque y durante el mes de Marzo en Texistepeque. En estos casos se excedía durante los días hábiles del mes, la cantidad de consultas para compensar esos atrasos.

Sin llevar estrictamente contados los minutos, para cada interrogatorio y examen físico a cada paciente se le dedicó entre doce a quince minutos. Se trabaja cada día como promedio de cinco a seis horas, sin contar naturalmente, el tiempo transcurrido en trasladarse a las Clínicas desde la ciudad de Santa Ana donde necesariamente tenía mi residencia.

En segundo lugar la afluencia de niños, y mujeres rebasó en mucho la de los hombres adultos. Esto se debió a la ya conocida enorme incidencia de las enfermedades de la infancia en nuestro país. A la facilidad que encuentran las madres para llenar el cupo de la consulta cuando este existe, y desde luego, a que las labores propias de su sexo les permiten sacar un poco de tiempo para allegarse a la Clínica.

Los casos muy graves o aquellos en que el diagnóstico se tornaba un problema insoluble con los medios a mi alcance, se referían al Hospital San Juan de Dios en Santa Ana.

Los de Coatepeque tenían facilidad de transporte ya que por la carretera internacional a cada momento transitan automotores hacia Santa Ana.

Los pacientes de Texistepeque eran llevados en el carro que el Centro Regional me facilitaba para el transporte y los casos muy graves se traían a Santa Ana en ambulancia. Las consultas Prenatales serán objeto de un estudio aparte.

El estudio de los cuadros anteriores de las Unidades de Salud de Coatepeque y Texistepeque revelan gran similitud, a saber:

a) El número de consultas dadas es bastante igual. Esto se debe a que en ambas clínicas se atienden pacientes igual número de veces por semana (3).

b) Entre los consultantes predominan en más de un 50% los menores de 15 años. Esto se debe a una mayor población comprendida en este grupo.

c) Las mujeres ocupan el segundo lugar en el número de consultas. Entre un 30 y 34% de consultantes fueron mujeres. Es posible que ello se deba a que pueden disponer de un poco más de tiempo para hacerlo.

d) Porcentajes sensiblemente iguales en consultas a hombres. Apenas

entre el 11 y 12% del total lo fueron hombres. Estos solamente consultan cuando sus padecimientos se acentúan en tal forma que les es imposible continuar sus labores.

e) El número de pacientes referidos al hospital de Santa Ana fué bajo, entre 3 y 4.9% de los atendidos, en ambas clínicas.

Los cuadros muestran claramente, por el número total de consultas, que estas Unidades de Salud son de suma necesidad en estos lugares. Representan para estas poblaciones el adelanto más grande y más importante obtenido en los últimos 25 años. Si la consulta fuera dada diariamente en cada lugar, se tendría siempre gente a quien atender, porque muchos de los que a ella acuden quedan sin poder ser visto por el Médico. En efecto, de las 50 ó 60 personas que llegaban a tempranas horas de la mañana en busca de inscripción, se seleccionaban entre 15 y 20, para ser examinados por el Médico. Esta selección es hecha por la Auxiliar de Clínica, quien escoge para pasarlos al Médico, los febriles, los que padecen de hemorragia, los disneicos, los que acusan dolores abdominales o torácicos, los con diarreas febriles o profusas y los que aparentemente dan muestras de tener padecimientos graves. Los demás, como catarros nasales, influencias no complicadas, diarreas leves, cefaleas, etc. reciben medicamentos inocuos como aspirinas, gotas nasales u oculares, jarabes antidiarréicos, con las indicaciones precisas dadas por dicha Auxiliar. No se podría en otra forma, por parte del Médico, atender tanto paciente que llega. Por supuesto, aquellos que no mejoran con los medicamentos prescritos o empeoran, son inscritos en nuevas consultas.

La labor desempeñada en estas Unidades en pro del bienestar rural es innegable. Son miles de consultas que se rebajan a los hospitales, mayor co-

modidad para los consultantes por vivir cerca de la clínica y menor gasto. Muchos talvez no hubieran jamás tenido una atención médica más o menos apropiada.

Para el hospital de Santa Ana, que es el centro mejor dotado de la región, estas Unidades le sirven como avanzadas de tamiz, ya que solamente le toca atender los casos seleccionados que se le envían, sea por su gravedad o para un estudio mejor.

Número de nacimientos inscritos, consultas pre-natales y post-natales por meses, en la Clínica de la Unidad de Salud de Texistepeque desde el mes de Octubre de 1958 al mes de Septiembre de 1959.

<b>M E S E S</b>	<b>Nacimientos ins- critos en el Re- gistro Civil</b>	<b>Prenata les ins critas.</b>	<b>Consul- tas sub- secuentes</b>	<b>Consultas Post-nata les.</b>
Octubre	50	12	45	2
Noviembre	39	27	30	3
Diciembre	51	20	32	2
Enero	50	14	29	2
Febrero	35	18	33	1
Marzo	33	26	12	2
Abril	45	19	28	2
Mayo	43	17	24	1
Junio	36	20	26	2
Julio	42	20	29	2
Agosto	26	20	38	4
Septiembre	53	18	38	2
<b>TOTALES</b>	<b>503</b>	<b>231</b>	<b>364</b>	<b>25</b>

Número de nacimientos inscritos, consultas pre-natales y post-natales por meses, en la Clínica de la Unidad de Salud de Coatepeque desde el mes de Octubre de 1958 al mes de Septiembre de 1959.

<u>M E S E S</u>	<u>Nacimientos ins- critos en el Re- gistro Civil</u>	<u>Prenata les ins critas.</u>	<u>Consul- tas sub- secuentes</u>	<u>Consultas Post-nata les.</u>
Octubre	97	8	18	0
Noviembre	98	14	20	1
Diciembre	78	12	15	2
Enero	105	23	14	2
Febrero	69	12	12	-
Marzo	60	15	15	-
Abril	69	10	10	-
Mayo	66	15	12	2
Junio	73	22	17	2
Julio	53	15	27	5
Agosto	66	14	24	2
Septiembre	78	20	14	2
<b>TOTALES</b>	<b>912</b>	<b>180</b>	<b>198</b>	<b>18</b>

Aunque una campaña global de prevención de enfermedades y sus complicaciones no se llevó a cabo a satisfacción, en algunos aspectos si se obtuvieron resultados buenos. Uno de estos aspectos es el que se expone en los cuadros correspondientes a las consultas pre-natales.

Casi se ha hecho costumbre en las Unidades de Salud que las enfermeras encargadas de las mismas sean las que impartan las pláticas pre-natales. Aunque desde luego, ellas llenan esa misión bastante bien es indudable que el prestigio que el Médico Director de la Unidad de Salud le debe dar a las campañas pre-natales es absolutamente indispensable.

El excesivo trabajo que la enfermera de la Unidad de Salud tiene, así como el contacto más cordial que sostiene con las pacientes embarazadas actúan en cierta forma en detrimento del prestigio de un verdadero y sistemático adiestramiento como el que se planeó en estas clínicas.

Ante el trabajo excesivo que tienen estas Unidades de Salud, ante la improvisación con que fueron creadas y la casi ninguna organización que ellas tienen, quise comenzar por la verdadera base social que hay que cultivar para organizar una Medicina Preventiva con miras en el futuro: el niño.

Lo ideal hubiera sido iniciar un adiestramiento bajo un verdadero plan de lo que se llama un "Club de Madres", pero con un sólo día a la semana que era el tiempo que este programa consumía, prácticamente fué imposible realizar tal cosa.

Prácticamente todos los Sábados se dió una plática. Estas se organizaron haciéndolas en tal forma que resultaran amenas y recreativas para las madres participantes. Por eso se instituyó además de la plática, la idea de obsequiarles cada vez un pequeño refrigerio. Este era obsequiado por el per-

sonal de la Unidad de Salud y en algunas ocasiones se hacía con pequeñas contribuciones de las mismas embarazadas. Francamente fué digno de encomio el interés que demostraron todas las madres futuras por el curso. También fué notable el conocimiento que algunas demostraron sobre los temas que se trataban. Ello se constató con preguntas que hacían y que realmente sorprendían a los disertantes.

Las pláticas se dividían en tres partes:

- 1o.- Una disertación por el Director de la Unidad de Salud sobre los temas ya mencionados.
- 2o.- Una demostración práctica por la enfermera de la clínica, en la cual se enseñaba la forma de tratar los ojos del recién nacido, ligadura del cordón umbilical, preparación de materiales para el parto, aseo personal, etc.
- 3o.- Refrigerio del que participaban todas las madres futuras y los disertantes.

Las pláticas se comenzaban después de la consulta, examen físico y control de las embarazadas.

Este sistema se mantuvo durante todo el año por el lógico movimiento de las inscripciones nuevas y pacientes cesadas.

Debo hacer hincapié como un dato curioso que ya ha sido reportado en alguna oportunidad la escasa incidencia de enfermedades toxémicas en los grupos no despreciables que fueron controladas. Se presentó solo un caso de sospecha de una hiperemesis gravídica que cedió con un tratamiento realmente sencillo a base de consejos dietéticos y algunos sedantes; el caso de una preclampsia en una primigrávida vieja que se refirió al Hospital San Juan de Dios de Santa

Ana pero no aceptó la hospitalización, no obstante llegó a un desenlace feliz de su embarazo, sin mayores complicaciones.

La mayoría de los partos fueron atendidos por "comadronas" y unos pocos en los hospitales a que fueron referidos.

Yo creo que a éste programa sencillo y lógico sólo desearía agregarle un curso sobre preparación de alimentos y también instrucciones elementales de costura, para completar un curso de indudable beneficio para las madres salvadoreñas con ello conseguiríamos una obra social cuyos enormes alcances se verían muy pronto.

Estos cuadros muestran el trabajo que en Higiene pre-natal se realizó en ambas unidades de salud. En estas poblaciones que durante décadas han estado prácticamente olvidadas en lo referente a servicios médicos, la principal preocupación de sus pobladores es la de buscar atención y medicamentos para sus enfermedades. Poco o nada saben de higiene y mucho menos de la importancia de tales prácticas. Por ésta circunstancia el trabajo en las clínicas de higiene precisa de mucha paciencia, educación y especialmente de la comprensión del médico director de las mismas. Como es posible, razonan, que estando mi hija sana o teniendo un simple embarazo, deba buscar atención médica? Por otra parte, al llegar a una clínica de higiene y no recibir medicamentos, que es lo que siempre esperan no dejan de desilucionarlas.

Gran labor educativa es necesaria para salir avante en estos programas, donde el médico y la enfermera juegan el principal papel.

En las Unidades de Texistepeque y Coatepeque, las auxiliares de clínicas, desarrollan una buena labor educativa, pero es lógico que quienes asistan a estas clínicas esperan que el médico les diga también algo, porque ellas creen

más en éste. El médico pues, está en el deber ineludible de educar y tiene que hacer el tiempo para ello.

Lo anterior fué lo que hice en ambas Unidades. Una vez por semana reuníamos a las embarazadas les daba una charla sobre aspectos de higiene y la Auxiliar de Clínica hacia una demostración práctica como por ejemplo bañar a un infante, como tratar los ojos del recién nacido etc. Después se servía un refrigerio. En ésta forma lograbamos su asistencia a la clínica y su confianza. Los objetivos perseguidos en las charlas fueron:

- a) Enseñar conocimientos básicos sobre fecundación, embarazo y parto.
- b) Desarrollar actitudes favorables hacia la maternidad y el niño.
- c) Formar hábitos de higiene personal.
- d) Desarrollar habilidades para que pudieran elaborar material necesario para el momento del parto y para su futuro hijo.

El poco personal de las Unidades y el gran volúmen de trabajo fué un obstáculo para crear verdaderos "Club de Madres" pero algo se consiguió con estas reuniones. Los resultados durante mi año de Servicio Social fueron los siguientes: en Texistepeque se logró la inscripción del 45.9% de las posibles pre-natales, quienes asistieron un promedio de 2.4 veces a la clínica. Estos resultados son halagadores tomando en cuenta la escasez de personal y material educativo.

En Coatepeque se inscribieron el 19.7% de las posibles pre-natales quienes asistieron 1.6 veces por caso a la clínica; el 10% llegaron a su examen post-natal.

Esta diferencia notoria entre una y otra Unidad posiblemente se deba a que la población de Coatepeque goza de mayores facilidades, como son: mejores

vías de comunicación, transportes regulares y baratos a Santa Ana. Muchas personas de esta comunidad consultan en Santa Ana y están inscritas en el Centro Sanitario de aquella ciudad.

En ninguna de ambas poblaciones se tuvo la ayuda de la visita al hogar por faltar a las Auxiliares los conocimientos y preparación necesarias para hacerlas. Estas visitas, de enorme utilidad en los programas de Salud Pública, nos hicieron falta y nos pusieron en desventaja.

Me llamó grandemente la atención que durante mi servicio social, solamente atendí dos casos de Toxemia del embarazo y ambos fueron muy benignos. Un caso de hiperemesis-gravídica cedió solamente en consejos dietéticos y sedantes; el otro fué un caso de pre-clampsia que remití al Hospital de Santa Ana, no aceptó la hospitalización, regresó a su casa y tuvo un parto feliz.

#### C) Higiene Infantil y Pre-escolar.

En este aspecto poco fué lo que pude hacer. Hizo falta una campaña sobre higiene infantil que no se llevó a cabo por falta de tiempo y de personal competente para emprenderla.

En la Clínica de Coatepeque durante el año se inscribieron en primera consulta 37 niños sanos menores de 2 años, de los cuales sólo 24 completaron sus vacunas de D.P.T.

En la de Texistepeque se inscribieron en primera consulta 54 niños sanos menores de 2 años y sólo 27 terminaron sus vacunaciones de D.P.T.

Estas cifras son elocuentes y demuestran algunos aspectos dignos de analizar, ellos son:

1o.- Las madres campesinas no conciben que deban llevar sus niños sanos a la Clínica.

2o.- Toda enfermedad que contraiga el niño posterior a la vacunación la atribuyen a la misma.

3o.- Incluso creen que la vacuna retrasa el desarrollo del niño y aún entorpece sus facultades mentales.

Por lo que expongo en estas líneas, se aprecia que se necesita campaña intensa para iniciar la educación en este sentido. Se necesitan Educadoras Sociales, Enfermeras, Inspectores, Médicos, con más tiempo y con mejor equipo educacional.

## CAPITULO IV

### I) CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LA PATOLOGIA

#### Generalidades.

Entraré ahora a la Clasificación Internacional de la Patología. Las entidades morbosas de los pacientes asistidos en estas Clínicas fueron muy parecidas. Esto no es de extrañar dadas las condiciones socio-económicas similares que predominan en ambas regiones y dado también el número casi fijo de pacientes que llegaban a ambas Clínicas. Por esto es que he tomado como modelo la Unidad de Salud de Coatepeque y sólo en ciertos casos, como en el del Paludismo, se mencionarán los datos de Texistepeque para hacer el comentario correspondiente.

Ya se mencionó también en el Capítulo III como influyó la dificultad de las vías de comunicación, para que el número de consultas prenatales fueran superiores en Texistepeque y el éxito del programa respectivo, en esta Unidad de Salud, en comparación con Coatepeque.

Obsérvese que el número de entidades patológicas sobrepasa el número de consultas. Esto es debido a que aunque se trató siempre de hacer un sólo diagnóstico habían casos en que fué difícil dar prioridad a cuadros que se presentaban superpuestos. Así: los cuadros agudos del aparato respiratorio, en muchos casos estaban asociados a cuadros infecciosos del aparato digestivo. Las enfermedades de la piel, casi siempre asociadas a carencias, anemias, etc.

Comentaré además en cada cuadro solamente las afecciones que a mi juicio lo ameritan por su frecuencia o por constituir problemas para estas comunidades.

En algunos casos, los más frecuentes, se darán algunos porcentajes relacionados con el total de consultas para formarnos una mejor idea de su frecuencia.

Cuadro No. 6

Número de consultas por enfermedades infecciosas y parasitarias, por sexo, según Clasificación Internacional Cap. I.001-135 Octubre 1958 a Septiembre 1959. Unidad de Salud de Coatepeque.

DIAGNOSTICO	S E X O		TOTAL
	Masc.	Fem.	
TB Ganglionar	1	2	3
TB Pulmonar	4	9	13
Blenorragia	7	2	9
Chancro Blando	1	1	2
Fiebre Tifoidea	2	4	6
Erisipela	3	8	11
Difteria	0	1	1
Sarampión	21	48	69
Varicela	3	7	10
Parotiditis Epidémica	4	3	7
Paludismo	7	10	17
Parasitismo Intestinal	45	60	105
Escabiosis	20	21	41
Tosferina	17	25	42
Amibiasis	2	3	5
Hepatitis Viral	1	1	2
Dermatomicosis Palmar	1	3	4
Dermatomicosis Interdigital	1	3	4
Dermatomicosis de la Pierna	1	2	3
Dermatomicosis Plantar	2	2	4
Tiña-Capitis	5	12	17
<b>T O T A L</b>	<b>158</b>	<b>207</b>	<b>365</b>

En el grupo de enfermedades del Cuadr No. 6, dos de ellas ocuparon la mayor incidencia: Parasitismo Intestinal 5.0% y Sarampión 3.3% del total de consultas generales.

Después de un comentario en su orden y por la trascendencia del problema se discutirá además, la Tuberculosis Pulmonar y se hará luego una comparación del problema Palúdico entre Coatepeque y Texistepeque.

#### PARASITISMO INTESTINAL

No es de extrañar que este padecimiento encabece esta lista. De un medio ambiente sin ninguna orientación higiénica, no se podía esperar otra cosa.

Debo hacer hincapié que debido a la falta de laboratorio, estos cuadros fueron exclusivamente clínicos. En la mayoría de los casos fueron niños que manifestando la acción traumática de los parásitos, presentaban intensos cólicos intestinales. Muchos expulsaban parásitos por vía rectal y aún por la boca. En estos casos indudablemente se trataba de ascaridiasis y entonces si se podía establecer el diagnóstico diferencial entre los tipos de parasitismo; el resto como lo dije anteriormente, sólo tuvieron un diagnóstico presuntivo. Como corresponde a la acción tóxica y exfoliativa de estos huéspedes, los niños se presentaron pálidos, anoréxicos, enflaquecidos, a simple vista anémicos y desnutridos. A todas estas acciones patógenas debo citar otras más graves si se quiere y es la agregada por la ignorancia campesina que tiene la tendencia a purgar con diversos medicamentos a los niños enfermos. El niño parasitado llega a la Clínica en franco estado de intoxicación por este motivo.

Es mucho lo que falta que hacer en este sentido para hacer comprender a la población los peligros de esta práctica. Cuando las condiciones de higiene ambiental mejoren, se borrarán de nuestros ojos los niños a veces lactantes

con cuadros de parasitismo como el descrito.

Sólo entonces se secará el río de piperazina que se gasta en su tratamiento.

#### SARAMPION

Gravitó esta afección en forma endémica, como un constante peligro. Las complicaciones que traía consigo fueron quizás las más serias y rebeldes al tratamiento. En parte la Clínica, con el elevado número de pacientes que a ellas llegan sirve de reservorio para que esta enfermedad sea contraída por niños que llegan con afecciones diferentes. Otra gran tarea para el futuro: romper este círculo vicioso.

#### TUBERCULOSIS PULMONAR

Este es un problema muy grave para el país. Es indudable que mientras persistan las condiciones lamentables de hacinamiento, pobreza y promiscuidad, no se podrá adelantar gran cosa en la solución de este problema. Toda una gama de situaciones de tipo Médico, Social y Económicas, se confabulan para mantener constante este peligro para todas las clases sociales y sobre todo el Servicio Social.

Afección frecuente, la tuberculosis ha venido a ser vista con descuido por el Médico General. Incluso con remitir al enfermo a "Sanidad" creen solucionado el problema, sin considerar la enorme carga que para la misma representa esa práctica. Aún recuerdo que en la Escuela de Medicina se nos presentó la Tuberculosis como un cuadro clínico y nada más. Sobre las repercusiones Sociales, sobre los problemas económicos y sobre el estado mental de tales enfermos, poco fué lo que supimos; posiblemente considerando que por estar estos problemas a nuestro alcance, los podíamos comprender. A veces lamenta uno en su año Social, que a estos problemas no se le hubiera dado

más importancia en la enseñanza y que muchos casos que sólo fueron rarezas clínicas, no se hubieran sustituido por casos más útiles.

En las Unidades de Salud de Texistepeque y Coatepeque se aplicaba el tratamiento que el Tisiólogo del Centro Regional de Santa Ana dejaba instituido para los pacientes que se enviaban como sospechosos de TB y en los cuales se confirmaba este diagnóstico por Rayos X y cultivos de esputo.

En las Unidades de Salud, como lo dejé expresado sólo se da la medicina y se inyecta la "Estreptomina". Desde luego, la parte exclusivamente "medicamentosa" del tratamiento se cubre así más o menos bien. Pero no debe seguir siendo el tuberculoso un abandonado por el Médico General, en este caso el Estudiante de Medicina en Servicio Social; la función del mismo debe ser la de cubrir hasta donde le sea posible, la función preventiva del problema.

Algunas normas sencillas se pueden y se deben seguir para obtener todo el provecho de esta situación. Para lo cual propongo un esquema de orientación psíquica, que con el tratamiento quimioterápico, creo que servirá de mucho a los Estudiantes en Servicio Social para que su labor sea más provechosa a este respecto:

1o.- Al paciente tuberculoso en control se le hará un examen físico general cada mes por lo menos; con ello a la vez que se evalúa el caso, se haría un provechoso ejercicio clínico, se le daría también al paciente, la seguridad de que se le está prestando toda la atención, lo que traería como consecuencia una gran confianza en su Médico.

Organizar pláticas exclusivas con este tipo de pacientes que tendrían un plan variable pero que en líneas generales contendrían: 1.- Explicación del origen de su enfermedad. El tuberculoso como todos lo sabemos posee una gran

sensibilidad y una capacidad de entendimiento muy características. 2o. Influir en su ánimo para que la idea de que la enfermedad es perfectamente curable, se fije en su mente. Así mismo la importancia de ser constante en su largo tratamiento. 3o. Quitarle la duda de que la Tuberculosis es hereditaria. Esta idea atormenta a muchos pacientes. 4o. Tratar de comprender y valorizar y si es posible orientar los problemas socio-económicos que este paciente tiene como quizás ningún otro. 5o. Explicación de las medidas profilácticas. Ayuda en el control de contactos. Algo sobre la dieta. La vida higiénica. La regulación de las actividades físicas. 6o. Dar nociones de aislamiento y educarlo para que no propague la enfermedad.

Este pequeño programa, fácil de exponer al paciente creo que puede ser la base para una ayuda que actualmente no se presta en las Unidades de Salud y aún en los Centros de Salud.

Dejaría con esto de ser el paciente tuberculoso el visitante fugaz y furtivo de los Centros Asistenciales, que nunca conocemos, y se convertiría en un paciente regular, en parte activa de la clínica.

Es cierto que el Departamento respectivo de la Dirección General de Sanidad tiene indicaciones en este sentido pero por el exceso de trabajo no se cumplen a cabalidad. Además, insisto en lo que comenté en el Capítulo III, el prestigio que el médico general da a estas pláticas, es imprescindible.

#### PALUDISMO.

El total de casos de paludismo que se presentaron en la Clínica de Taxis tepeque fué de sesenta y ocho y en la Clínica de Coatepeque de diez y siete lo cual da una frecuencia de 3.1% en Texistepeque y 0.8% en Coatepeque del total de consultas generales.

En Texistepeque de los 68 casos diagnosticados clínicamente, solamente 62 fueron estudiados en el Laboratorio del Centro Regional de Santa Ana; el estudio consistió en el examen de gotas gruesas. Se obtuvieron 15 casos positivos, 10 a Plasmodium Falciparum y 5 a Plasmodium Vivax.

En Coatepeque de los 17 casos sospechados se estudiaron 12, de éstos solamente fueron positivos 2, y éstos a Plasmodium Vivax. Estos pacientes dijeron haber adquirido su enfermedad en "la costa".

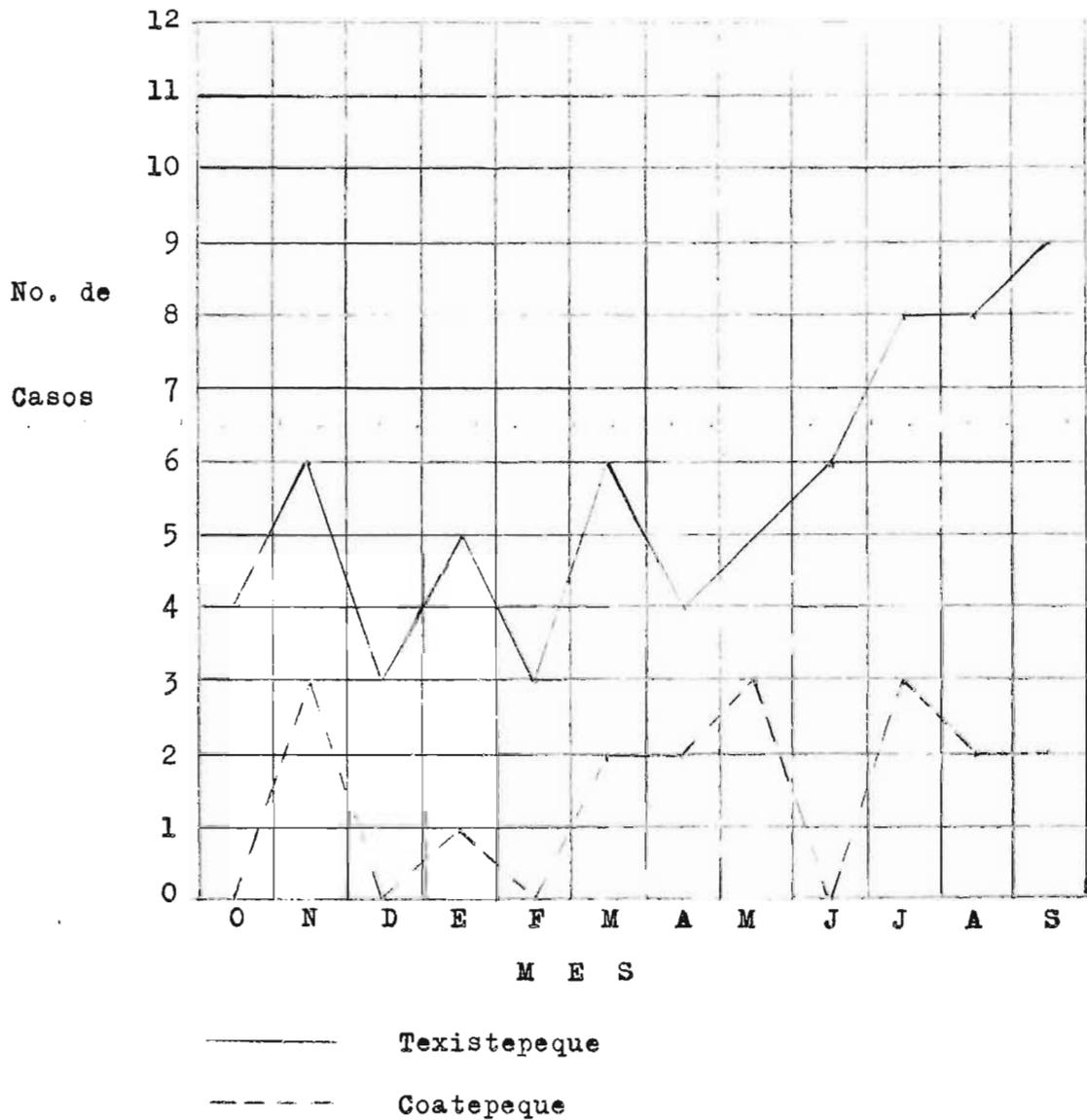
Se aprecia una diferencia notable en lo referente a los casos clínicos sospechados y los comprobados en el estudio del Laboratorio del Centro Regional de Santa Ana. Yo creo que esta diferencia se explica por varias causas:

- 1o.- El paciente palúdico aprovecha el día de apirexia para ir a la Clínica, ya que por lo general vive lejos de ella.
- 2o.- Gotas gruesas mal tomadas.
- 3o.- Exceso de precaución al mandar láminas de caso en que la sospecha fué leve.

Por estas causas opino que el número de palúdicos diagnosticados por el laboratorio no fué exacto, y que la cifra más cercana a la realidad fué tal vez, la dada clínicamente,

Gráfica No. 1

Frecuencia de casos de Paludismo por meses en el período  
Octubre 1958 a Septiembre 1959 en las Unidades  
de Salud de Coatepeque y Texistepeque.



Cuadro No. 7

Número de consultas por enfermedades tumorales, por sexo, según Clasificación Internacional Cap. II 140-239. Octubre 1958 a Septiembre 1959. Unidad de Salud de Coatepeque.

DIAGNOSTICO	S E X O		TOTAL
	Masc.	Fem.	
Fibromatosis Uterina	0	3	3
Tumoración Ovárica	0	1	1
Tumor Benigno Glnd. Sub-Maxl.	1	2	3
Neoplasia Gástrica	2	0	2
Papiloma del Pene	3	0	3
Neoplasia Labio Inferior	1	0	1
Tumor Abdominal?	2	1	3
	9	7	16

La poca frecuencia de las enfermedades de este grupo se explica porque los pacientes con tumoraciones visibles recurren, antes que a la Unidad de Salud, a Hospitales donde tienen la seguridad se les tratará quirúrgicamente. Los pocos casos que llegaron a la Clínica fueron referidos al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana. Además en el grupo de población en que estas enfermedades se observan su número es menor que en las otras enfermedades, generalmente se trata de pacientes mayores de treinta y cinco años.

Cuadro No. 8

Número de consultas por enfermedades alérgicas, de las glándulas Endocrinas, del Metabolismo y de la Nutrición, por sexo, según Clasificación Internacional Cap. III. 240-289. Octubre 1958 a Septiembre 1959. Unidad de Salud de Coatepeque.

DIAGNOSTICO	SEXO		TOTAL
	Masc.	Fem.	
Bronquitis Asmática	12	16	28
Asma Bronquial	3	4	7
Edema Angioneurótico	0	2	2
Eczema Alérgico	2	9	11
Diabetes	0	0	0
Pelagra	1	2	3
Estados Carenciales	60	100	160
Rinitis Alérgica	0	2	2
Alergia Alimenticia	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>135</b>	<b>214</b>

En este grupo de enfermedades los estados carenciales ocupan un lugar prominente, con un porcentaje de 7.7% del total de consultas (2.082). Tengo la convicción de que este problema es mayor, debido a que la mayoría de pacientes de este tipo fueron niños con cuadros bien definidos de marasmo o de un síndrome pluricarencial. Los estados leves y medianos de desnutrición raramente llegaban a la Clínica exclusivamente por este motivo, sino que lo hacían por otras causas que se consideraban al diagnóstico principal. Podemos pues decir, que fueron los cuadros bien establecidos los que están comprendidos en este grupo.

Se observaron también pocos casos en adultos, con el cuadro típico de edemas nutricionales individualizados en el país en 1939 por el Dr. Allwood Paredes.

Bronquitis Asmática. Estos cuadros fueron un constante problema terapéutico. El estudio de los alérgenos en estas localidades podría darnos datos valiosos con respecto a su etiología; en este sentido hay un gran campo de investigación que por hoy no se ha explorado por limitación de tiempo y de medios necesarios para ello.

Eczema Alérgico. Se considera este padecimiento como sinónimo de Dermatitis Eczematosa. Indudablemente las condiciones pésimas en cuanto a higiene personal se refiere, mantiene la piel de los campesinos en buen grado de receptividad para esta afección. Gran parte de estos casos fueron condicionados por irritantes mecánicos como ligas, corcés, ropa interior etc. o por afecciones piógenas que entraban al estado crónico, otras veces por sensibilidad a drogas de uso tópico a las que son tan dadas nuestras gentes.

Cuadro No. 9

Número de consultas por enfermedades de los órganos Hematopoyéticos por sexo, según Clasificación Internacional Cap. IV. 290-299. Octubre 1958 Septiembre 1959. Unidad de Salud de Coatepeque.

DIAGNOSTICO	S E X O		TOTAL
	Masc.	Fem.	
Anemias Inespecíficas	48	111	159

Encontré las anemias relativamente frecuentes, ocupando un porcentaje de 7.6% del total de consultas (2.082). El diagnóstico fué clínico por no contar

con un Laboratorio que ayudara a una clasificación de otra índole. Sospeché que la mayoría de anémicos fueron ferroprivas, por las condiciones dietéticas que privan en estas regiones y además respondían bien al tratamiento con hierro que se instituyó en la mayoría de ellos.

Se observaron además otros tipos de anemia como la post hemorrágica entre ellas las debidas a hemorragias post partum o post aborto, o crónicas como las condicionadas por la uncinariasis.

Estos últimos casos se trataron específicamente además de su anemia. Opino que en cada clínica se podría tener un set de tipeo sanguíneo, y unos cuantos frascos estériles, listos para extraer sangre para poder usarlos en caso de emergencia, que pudieran presentarse en los casos de las hemorragias de que hemos hablado, sobre todo en Texistepeque donde las vías de comunicación son malas y una transfusión sería la salvación de una paciente.

Cuadro No. 10

Número de consultas por enfermedades mentales, Psiconeurosis y trastornos de la personalidad, por sexo, según Clasificación Internacional Cap. V. 300-326. Octubre 1959 Septiembre 1960. Unidad de Salud de Coatepeque.

DIAGNOSTICO	S E X O		TOTAL
	Masc.	Fem.	
Psiconeurosis con síntomas somáticos	7	26	33
Psicosis Alcohólica	2	0	2
Maníaco Depresivo	1	2	3
Masturbación	1	0	1
Neurosis Tensional	0	1	1
Gastritis Alcohólica	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>29</b>	<b>41</b>

En el cuadro que antecede notamos el mayor número de pacientes que se mencionan consultaron por Psiconeurosis con sintomatología somática.

El caso de estas pacientes que en todas partes constituyen problema diagnóstico y terapéutico serio, es quizás el primer problema con que se tropieza en las Clínicas Asistenciales.

Los pacientes de este tipo, generalmente del sexo femenino, son las primeras en llegar pues creen que con el nuevo Médico, llega a la ciudad la panacea que los otros no le proporcionaron.

Algunas ya son conocidas aún en los hospitales grandes desde los cuales se han ido desplazando.

Sin duda este problema, con ser serio, creo que debería ser mayor. Los traumas psíquicos como son las responsabilidades hogareñas, son suficientes para desencadenar muchos de estos cuadros.

Es evidente que sin tiempo para dedicarse a un buen análisis de sus problemas, la situación persista igual.

Cuadro No. 11

Número de Consultas por enfermedades del Sistema Nervioso y de los  
 Órganos de los Sentidos, por sexo, según Clasificación  
 Internacional Cap. VI. 330-398. Octubre 1958 a Septiembre 1959  
 Unidad de Salud de Coatepeque

DIAGNOSTICO	S E X O		TOTAL
	Masc.	Fem.	
Epilepsia	2	2	4
Sordera completa bilateral	0	2	2
Parálisis Facial (Bell)	0	0	0
Ciática	1	0	1
Polineuritis	1	0	1
Blefaritis	2	2	4
Orzuelo	3	1	4
Cistitis Lagrimal	0	0	0
Catarata	2	0	2
Desprendimiento Retina	0	0	0
Otitis Externa	8	18	26
Otitis Media Supurada	12	17	29
Mastoiditis	0	0	0
Neuralgia Intercostal	2	2	4
Contracciones Faciales	1	0	1
Corea	1	0	1
Pan Oftalmitis	1	1	2
Conjuntivitis aguda	16	22	38
TOTAL	52	67	119

Siendo los padecimientos piógenos de la piel tan frecuentes, no es de  
 extrañar que el oído externo participe de esta incidencia. Por lo general  
 se trataba de furunculosis que por la localización fueron cuadros muy do-  
 lorosos.

En cuando a la otitis media supurada, complicación generalmente de in-  
 fecciones de las vías respiratorias superiores, constituyeron problemas te-  
 rapéuticos serios debido a la gran frecuencia con que se volvían crónicas y  
 resistentes a las drogas disponibles en la Clínica.

Conjuntivitis aguda.- Cuadro clínico que se presentó con frecuencia. Dichosamente cedió siempre a los antibióticos con que estaba provisto en ambas clínicas. También aquí la ignorancia de las madres respecto a higiene, juega un papel importante. El uso indiscriminado de "colirios" ayuda a agravar estos casos.

Cuadro No. 12

Número de consultas por enfermedades del aparato circulatorio, por sexo, según Clasificación Internacional Capítulo VII 400-468 octubre 1958 a septiembre 1959. Unidad de Salud; Coatepeque

DIAGNOSTICO	S E X O		TOTAL
	Masc.	Fem.	
Insuficiencia Cardíaca	2	0	2
Cardiopatía Congénita	2	1	3
Enfermedad Hipertensiva	1	0	1
Várices	2	12	14
Hemorroides	2	0	2
Trombo-Flebitis	0	2	2
Flebitis Miembros Superiores	1	0	1
Adenitis Cervical	3	4	7
TOTAL	13	19	32

Las várices constituyeron el motivo de consulta más frecuente de este cuadro, fueron casi siempre pacientes del sexo femenino multíparas. Por lo general consultaron varias veces pues no encontraban alivio con los diversos tratamientos.

En el resto de entidades se trató sobre todo de pacientes viejos cuya enfermedad les impedía ir en ese momento a un Hospital, que por la delicadeza de su caso era lo que se les recomendaba.

Adenitis Cervical.- Cuadro indeterminado que se presenta con frecuencia.

Es indudable que la etiología sólo puede ser determinada en estudio histológico. Los pacientes en general no aceptan estudios ulteriores en los hospitales por miedo a la "cirugía". Sospecho que si se hiciera un estudio completo, por la impresión clínica - se encontrarían muchos casos de adenitis tuberculosa; mientras eso no se haga este diagnóstico permanecerá confuso.

Cuadro No. 13

Número de consultas por enfermedades del aparato respiratorio, por sexo, según Clasificación Internacional Capítulo VIII 470-527. Octubre 1958 a Septiembre 1959. Unidad de Salud de Coatepeque.

DIAGNOSTICO	S E X O		TOTAL
	Masc.	Fem.	
Resfriado Banal	30	80	110
Sinositis Aguda	1	1	2
Faringitis Aguda	15	39	54
Laringotraqueobronquitis	67	139	206
Amigdalitis aguda	12	18	30
Estado Gripal	60	100	160
Neumonía lobar	4	8	12
Bronconeumonía	14	28	42
Bronquiectasia	3	1	4
Adenoiditis	0	1	1
TOTAL	206	415	621

Es de notar que las afecciones del aparato respiratorio se presentaron con incidencia alta. No siempre fáciles de diagnosticar, se escalonaron en una gama de síntomas desde los más benignos como en el caso de los catarros banales hasta los cuadros severos de Bronconeumonías. El predominio de los estados gripales que en forma endémica azotan el agro, la alta frecuencia de estados catarrales de tipo banal y las Bron-

cofaringitis nos indican el número elevado de complicaciones. Para evitar en parte estas afecciones hace falta una buena campaña de educación higiénica. El uso de pañuelo es prácticamente desconocido en estas regiones. Las medidas higiénicas más elementales como el cubrirse la boca al toser, aislar los utensilios usados por personas enfermas, para ingerir sus alimentos, no existen.

Ambas Clínicas estuvieron bien equipadas en lo referente a medicamentos para hacerle frente a este problema. Pero con sólo esto no es suficiente y una campaña preventiva, se impone en estas jurisdicciones.

Cuadro No. 14

Número de consultas por enfermedades del aparato digestivo por sexo, según Clasificación Internacional Capítulo IX 530 - 587. Octubre 1958 a Septiembre 1959. Unidad de Salud Coatepeque.

DIAGNOSTICO	S E X O		TOTAL
	Masc.	Fem.	
Caries Dentarias	2	10	12
Alveolitis	2	2	4
Úlcera Péptica	4	1	5
Apendicitis Aguda	0	1	1
Estomatitis	2	3	5
Estreñimiento	1	3	4
Gastroenteritis	200	345	545
Abceso Perianal	2	0	2
Cirrosis Hepática	3	0	3
Colecistitis	2	5	7
Disquinesia Biliar	0	1	1
Sialorrea	0	3	3
Dispepsia	1	4	5
Colon Espástico	1	1	2
Hernia Inguinal	1	1	2
Colitis	3	1	4
Hernia Inguino-Escrotal	2	0	2
Hernia Umbilical	2	2	4
Prolapso Rectal	3	2	5
TOTAL	231	385	616

Toda la importancia de este cuadro está en el problema que se indica bajo el rubro de gastroenteritis. Los casos más frecuentes, los más dramáticos que se presentan a nuestra consulta son estos. Reflejan, como ningún otro, el complejo problema de las Clínicas.

Aunque la sólo mención de gastroenteritis no individualiza ningún cuadro - ya dije anteriormente que la ayuda del laboratorio no existió- se sospechó que la mayor parte de estos casos lo fueron por Salmonellas o Shigellas que en organismos debilitados - en general niños - desarrollan todo su poder patógeno.

En general, el tratamiento del cuadro agudo, a base de consejos dietéticos, conservar las fuerzas de estos pacientes y la administración antimicrobiana de que estuve bien provisto, dió resultados halagadores. Sólo casos de desequilibrio electrolítico manifiesto, se referían a Santa Ana.

Los consejos profilácticos de aseo personal, de manipulación apropiada de alimentos, de hervir la leche, el agua etc. se repitieron hasta la saciedad.

El porcentaje del total de consultas (2082) que le correspondió a la gastroenteritis fué de 21.5%, el segundo lugar de todas las entidades patológicas que encontré.

Cuadro No. 15

Número de consultas por enfermedades del Sistema Génito Urinario, por sexo, según Clasificación Internacional Capítulo X 590-637 Octubre 1958 a Septiembre 1959. Unidad de Salud de Coatepeque.

DIAGNOSTICO	S E X O		TOTAL
	Masc.	Fem.	
Síndrome Nefrítico	0	2	2
Cistitis	2	2	4
Uretritis Banal	2	1	3
Hidrocele	2	0	2
Salpingo-Ovaritis	0	2	2
Prolapso Uterino	0	3	3
Dismenorrea	0	5	5
Climaterio	0	12	12
Bartolinitis	0	3	3
Balano - Postitis	1	0	1
Vulvitis	0	3	3
Leucorrea	0	12	12
Disuria	1	2	3
Hemorragia Funcional	0	10	10
Cólico Nefrítico	2	1	3
	10	58	68

Las leucorreas fueron de difícil tratamiento debido a que Sanidad no provee medicinas para esta patología y las que existen en el comercio son excesivamente caras para la clase de pacientes que consultan.

Las hemorragias funcionales. Prácticamente con este nombre se descubrían sospechas de otros cuadros por lo cual se refirieron con frecuencia a Santa Ana.

Climaterio.- Estos cuadros constituyen problemas realmente serios en cuanto a terapéutica. Esto se explica por lo complejo de la sintomatología, que tiene, como sabemos un fondo psíquico.

Cuadro No. 16

Número de consultas por complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio, según Clasificación Internacional Capítulo XI, 681 - 689. Octubre 1958 a Septiembre 1959  
Unidad de Salud de Coatepeque

DIAGNOSTICO	FEM.	TOTAL
Mastitis	21	21
Desgarro perineal	7	7
Hiperemesis Gravídica	1	1
Hemorragia Post-Partum	1	1
Escoriaciones en los Pezones	13	13
Amenaza de Aborto	4	4
Aborto Habitual	1	1
Prolapso del Cordón	0	0
Transversa Abandonada	0	0
Presentación de Malgas	2	2
Abortos con Infección	12	12
TOTAL	62	62

Las mastitis con bastante frecuencia tuvieron como puerta de entrada las fisuras del pezón. Las otras complicaciones no revistieron mucha incidencia debido a que las pacientes luego de su parto no vuelven a la Clínica sino hasta en su próximo embarazo.

Los abortos infectados: El problema de los abortos infectados fué serio la mayoría de origen criminal. Difícil y desilusionante su control porque las personas que se dedican a estas prácticas nunca son delatadas por las pacientes y las leyes al respecto son burladas por los "tinterillos".

Cuadro No. 17

Número de consultas por enfermedades de la piel y tejido celular sub-cutáneo, por sexo, según Clasificación Internacional Cap.XII, 690-716. Octubre 1958 a Septiembre 1959. Unidad de Salud de Coatepeque.

DIAGNOSTICO	SEXO		TOTAL
	Masc.	Fem.	
Furúnculo y Antrax	5	2	7
Hidrosadenitis Axilar	3	1	4
Linfadenitis Inguinal	6	2	8
Impétigo	22	30	52
Eczema Infantil	12	15	27
Ulcera Crónica de la Pierna	2	6	8
Sudamina	13	16	29
Psoriasis	1	2	3
Celulitis y Linfangitis	8	10	18
Dermatitis Venenata	1	1	2
Dermatitis Seborreica	2	2	4
Acné Rosácea	2	2	4
Piodermitis de Naturaleza indeterminada	30	46	76
Panadizo	2	3	5
Abcesos Múltiples C. Cabelludo	1	0	1
Intertrigo	2	2	4
Dermatitis Herpetiforme	2	2	4
TOTAL	114	142	256

Las enfermedades de la piel del tejido celular sub-cutáneo son, como como se observa en este cuadro, muy frecuentes. Presentan para el Médico problemas de diagnóstico y de tratamiento a veces insolubles. Yo creo que en este aspecto, la enseñanza, que proporciona la Escuela de Medicina es deficiente. Muchas veces el Estudiante hace diagnósticos de enfermedades que por su rareza no constituyen problemas sociales y se desorienta ante cuadros que como los descritos anteriormente, se presentan con incidencia alta.

Se apreció que las infecciones de la piel con frecuencia pasaban al estado crónico debido al mal uso de drogas que en forma tópica se usan por personas sin conocimientos médicos.

Cuadro No. 18

Número de consultas por enfermedades de los huesos y de los órganos del movimiento, por sexo, según Clasificación Internacional, Capítulo XIII 720-749. Octubre 1958 a Septiembre 1959  
Unidad de Salud de Coatepeque

DIAGNOSTICO	S E X O		TOTAL
	Masc.	Fem.	
Artritis Aguda Piógena	9	7	16
Anquilosis Articular (Rodilla)	2	2	4
Exostosis de los dedos del pie	2	2	4
Miositis Infecciosa	1	0	1
Reumatismo no específico	5	8	13
TOTAL	19	19	38

Los problemas artríticos fueron relativamente pocos. En los piógenos en general el diagnóstico y tratamiento no ofrecieron dificultad.

Los cuadros inespecíficos tal vez necesitaran mejores medios de estudio - laboratorios - para clasificarlos. Sin esta ayuda quedaremos siempre salvaguardándonos en un nombre que explica muy poco.

Cuadro No. 19

Número de consultas por vicios congénitos de conformación, por sexo, según Clasificación Internacional Capítulo XIV 570-759. Octubre 1958 a Septiembre 1959. Unidad de Salud de Coatepeque

DIAGNOSTICO	S E X O		TOTAL
	Masc.	Fem.	
Espina Bífida	1	1	2
Fisura del Paladar y Labio Leporino	3	3	6
Membrana Interdigital	0	0	0
Polidactilia	3	2	5
Meningocele	1	1	2
Pie Zambo Varo	1	2	3
Ránula	0	1	1
TOTAL	9	10	19

Estas afecciones se descubrieron porque por lo general llegaban acompañando una afección intercurrente.

Cuadro No. 20

Número de consultas por ciertas enfermedades de la Primera Infancia según Clasificación Internacional. Capítulo XV -760-776. Octubre 1958 Septiembre 1959 Clínica de Coatepeque.

DIAGNOSTICO	S E X O		TOTAL
	Masc.	Fem.	
Neumonía del recién nacido	1	1	2
Infección umbilical	18	20	38
Enfermedad Hemolítica del recién nacido	1	0	1
TOTAL	20	21	41

Las infecciones del cordón umbilical, tan frecuentes, las atribuyo a la falta de higiene de las parteras, al desaseo que impera en las viviendas campesinas y a conceptos errados sobre la cura del cordón umbilical.

Cuadro No. 21

Número de consultas por síntomas, senilidad y estados mal definidos, por sexo, según Clasificación Internacional Capítulo XVI 780-795. Octubre 1958 a Septiembre 1959. Unidad de Salud de Coatepeque.

DIAGNOSTICO	S E X O		TOTAL
	Masc.	Fem.	
Senilidad sin Sicosis	20	27	47
Cefalalgia	4	10	14
Estado Febril Indeterminado	4	4	8
Lumbalgia	2	3	5
Lumbalgia por Desgarro Muscular	5	2	7
Gastralgia	16	6	22
Anorexia	2	4	6
TOTAL	53	56	109

Es lamentable que por falta de tiempo los pacientes seniles sean vistos tan a la ligera en las clínicas. Estoy seguro que el paciente senil, más que por medicinas llega por un consuelo, por una palabra amable, por una seguridad en sus inciertos últimos años. Cuando se trabaje con tiempo suficiente, el médico debe darle importancia a este grupo de pacientes.

La gastralgia es consulta frecuente, casi siempre se debió a trastornos de origen dietético, muy rara vez se sospechó un proceso ulceroso.

Cuadro No. 22

Número de consultas por accidentes, envenenamientos, fracturas, quemaduras y heridas, por sexo, según Clasificación Internacional Capítulo XVII -800-999. Octubre 1958 a Septiembre 1959.  
Unidad de Salud Coatepeque

DIAGNOSTICO	S E X O		TOTAL
	Masc.	Fem.	
Fractura del Cúbito	1	0	1
Traumatismo Frontal	1	1	2
Trauma del Hombro sin Fractura	4	1	5
Fractura de la Clavícula	3	1	4
Fractura del Húmero	1	0	1
Quemaduras 1o. y 2o. Grado	6	8	14
Trauma Ocular	2	2	4
Fractura del Radio y Cúbito	3	2	5
Comoción Cerebral	1	0	1
Trauma Torácico	5	2	7
Fractura Costal	2	0	2
Cuerpo Extraño Nasal	1	1	2
Herida Operatoria Infeccionada	1	1	2
Esguince Maleolar	3	2	5
Luxación del Maxilar Inferior	1	2	3
Herida por Arma Blanca (Trabajo)	12	3	15
Herida por Arma Blanca (Riña)	9	1	10
TOTAL	56	27	83

La morbilidad por accidentes empieza a ser tomada en cuenta debido a que en nuestro país se presenta con mucha frecuencia.

En estas clínicas casi todos fueron accidentes leves o moderados

porque los graves iban a otros centros. Es indudable que con una campaña de previsión disminuiría grandemente.

2.- Las diez causas más frecuentes de consulta.

Cuadro No. 23

Las diez causas más frecuentes de consulta por aparatos de acuerdo con Clasificación Internacional adoptada en 1950.

Afecciones por Aparatos	No. de Consul.	Porcentaje del total
Enfermedades del Aparato Respiratorio	621	21.8
Enfermedades del Aparato Digestivo	616	21.5
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	365	12.7
Enfermedades de la Piel y Tejido Celular Sub cutáneo	256	8.9
Enfermedades Alérgicas, Glándulas endocríneas, Metabolismo, nutrición	214	7.5
Enfermedades de los órganos hematopoyéticos	159	5.6
Enfermedades del Sistema Nervioso y órganos de los sentidos	119	4.2
Síntomas de Senectud y causas mal definidas	109	3.8
Accidentes, envenenamientos y violencia	83	2.9
Enfermedades del Aparato Genitourinario	68	2.4
<b>TOTAL</b>	<b>2 610</b>	<b>91.3</b>

Ya se han comentado en el transcurso de el Capítulo IV la incidencia de las enfermedades. En este resumen notamos la frecuencia por aparatos. En todas ellas el porcentaje de niños es muy alto por lo que será apropiado en el futuro, capacitar mejor a los egresados de nuestra Escuela de Medicina, en este sentido.

Las enfermedades de los aparatos Respiratorio y Digestivo alcanzan un porcentaje elevado y constituyeron los mayores problemas diagnosticos y terapéuticos.

Las enfermedades de la piel y del tejido Celular Sub-cutáneo merecen también mayor atención ya que ante ellas se desorienta mucho el Estudiante en Servicio Social.

En el transcurso del Capítulo se comentan las enfermedades Infecciosas y Parasitarias, del Metabolismo y se dan sugerencias para la solución de estos problemas.

C O N C L U S I O N E S

- 1o.- Se lleva a cabo el primer estudio sobre las Unidades de Salud de Coatepeque y Texistepeque.
- 2o. Se indica la necesidad imperiosa de que ambas tengan personal fijo que trabaje a tiempo completo.
- 3o. Se hace notar el auge que sobre los estudios de Salud Pública se nota en los últimos años y los beneficios que esto traerá al país.
- 4o. Se plantea el problema del Curanderismo y el papel que el estudiante de Medicina debe tener al respecto.
- 5o. Se hacen comentarios respecto al problema de los cuidados pre-natales y se dan sugerencias para orientarlos mejor.
- 6o. Se plantea el problema del Paludismo en Texistepeque.
- 7o. Se hace notar que la mayoría de pacientes fueron niños menores de quince años y que la preparación del Estudiante de Medicina en Pediatría debe intensificarse.
- 8o. Igual sucede con las afecciones de la piel ante las cuales fácilmente nos desorientamos.
- 9o. Se sugiere que las Clínicas sean independientes en lo que a locales se refiere. Estos deben ser apropiados.
- 10o. Se sugiere a la Escuela de Medicina el establecimiento del examen privado en Clínica Pediátrica.
- 11o. Se sugiere a la Escuela de Medicina que a los alumnos de últimos años se les lleve a conocer las clínicas y a cambiar impresiones con el personal de las mismas.

- 12o. Debe haber una Cátedra que plantee adecuadamente los problemas socio-económicos del agro salvadoreño.
- 13o. Se hace énfasis sobre el problema alimenticio en el medio rural.
- 14o. Se sugiere que los planes de estudio intensifiquen los aspectos de saneamiento ambiental y la forma de abordar estos problemas.